

II. Aus dem Seemannskrankenhaus in Hamburg.

Bemerkungen zu der Beurtheilung und Behandlung von Verletzungsfolgen vom Gesichtspunkte der Unfallversicherung, sowie zum Capitel der Simulation.¹⁾

Von Dr. Carl Lauenstein,

Oberarzt des Seemannskrankenhauses und dirig. Arzt der chirurg. Abtheilung des Diakonissenhauses Bethesda zu Hamburg.

Trotzdem das Reichs-Unfallversicherungsgesetz bereits über sechs Jahre in Kraft steht, trotzdem wir alle durch unsere Thätigkeit in mehr oder weniger Beziehung zu demselben stehen, ist doch bisher so gut wie kaum dies Thema hier verhandelt worden.

Da ich nun im Seemannskrankenhaus vielfach Unfallverletzte zu untersuchen und zu behandeln habe, auch sonst oft in die Lage komme, Schiedsgerichtsfälle zu begutachten, so wollte ich Ihnen einiges von unseren Erfahrungen mittheilen.

Die angekündigten Bemerkungen schliessen sich an einige, bereits vorgestellte Fälle an, welche nicht besonders ausgewählt sind, sondern welche ich gerade im Augenblick zu beurtheilen hatte. Beziehen meine Bemerkungen sich auch zunächst auf diese Fälle, so sind sie doch auch von mehr allgemeiner Bedeutung.

Ich muss nur im voraus um Entschuldigung bitten, wenn ich hier Dinge vorbringe, mit denen wahrscheinlich Sie alle sich beschäftigen und über die Sie alle ebensogut nachgedacht haben, wie ich. Doch wird vielleicht die Verschiedenheit des von uns beobachteten Materials es bedingen, dass das eine oder andere meiner Ausführungen Ihr Interesse erregt.

Fall 1 betrifft einen 39jährigen Arbeiter, welcher vom 12. September bis zum 28. October 1890 im Seemannskrankenhaus wegen Verletzungen, die ihm durch einen Betriebsunfall zugefügt waren, behandelt worden war. Eine sehr schwere Last war auf ihn gefallen; dazu war ein Wagenrad über seinen rechten Arm gegangen. Neben einer Reihe von Quetschungen an Rumpf und Extremitäten fand sich bei der Aufnahme eine schwere complicirte Verrenkung des rechten Ellenbogengelenks. Ausser weitgehenden Weichtheilverletzungen, Zerreißen der Kapsel und Bandapparate, bestand eine Schrägfractur am Condylus internus humeri. Die Gelenkenden waren an einander verschoben, und ihre Verbindung derartig gelockert, dass, um der Bildung eines Schlottergelenks vorzubeugen, das Radiusköpfchen durch eine Drahtnaht an dem Processus cubitalis befestigt wurde. Ausserdem war durch den Unfall ein linksseitiger äusserer Leistenbruch entstanden.

Bei der Entlassung aus dem Hospitale, welche auf den Wunsch des Verletzten vor völlig beendeter Heilung der Weichtheilverletzungen erfolgte, stand der Vorderarm rechtwinklig in dem, gute Festigkeit zeigenden Ellenbogengelenk. Die Drahtnaht war reactionslos in den Ellenbogen eingeheilt. Die Hernie wurde durch ein passendes Band zurückgehalten.

Der Verletzte, welcher zunächst die Vollrente bezog, wurde nun nach einander von vier Aerzten behandelt resp. begutachtet. Vom Januar bis Juni d. J. wurde sein Arm einer consequent fortgesetzten Behandlung durch Gymnastik unterworfen, einer Cur, die ihm allerdings sehr viel Qualen verursachte, aber, wie das bei dem Vorhandensein des eingeheilten Drahtes nicht anders zu erwarten war, so gut wie keinen Erfolg hatte für die Beweglichkeit des Gelenks, vielmehr, wie ich noch ausführen werde, das angestrebte Resultat, eine feste Ankylose, theilweise vereitelte. Im Laufe der Zeit hatte man die Hernie, an welcher der Mann ganz entschieden vor dem Unfall nicht litt, ganz unberücksichtigt gelassen, angeblich, weil er die Anlage dazu schon vorher gehabt habe. Beiläufig hemerke ich hier, dass dem Manne, welcher nur sehr gebrochen deutsch und von Haus aus polnisch spricht, offenbar bei diesen Verhandlungen die mangelhafte Kenntniss der deutschen Sprache auch von Nachtheil gewesen sein mag.

Im August d. J., nach erneuter Untersuchung und Begutachtung, wurde seine Erwerbsfähigkeit auf 60 % veranschlagt, und ihm eine Rente von 40 % festgesetzt.

Thatsächlich ist der Mann jetzt in folgendem Zustande: Der rechte Ellbogen, an dem sich die ausgedehnten Narben der Weichtheilverletzungen, sowie die von der Fractur herrührenden Verdickungen und Unebenheiten des Knochens finden, ist von seiner rechtwinkligen Stellung aus bei hängendem Arm activ um etwa 20° beweglich. Bei den Bewegungen, welche nur mit Anstrengung und unter Schmerzen ausführbar sind, fühlt die aufgelegte Hand ein deutliches Krachen und Reiben. Hebt der Mann den Oberarm bis zur Horizontalen, so fällt der Vorderarm in einer Excursion von etwa weiteren 20° unwillkürlich in der Richtung der Beugung zu, indem er gleichzeitig etwas Valgusstellung einnimmt. Der Draht, welcher Radiusköpfchen und Humerus mit einander verbindet, ist für den, der weiss, wo derselbe eingelegt ist, deutlich fühlbar. Pro- und Supination sind infolge dieser Drahtverbindung so gut wie vollkommen aufgehoben; die Muskeln von Ober- und Vorderarm sind erheblich atrophisch.

Der Mann selbst giebt an, dass er eben imstande sei, mit seiner rechten Hand den Thürdrücker zu handhaben, geschweige denn, wie es bei 60 % Erwerbsfähigkeit nöthig sein würde, den ganzen Tag, wenn auch nur leichte Arbeit zu verrichten. Die Finger der rechten Hand sind so machtlos, dass Patient nicht imstande ist, sich mit Hilfe derselben seine Kleider zuzuknöpfen. Die etwa faustgrosse, linksseitige Leistenhernie wird durch ein Band zurückgehalten.

¹⁾ Vortrag, gehalten im Hamburger ärztlichen Verein.

Ich gehe natürlich nicht darauf ans, die Urtheile, welche über den Mann und seinen Zustand von den verschiedenen Seiten abgegeben sind und die Behandlung, welche demselben zu Theil geworden ist, bemängeln zu wollen. Es unterliegt für mich keinem Zweifel, dass sowohl die Beurtheilung, wie die Behandlung bona fide und nach gewissenhafter Ueberzeugung geschehen ist.

Aber ich möchte doch glauben, dass, wenn statt der vier Instanzen, welche der Verletzte durchlaufen hat, und die offenbar unter einander keine enge Fühlung gehabt haben, wenn derselbe nur von einem einzigen Arzte, und zwar von dem, der ihn zuerst untersucht und behandelt hat, weiter begutachtet resp. in seiner Behandlung dirigirt worden wäre, beides sachgemässer und einheitlicher angefallen und manche Weitläufigkeit vermieden wäre.

Im einzelnen bin ich der Ansicht, dass die Monate lang fortgesetzte gymnastische Cur nicht am Platze war, wenigstens nicht unter diesen Umständen, wo, um der Bildung eines Schlottergelenks vorzubeugen, Vorder- und Oberarmknochen durch eine Drahtnaht vereinigt worden waren, eine Befestigung, die nicht nur Biegung und Streckung, sondern auch jede Drehbewegung des Vorderarmes unmöglich machte.

Wer die ursprüngliche Behandlung des verletzten Ellbogens und ihre Tendenz kannte, würde sich in der Beurtheilung des Armes etwa so stellen:

Der Ellbogen hatte unter der ursprünglich eingeschlagenen Behandlung und speciell unter Beihülfe der Drahtnaht eine so gute Festigkeit erlangt, dass ein Schlottergelenk nicht mehr zu befürchten war. Die gymnastische Behandlung hat dieser erstrebten Festigkeit des Ellbogens entgegen gearbeitet und statt Nutzen nur Schaden angerichtet, indem sie ein Wackelgelenk hervorgerufen hat, das den Arm weniger branchbar erscheinen lässt, als die erstrebte feste, unbewegliche Verbindung der Knochen des Ellbogens. Ich glaube, dass bei einer einheitlichen Beurtheilung des Mannes auch die seit dem Unfälle bestehende Hernie mit zu der Abschätzung der Erwerbsfähigkeit des Mannes herangezogen wäre, und dass dann überhaupt der Anfall der definitiven Beurtheilung ein anderer gewesen wäre. Denn soviel ich davon verstehe, ist dieser Mann mit seinem kraft- und machtlosen Arm und mit seiner Hernie so gut wie völlig unfähig zu der körperlichen angestregten Arbeit, durch die er früher sein Brot erworben hat.

Fall 2. Der 28jährige Matrose, den ich Ihnen vorstellte, welcher durch einen Fall aus der Höhe von 70 Fuss sich eine Splitterfractur des rechten Ellbogens zugezogen hatte, und mit einer activen Beweglichkeit des Ellbogens von ca. 45° bei übrigens kräftigem Arm und kräftigem, intactem sonstigem Körper davon kam, scheint mit 66²/₃ Erwerbsfähigkeit wesentlich richtiger abgeschätzt zu sein, als dieser Mann mit 60 %.

Gerade dieser erste Fall scheint mir in auffälliger Weise die Nachtheile zu illustriren, welche eine derartige — wie ich sie nennen möchte — discontinuirliche Beurtheilung resp. Behandlung von Verletzungsfolgen mit sich bringt, und auf der anderen Seite wiederum die Vortheile, welche die nenerdings in Anregung gebrachten sogenannten „Unfallkrankenhäuser“ bieten werden, in denen von der ersten Untersuchung und Behandlung an der Verletzte stets unter einheitlicher Beurtheilung steht bis zur definitiven Beendigung des Heilverfahrens. Dass dieser erste Patient durch den Unfall auch eine Hernie davontrug, giebt mir Veranlassung, hier kurz einzugehen auf die Stellung, welche wir Aerzte in dieser Frage einzunehmen haben, speciell auch mit Rücksicht auf die Möglichkeit der Radicaloperation solcher, durch Betriebsunfälle in die Erscheinung getretenen Hernien.

Wir Aerzte sind ja einig in dem Punkte, dass die Bruchanlage (hier meist nur in Bezug auf Leistenbrüche) in der Regel von Geburt an vorhanden ist in Gestalt eines mehr oder minder mangelhaft obliterirten Processus vaginalis peritonei. Nichtsdestoweniger wissen wir, dass eine solche Bruchanlage oder vielmehr der präformirte Bruchsack Jahrzehnte bestehen kann, ohne den Träger im mindesten zu belästigen, oder auch nur in seiner Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu hindern. Erst ein Sturz, eine Anstrengung beim Anheben schwerer Lasten, oder eine sonstige Verletzung bewirkt den Eintritt von Eingeweiden in den vorhandenen, vielleicht in seinen Wänden bisher verklebt gewesenen Bruchsack und führt damit für den Verletzten neben allen Gefahren der bestehenden Hernie ein bestimmtes Maass von Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit herbei. Denn trotzdem der Bruch durch ein passendes Band zurückgehalten sein kann, so sind doch schweres Heben und körperliche Anstrengungen, wie sie die Matrosen z. B. zu leisten haben, für einen Bruchleidenden vollkommen ausgeschlossen — eine Thatsache, die auch schon darans hervorgeht, dass ein — wenn auch durch ein passendes Band zurückgehaltener — Bruch vom Militärdienst in der Linie befreit.

Ich bin nun wiederholt gefragt worden, ob ich zur Radicaloperation solcher, durch einen Betriebsunfall herbeigeführten Brüche

rathen könne, ob die Operation absolut gefahrlos sei, und ob sichere Garantie zu geben sei, dass der Bruch nach der Operation nicht wiederkäme. Ganz abgesehen davon, dass ich selbst nach der Radicaloperation nicht eingeklemmter Hernien einen Todesfall unter den von mir Operirten nicht erlebt habe, müssen wir uns hier, glaube ich, auf folgenden Standpunkt stellen.

Wir können trotz der grossen Sicherheit, die unser Handeln auf Grund der Maassregeln der modernen Asepsis und Antisepsis gewonnen hat, die Radicaloperation der Hernien nicht für einen absolut gefahrlosen Eingriff erklären. Auch in den allergünstigsten Statistiken der neuesten Zeit über die Radicaloperation figuriren 1—3 % Todesfälle.

Die zweite Frage, nach dem Recidiv, welche uns regelmässig von den Berufsgenossenschaften gestellt wird, ist dahin zu beantworten, dass selbst in den allergünstigsten Serien über die definitiven Resultate der Radicaloperation sich 15—20, ja bis zu 25 % Fälle finden, in denen sich nach der Operation die Hernie, wenn auch nicht immer in demselben Umfange wie früher, wieder eingestellt hat.

Angesichts dieser nicht zu verwehenden Erfahrungsthaten werden Sie mir zugeben, dass es sich nur dann um die Operation solcher Hernien handeln kann, wenn die Träger derselben, nachdem man sie mit diesen Aussichten der Operation bekannt gemacht hat, dieselbe ausdrücklich wünschen. Aus meiner eigenen Erfahrung kann ich zu diesem Punkte beiläufig hinzufügen, dass ich einige Bruchkranke, die wegen ihrer Hernie eine kleine Rente bezogen, auf ihren ausdrücklichen Wunsch operirt habe, und dass von dem Momente ab, wo ihre Hernie definitiv beseitigt erschien, ihnen die Rente gestrichen wurde. Es waren das eben Patienten, die unter Uebernahme des Risicos einer Operation lieber volle Erwerbsfähigkeit zu erlangen, als bei theilweiser Erwerbsfähigkeit neben der Nothwendigkeit, ein Bruchband zu tragen, eine kleine Rente zu beziehen wünschten.

Fall 3, den ich hier zu besprechen beabsichtige, betrifft einen 66jährigen Ewerführer, der vor 3 Jahren durch einen Betriebsunfall sich eine Verletzung des rechten Kniegelenks zugezogen und vor 2 Jahren durch eine gleiche Veranlassung sich die linke Schulter verrenkt hatte. Die Schulter war seiner Zeit umgehend wieder eingelenkt worden. Als Folge dieser Verletzungen bestand ausser einer nahezu völligen Ankylose im rechten Knie eine Beeinträchtigung im Gebrauche des linken Armes und der linken Hand, über die der Mann bestimmte Angaben machte, die ich gleich noch schildern werde. Der Mann hatte bis vor einem Jahre etwa die Vollrente bezogen; dann wurde seine Rente auf 75 % herabgesetzt und, als er dagegen remonstrirte, wurde er von einem Beurtheiler als Simulant erklärt, weshalb ihm die Rente ganz entzogen wurde. Dann wurde er im weiteren Verlaufe nach einander von fünf verschiedenen Aerzten beurtheilt, die ihn theils als hochgradig erwerbsunfähig, theils als mit „mässiger traumatischer Neurose“ behaftet bezeichneten, theils auch sich lediglich darauf beschränkten, seine subjectiven Angaben in ihrem Gutachten zu reproduciren und daraus eine bestimmte Beschränkung seiner Erwerbsunfähigkeit abzuleiten. Er hatte vom Schiedsgericht eine Rente von 25 % zugebilligt bekommen, war aber ebensowenig, wie die beiden oben besprochenen Unfallverletzten, mit der Höhe seiner Rente einverstanden und versuchte nun, mit Hilfe des Zeugnisses, welches er von mir zu erlangen hoffte, dieselbe zu erhöhen.

Bei der Untersuchung hielt er das rechte Knie fast völlig steif in nahezu gestreckter Stellung. Eine ganz geringe actige Beweglichkeit, etwa um 10—15° wurde zugegeben. Das Knie erwies sich inbezug auf Aussehen Umfang und den Befund, soweit man ihn durch die Betastung feststellen konnte, als durchaus nicht abnorm. Die Patella war beweglich, die Kapsel nicht verdickt, kein Erguss im Gelenk, keinerlei Narben in der Umgebung des Kniees, keine Atrophie der Muskulatur von Ober- oder Unterschenkel bemerkbar. Der Mann ging, indem er das Knie fast ganz steif hielt und es beim Treppabwärtsgehen sorgfältig immer Stufe um Stufe voransetzte und den linken Arm steif am Leibe herunter streckte. Die linke Hand war infolge dieses ständigen Hängens etwas geschwollen, livide verfärbt und kühl.

Versuchte man den Arm in der Schulter zu bewegen, so sträubte Patient sich dagegen und hatte angeblich heftige Schmerzen, obwohl man an dem Schultergelenk, das, abgesehen von dem Muskelwiderstande des Patienten, beweglich schien, keine Abnormität entdecken konnte. Besonders eigentümlich waren seine Angaben über die linke Hand: Den zweiten, dritten und vierten Finger gab er an garnicht bewegen zu können; der Daumen war activ beweglich, auch der kleine Finger etwas. Der zweite bis vierte Finger wurden steif gerade nach abwärts gestreckt gehalten; beugte ich sie gewaltsam, so setzte er dem starken Widerstand entgegen. Liess man mit der Kraft nach, so stellten sie sich wieder in Streckstellung. Die Prüfung der Sensibilität der Hand und des Vorderarms ergab das sehr merkwürdige Resultat, dass der Mann am zweiten bis vierten Finger weder an der Dorsal- noch an der Volarseite leise Berührung oder Schmerz zu fühlen angab, während er an Daumen und kleinem Finger sowohl auf der Streck- als Beugeseite normales Gefühl für Berührung und Schmerzempfindung zu haben vorgab. Von Radialislähmung keine Spur, desgleichen nichts von Atrophie irgend welcher Muskelgruppen.

Ich muss gestehen, dass ich wohl bisher nach Schulterverrenkungen gewisse Störungen der Beweglichkeit des Schultergelenks, mochten sie nun durch den intraartikulären Bluterguss und

dessen Folgen, oder durch eine direkte Quetschung der Schultergegend mit nachfolgenden Zuständen von Atrophie der Muskulatur entstanden sein, gesehen hatte, aber derartige Störungen, wie sie Patient zu haben vorgab, hatte ich als thatsächlich bestehend nach einer Schulterverrenkung noch nie beobachtet. Die Sensibilitätsstörungen, die augenblicklich bestanden, standen ausserdem weder mit den normalen anatomischen und physiologischen Verhältnissen in Correspondenz, noch im Einklange mit den bestehenden motorischen Störungen, noch überhaupt waren sie durch eine möglicherweise durch die Schulterverrenkung herbeigeführte Verletzung der Nervenstämmen der Achsel zu erklären. Vielmehr ergab sich aus dem Vergleich der angeblich bestehenden Sensibilitätsstörungen, dass im Bereiche von allen drei Nervenstämmen — am kleinen Finger Ulnaris, an der Daumendorsalseite Radialis und Volarseite Medianus — ein Bezirk normaler Sensibilität vorhanden war.

Es schien mir dieser Fall nun in hervorragender Weise geeignet, durch die Chloroformnarkose weitere Klarheit zu gewinnen. Die Chloroformnarkose, bis zur Toleranz eingeleitet, setzt uns in den Stand, zu entscheiden, ob bei Gelenksteifigkeiten die Ursache dafür innerhalb der Gelenke oder ausserhalb derselben, z. B. in dem Verhalten der Muskulatur zu suchen ist. Das Stadium der Excitation der Chloroformnarkose, derjenige Zustand, wo das Bewusstsein des Chloroformirten bereits getrübt ist, wo aber die Sensibilität noch besteht und die motorischen Organe noch innervirt werden, giebt uns die Möglichkeit, Reflexbewegungen herbeizuführen und Glieder auf ihre active und willkürliche Beweglichkeit zu prüfen.

Als ich dem Manne vorschlug, dass ich ihm zur besseren Beurtheilung seines Zustandes „etwas aufzuriechen“ geben müsse, war er sofort damit einverstanden. Als nun das Excitationsstadium der eingeleiteten Narkose begann, und ich meine linke Hand in die seinige legte, hielt er dieselbe bald so fest, dass es mir nur mit Mühe gelang, ihm dieselbe zu entwenden.

Als ich dann meine Hand herausgezogen hatte, schlug er seine Finger fest in die Hohlhand ein.

Nach Eintritt der Toleranz liess sich das rechte Knie mühelos so weit biegen, dass die Wade der Hinterfläche des Oberschenkels fest anlag. Dabei spürte man weder etwas von Zerreiassung bestehender Verwachsungen, noch überhaupt irgend welche Andeutung von Rauigkeiten der Gelenkenden. Dieselben bewegten sich vielmehr so glatt und leicht gegeneinander, wie es bei einem völlig gesunden Gelenk der Fall ist.

Ich liess nun das rechte Knie in dieser spitzwinkligen Beugung halten, bis der Mann wieder zu sich kam. Das erste, was er nach dem Erwachen that, war, dass er den Unterschenkel sofort wieder streckte — ohne irgend eine Schmerzäusserung — und zwar mit einer solchen Kraft, dass es uns nicht gelang, das Knie wieder zu beugen.

Zur Ergänzung dieses Untersuchungsergebnisses wandten wir dann noch den faradischen Strom an und erzielten sowohl mit Nervenströmen, als mit Nervenmuskelströmen vom Radialis und Ulnaris aus, ebenso wie mit Muskelströmen prompte Zusammenziehungen der betreffenden Muskelgruppen.

Auf Grund dieser Untersuchung bin ich zu der Ueberzeugung gelangt, dass in diesem Falle Simulation im Spiele ist.

Was nun die Simulation im allgemeinen betrifft, so kann die Klarlegung derselben, wie überhaupt jeder Kampf gegen die Lüge, da er meistens mit ungleichen Waffen geführt wird, sehr schwierig sein. Aber durch eine sehr genaue objective Untersuchung, zu der wir schon aus Gerechtigkeitsgründen veranlasst werden, werden wir meist imstande sein, sie wahrscheinlich zu machen, wenn nicht ganz aufzudecken. Gerade für die Simulation möchte ich geeignetenfalls die Benutzung der Chloroformnarkose und besonders des Excitationsstadiums derselben empfehlen. Unter dem Hinweise, dass man den Zustand dann richtiger beurtheilen könne, wird man stets leicht die Einwilligung erhalten.

Zur Aufdeckung der Simulation ist meinen Erfahrungen nach ebenfalls eine einheitliche Beurtheilung des Falles viel eher geeignet als diejenige verschiedener, nicht in Fühlung mit einander stehender Beobachter. Der simulirende Verletzte kann demjenigen Arzt, welcher ihn nicht ursprünglich, unmittelbar nach der Verletzung, behandelt hat, natürlich viel leichter Schwierigkeiten in der Beurtheilung und Täuschungen bereiten, als dem einen Arzte, welcher den Fall von Anbeginn an verfolgt hat.

Die Simulation ist übrigens nach meinen Erfahrungen nicht sehr häufig. Ich selbst habe in dieser Beziehung nur über ein sehr spärliches Material zu verfügen.

Der Uebertreibung begegnet man viel öfter, was um so unangenehmer ist für den Beurtheiler, als dieselbe ungleich schwerer abzugrenzen ist, als die Simulation.

Ich habe den ganz bestimmten Eindruck, dass der Umstand, dass jedem Verletzten jetzt eine Rente in Aussicht steht, diesen in der Regel veranlasst, den Folgen seiner Verletzung eine weit grössere Aufmerksamkeit zuzuwenden, als früher vor dem Bestehen des Unfallgesetzes, wo der Verletzte in der Regel mehr die Tendenz hatte, die gesunden Kräfte, welche ihm verblieben waren, nach Möglichkeit auszunutzen. In den Versuchen, eine Rente zu erlangen, werden die Verletzten resp. Erkrankten oft auf das lebhafteste von ihren Angehörigen unterstützt. Ich erinnere mich eines Falles, wo ein Arbeiter plötzlich bei der Arbeit umgefallen war und mit Aphasie und Lähmung der rechten Körperhälfte ins Hospital kam. Die Angehörigen gaben sich die grösste Mühe, diesen Fall als Unfall zu stempeln. Die Untersuchung ergab die deutlichen Zeichen einer Mitralinsufficienz, und es war uns nicht zweifelhaft, dass es sich hier gar nicht um einen Betriebsunfall, sondern um einen embolischen Process handelte.

Meinen Erfahrungen nach wird das Unfallversicherungsgesetz von der grossen Masse der arbeitenden Bevölkerung als eine Wohlthat betrachtet, die gern und dankbar entgegengenommen wird. Noch nie habe ich es erlebt, dass eine Rente je zurückgewiesen ist, aber fast immer erstreben diejenigen Verletzten, die nicht die Vollrente beziehen, einen höheren Procentsatz.

Zwei Punkte, die die Attestausstellung betreffen, möchte ich hier noch kurz berühren.

Der eine betrifft die Ausstellung des ersten Attestes über die erlittene Verletzung. Ich bin der Ansicht, dass gerade dem ersten Atteste eine sehr hohe Wichtigkeit beizumessen ist, und dass der Gang der nachfolgenden Beurtheilungen und Verhandlungen ganz wesentlich gefördert und vereinfacht wird durch eine sorgfältige und objectiv gehaltene genaue Angabe aller Verletzungsfolgen.

Ich erinnere mich einer lange hingezogenen Schiedsgerichtsverhandlung, die ihren Ausgangspunkt nahm von einem Attest, welches der erst behandelnde Arzt einem Arbeiter, der eine schwere Fussquetschung erlitten hatte, ausstellte. Es enthielt die Angabe, dass der Fuss des Arbeiters völlig wieder normal und functionsfähig sei. Mit diesem Attest ging der Verletzte zu einem Anwalt, der dann sofort eine zweite Begutachtung veranlasste. Der zweite Arzt constatirte nun, dass an dem gequetschten Fusse die dritte Zehe völlig fehlte, und dass das Metatarsophalangealgelenk der grossen Zehe ankylosirt war. Aus den Acten ergab sich, dass der erste Arzt eigenhändig die betreffende, stark gequetschte Zehe amputirt hatte.

Die Arbeit des Verletzten bestand darin, dass er in Holzpanntoffeln schwere Lasten mit der Karre schieben musste. Er behauptete nun, in seiner Erwerbsfähigkeit durch die erlittene Verletzungsfolge an seinem Fusse geschädigt zu sein, da der Fuss ihn nicht mehr so sicher stützte und es ihm nicht mehr möglich war, den Holzpanntoffel ordentlich festzuhalten.

Wie solche ungenaue und oberflächliche Attestabgaben zu Weitläufigkeiten und Verzögerungen und zur Vertheuerung der Verhandlungen Veranlassung geben, merkt man so recht, wenn man ein derartiges Actenconvolut vor sich liegen und nun die dem objectiven Inhalt nach oft sehr verschiedenen Beurtheilungen des Verletzten miteinander zu vergleichen Gelegenheit hat. Je gewissenhafter und je klarer die Verletzungsfolgen in dem ersten Atteste dargelegt sind, desto rascher und leichter spielt sich der Gang der nachfolgenden Verhandlungen ab, desto sicherer sind die Anhaltspunkte für alle diejenigen, welchen später Beurtheilungen des Falles übertragen werden.

Ein anderes Beispiel aus meinen eigenen Erlebnissen fällt mir hier noch ein, welches illustriren kann, wie wichtig es ist, alle unmittelbar nach der Verletzung beobachteten Folgezustände zu registriren. Ein Mensch wurde verschüttet und trug zahllose Quetschungen seiner Körperoberfläche davon, die mehr oder weniger ausgedehnte subcutane Blutergüsse hervorriefen, welche im Laufe von mehreren Wochen das bekannte Farbenspiel durchmachten, um schliesslich spurlos zu verschwinden. Auch am Perineum hatte der Verletzte einen sehr ausgedehnten prallen Bluterguss gehabt, ohne dass im Anfange von dieser Gegend nennenswerthe Störungen beobachtet wurden. Später traten Beschwerden in der Urinentleerung auf, und es war zweifellos, dass hier im Anschluss an die subcutane Dammverletzung sich eine Passagestörung in der Urethra entwickelt hatte. Hätte die erste Untersuchung und Beobachtung des Verletzten nicht genau alle die Blutergüsse registriert, wer weiss, ob nicht später für die Feststellung des ursächlichen Zusammenhanges der nachträglich aufgetretenen Beschwerden und des erlittenen Unfalles erhebliche Schwierigkeiten aufgetaucht wären?

Der andere Punkt, welchen ich hier zum Schlusse streifen möchte, betrifft die Beurtheilung des Grades der Erwerbsunfähigkeit nach Procenten durch den Arzt. Sehr häufig werden wir Aerzte ausdrücklich nach diesem Punkte gefragt, und ich will auch ohne weiteres zugeben, dass es für die Berufsgenossenschaften immerhin von Interesse ist, das Urtheil des Arztes in diesem Punkte zu hören. Nur möchte ich betonen, dass der Ausspruch des Arztes über das Procentverhältniss der bestehenden Arbeitsunfähigkeit nicht allzu grosses Gewicht verdient. Ich glaube, dass wir in dieser Frage eine ähnliche Stellung einnehmen, wie der ärztliche Sachverständige in der Wahnsinns- und Blödsinnserklärung vor Gericht. Wir liefern dem Richter lediglich das verlässliche Material für seine Beurtheilung, d. h. den Nachweis, ob geistige Gesundheit oder Krankheit besteht. Den entscheidenden Ausspruch aber fällt der Richter. Auch in der heute uns beschäftigenden Frage müssen wir auf das genaueste und sorgfältigste uns der Aufgabe unterziehen, den anatomischen und physiologischen Verhältnissen entsprechend, den Defect resp. die Verletzungsfolgen klar darzustellen und die Schädigung der Function des Körpers oder seiner Gliedmassen bis in's einzelne und in verständlicher Form auszuführen, dann aber dem Sachverständigen des betreffenden Berufes die Beurtheilung des Grades der verbliebenen resp. geschädigten Erwerbsfähigkeit überlassen.

Wir Aerzte können in unserer Eigenschaft als Gebildete wohl im allgemeinen abschätzen, welche körperlichen Erfordernisse die Ausübung des einzelnen Berufes verlangt, aber so speciell können wir doch im Einzelfalle nicht darüber urtheilen, dass unser Ausspruch maassgebend für die Bestimmung der Höhe der Rente sein könnte.

An einem Beispiel lässt sich dies noch besser erläutern. Vor einigen Wochen gelangte ein Mann im Seemannskrankenhaus zur Aufnahme, dem auf Steinwerder in einer Schiffsschmiede ein Eisensplitter den Hals verletzt hatte. Der Mann trug an der Vorderseite des Halses, nach links von der Mittellinie, zwischen Ring- und Schildknorpel eine blutende Verletzung. Seiner eigenen Angabe nach war er wenige Minuten nach der Verletzung heiser geworden. Ich erweiterte und vertiefte die Wunde und fand an dem unteren Rande des Schildknorpels der linken Seite einen kleinen, zackigen Defect. Durch diesen führte ich eine Sonde nach innen und fühlte einen rauhen, metallischen Körper. Nach Spaltung des Schildknorpels, dessen Ränder mit Häkchen klaffend gehalten wurden, extrahirte ich einen 1½ cm langen, mehrere Millimeter dicken halbmondförmigen Eisensplitter mit scharfen Spitzen und Kanten, welcher von dem Stempel der Bohrmaschine abgesprungen war. Es handelte sich also hier um eine Combination einer extra- und intralaryngealen Verletzung. Der Eisensplitter lag innerhalb der Cartilago thyreoidea, im Muskelapparat des linken Stimmbandes, den er verletzt hatte, ohne dass die Schleimhaut des Kehlkopfes getrennt war. Bei der später vorgenommenen Kehlkopfspiegeluntersuchung fanden wir die linke Kehlkopfhälfte von dem Aryknorpel über das falsche Stimmband hinweg bis zum wahren hin durch einen tiefdunklen Bluterguss eingenommen, der sich auch heute noch nicht völlig verloren hat. Auch die Heiserkeit ist bis heute nicht gewichen.

Ich würde nun auf den ersten Blick die Ansicht ausgesprochen haben, dass dieser Verletzte volle Erwerbsfähigkeit behalten hätte, da er, abgesehen von der Heiserkeit, keinerlei Kräfte eingebüsst hat. Doch erfahre ich bei näherem Eingehen auf seine Verhältnisse, dass der Mann ein sogenannter Vorarbeiter oder Colonnenführer ist, der zur Ertheilung von Commandos und Anweisungen bei dem Geräusch und Lärm, der in der Fabrik herrscht, dringend eine laute Stimme nöthig hat. Sollte die Heiserkeit fortbestehen, so würde er in seinem bisherigen Verdienste empfindlich geschädigt sein.

Ich erinnere bei dieser Gelegenheit noch an den Beruf der Monteure, die die einzelnen Theile der Maschine aufbauen und zusammensetzen müssen. Welche möglichen und unmöglichen Stellungen und Bewegungen diese Leute einnehmen resp. ausführen müssen, die bald Leitern und Treppen steigen, bald tiefgebückt durch irgend eine enge Oeffnung kriechen, bald auf dem Bauche, bald auf dem Rücken liegend zu arbeiten genöthigt sind — davon hat doch wohl im allgemeinen und speciell der technische Sachverständige mehr Ahnung und ein zutreffenderes Urtheil, als wir Aerzte. Der technische Sachverständige des betreffenden Berufes wird in der Regel ebenso viel besser die körperlichen Qualitäten, wie sie für diesen Beruf nothwendig sind, beurtheilen können, wie der Arzt die körperlichen Erfordernisse für seinen eigenen Beruf. Für unseren ärztlichen Beruf sind wir allerdings die besten technischen Sachverständigen.