

## XXXI.

# Aerztliches Obergutachten über den Gesundheitszustand des Arbeiters B.

Von

Prof. **Eduard Hitzig**

in Halle.

~~~~~

In der Unfallversicherungssache des Arbeiters Friedrich B. wider die Norddeutsche Textil-Berufsgenossenschaft hat das Reichs-Versicherungsamt ein gemeinschaftliches Obergutachten von dem Professor der Chirurgie Herrn Dr. von Bramann und von mir über eine Anzahl von Fragen verlangt, welche zum Theil in dem anliegenden Gutachten des Herrn von Bramann erledigt sind, zum Theil noch weiter unten aufgeführt werden sollen.

### I.

Dass Kläger im März 1889 dadurch einen Unfall erlitten hat, dass er von einem auf ihn fallenden Ballen in den  $\frac{3}{4}$ —1 Meter tiefer gelegenen „Vorraum der Mischung“ derart herunter gestossen wurde, dass er auf die Füße zu stehen kam, wird gegenwärtig nicht weiter bestritten.

Nach den übereinstimmenden Aussagen der eidlich vernommenen Zeugen Sch. und W. hat er nachher über Schmerzen in den Füßen und im Rücken geklagt und hat Sch. ihm auf seine Bitte die Karre abgenommen, da er zu schwerer Arbeit in Folge der Schmerzen nicht mehr im Stande gewesen sei. Er habe seitdem nur die leichteren Arbeiten verrichtet.

B. wurde hierauf am 17. April 1889 krank und zwar wurde er inhaltlich der Bekundungen der DDR. M. und R. wegen entzündlicher Plattfüsse ärztlich behandelt und bezog Krankengeld. Die Gewährung des Letzteren wurde aber vorzeitig eingestellt, da B. der Aufforderung, sich in das Diaconissenhaus zu Halle behufs näherer Beobachtung bezw. Heilung seines Leidens zu begeben, nicht Folge leistete. B. beschwerte sich hierauf erfolglos und klagte dann wegen des ihm vorenthaltenen Krankengeldes, indem er geltend machte, der Kassenarzt habe sein Leiden nicht erkannt, sodass er sich aus diesem Grunde nicht in das Diaconissenhaus begeben, sondern an die chirurgische Klinik gewendet habe.

Davon, dass er einen Unfall erlitten, oder dass er in Folge dessen eine Rückenmarkserkrankung davongetragen habe, ist in diesen Verhandlungen, die den Zeitraum vom 26. September 1889 bis zum 24. Juli 1891 einnehmen (Acten des Landrathsamtes), nicht die Rede.

Dagegen werden die Beschwerden des Klägers in einer in den Schiedsgerichts-Acten abschriftlich enthaltenen Eingabe an die Norddeutsche Textil-Berufsgenossenschaft vom 24. September 1890 — also ca. 1½ Jahre nach dem Unfall — actenmässig zuerst auf den Letzteren zurückgeführt.

Im Ferneren führt der Dr. W. bereits in einem Attest vom 28. November 1889 an, dass Kläger täglich in Giebichenstein und Umgebung auf 2 Stöcke gestützt herum liefe, um Mitleid zu erregen, eine Angabe, die darauf schliessen lässt, dass Kläger sich schon damals, also vor ca. 3 Jahren, in ähnlicher Weise fortbewegt hat, wie gegenwärtig.

Ueber ein Rückenmarksleiden klagt B. actenmässig zuerst in einer Eingabe vom 4. März 1891, nachdem er die Hülfe der von mir geleiteten Poliklinik bereits seit dem 10. April 1890 wegen „Kopfschmerzen“ in Anspruch genommen hatte.

Der von dem Kläger wegen der angeblich aus dem Unfalle resultirenden Verminderung der Erwerbsfähigkeit bei dem Schiedsgerichte erhobene Anspruch auf Gewährung einer Rente wurde durch Urtheil vom 24. Juni 1891 mit Rücksicht darauf abgewiesen, dass das ärztliche Gutachten des Dr. W. vom 20. Juni 1891 einen Zusammenhang der gegenwärtigen Beschwerden des Klägers mit dem beregten Unfall ausdrücklich in Abrede stellte. Der genannte Sachverständige hatte in früheren Gutachten nur das Vorhandensein von entzündlichen Plattfüssen bei dem Kläger constatirt und auch diese nicht mit dem Unfall in Zusammenhang bringen wollen. In dem gegenwärtigen Gutachten giebt er aber an, dass er durch den Amtsvorsteher darauf aufmerksam gemacht worden sei, dass B. wegen eines Rückenmarksleidens in der von mir geleiteten Poliklinik behandelt werde. Er habe sich deshalb in die Letztere begeben und von dem betreffenden Assistenzarzt eine Anzahl von Mittheilungen über die dort gemachten Beobachtungen erhalten, sei auch auf mehrere ihm entgangene Symptome aufmerksam gemacht worden. B. habe im Jahre 1890 in der Poliklinik nichts von einem erlittenen Unfalle erwähnt, erst im April 1891, nachdem er lange Zeit fortgeblieben war, habe er zum ersten Male angefangen vom Unfalle zu reden. Damals habe er auch angegeben, dass er den ganzen Winter hindurch an Auftreibung der Kniegelenke und Schmerzen in denselben gelitten habe. Der Assistenzarzt war der Ansicht, dass B. an Entzündung der Rückenmarkshäute, vielleicht mit Betheiligung der Hirnhäute leide. Nach der Ansicht des Dr. W. könne diese Krankheit zwar unter Umständen Folge eines Unfalles sein, doch käme sie ebenso gut ohne solche Ursache vor.

Nachdem Kläger in seiner Berufung ausdrücklich auf mein Gutachten Bezug genommen hatte, verlangte das Reichsversicherungsamt bereits unter dem 22. December v. Js. die Abgabe eines solchen von mir. Da Kläger aber bei wiederholten meinerseits vorgenommenen Untersuchungen einzelne Krankheitszeichen in ganz plumper Weise simulirte, beantragte ich seine Ueber-

weisung in die klinische Beobachtung. Diese wurde auch genehmigt und B. demgemäss am 7. Februar d. Js. seitens der Direction der Klinik schriftlich zum Eintritt aufgefordert. Abschrift dieser Aufforderung liegt hier bei. Kläger liess dieses Schreiben unberücksichtigt und wurde deshalb unter dem 15. Februar nochmals zum unverzüglichen Eintritt veranlasst, lehnte aber die Annahme dieser mit der Bezeichnung „Portopflichtige Dientsache“ unfrankirt abgesandten Erinnerung ab.

In der mündlichen Verhandlung vom 14. Juni 1892 vor dem Reichs-Versicherungsamt gab B. zu, die gedachte erste Aufforderung zum Eintritt erhalten zu haben und begründete sein Verhalten damit, dass er wegen seiner häufigen Anwesenheit in der Klinik und seiner wiederholten Untersuchungen durch mich, wie durch einen meiner Assistenzärzte die Sache für erledigt gehalten habe. Das zweite Schreiben der Klinik sei ihm nicht ausgehändigt worden, weil er das Porto nicht habe bezahlen können.

Das Reichs-Versicherungsamt überwies darauf den Kläger der Klinik wiederholt zur Aufnahme, indem es die Beantwortung folgender Fragen verlangte:

1. (Durch das von Bramann'sche Gutachten erledigt.)
2. Ist auch das Rückenmarksleiden ursächlich auf den Unfall zurückzuführen.
3. Inwieweit ist die Erwerbsfähigkeit des B. durch die Folgen des Unfalls beschränkt gewesen und in welchem Grade ist dies noch jetzt der Fall.

Schliesslich wird um Aufklärung bezüglich des Widerspruchs zwischen den Angaben des Klägers und den diesseitigen Mittheilungen betreffend die Nichtberücksichtigung der diesseitigen Aufforderung zum Eintritt in die Klinik ersucht.

## II.

Kläger suchte, wie bereits angeführt, zuerst am 10. April 1890 die Hülfe der von mir geleiteten Poliklinik nach. Nach dem Krankenjournal sollen seine Beschwerden zwar „Anfang April“ (ohne Jahresangabe) ihren Anfang genommen haben. Aus dem Zusammenhange geht aber hervor, dass der Monat April 1889, nicht 1890, wie andernorts angenommen wurde, gemeint ist.

Davon, dass er einen Unfall erlitten habe, oder gar seine Beschwerden auf einen solchen zurückführe, ist im Krankenjournal nichts erwähnt. Auch hat der damalige poliklinische Assistenzarzt dem Dr. W. gegenüber ausdrücklich in Abrede gestellt, dass er dies damals mitgetheilt habe. Nun werden alle Kranken bei ihrer Annahme regelmässig in eingehender Weise nach den ätiologischen Momenten, die ihre Krankheit verursacht haben könnten, gefragt; es ist auch in dem Krankenjournal in negativer Beziehung ausdrücklich angeführt, „keine Heredität, früher ganz gesund, 3 Kinder“, sodass ich nicht annehmen kann, dass Kläger damals etwas von seinem Unfalle erwähnt hat.

Kläger hat dann in einer Eingabe an das Reichs-Versicherungsamt vom 8. Juli 1891, Blatt 46 der dortigen Acten angegeben, er habe bei einer von mir selbst vorgenommenen Untersuchung seine Unfallgeschichte erzählt oder viel-

leicht erzählen wollen, worauf ich gesagt habe, er solle nur ruhig sein. Auch im Krankenjournal ist unter dem 25. Januar 1891 eingetragen: „Dass er hier nichts erzählt hat, erklärt er, er habe davon erzählen wollen, aber der Herr Professor habe abgewehrt; später habe er sich nicht weiter getraut.“ Ich erinnere mich eines derartigen Vorganges allerdings nicht; indessen könnte er sich deswegen immerhin zugetragen haben, nur ist es nach der Sachlage wahrscheinlich, dass dies dann nicht im April 1890 bei der Aufnahme, sondern später zu einer nicht mehr festzustellenden Zeit gewesen ist und dass B. mich bei der Untersuchung durch Dazwischenreden gestört hat, ohne dabei aber überhaupt bis zur Erwähnung eines Unfalls zu kommen.

Auch jetzt noch bleibt er bei der Angabe stehen, dass er seinen Unfall gleich bei der Aufnahme und zwar vollständig mitgeteilt habe.

Bei dem Unfall will er auf die Hacken gefallen sein.

Seine Klagen bezogen sich damals auf Schmerzen im Kreuz, den Fusssohlen und Hacken. Der 2., 3., 8. und 9. Brustwirbel war empfindlich. Im Liegen können alle Bewegungen, wenn auch mit geringerer Kraft ausgeführt werden. Dagegen behauptet er ohne Stöcke auch dann nicht gehen zu können, wenn er die von der chirurgischen Klinik verordneten Schuhe trägt. Mit zwei Stöcken kann er aber gut und rasch gehen.

Ferner bestehen fibrilläre Muskelzuckungen in beiden Beinen und gesteigerte Kniereflexe, besonders links; ausserdem die Erscheinungen des entzündlichen Plattfusses. Druck auf die Nervenstämme ist nicht empfindlich, wohl aber auf das linke Hüftgelenk.

Am 25. Januar 1891 erzählt B., nachdem er lange ausgeblieben war, er habe längere Zeit zu Bett gelegen, seit 14 Tagen seien die Kniee unter Schmerzen angeschwollen, die Schwellung sei seitdem zwar theilweise zurückgegangen, seit gestern aber wieder vorhanden. Auch der rechte Fuss sei vorübergehend angeschwollen; schon seit Weihnachten habe er Schmerzen in den Füßen. In der That erweisen sich die Kniegelenke aufgetrieben und empfindlich, namentlich wird linkerseits eine weiche Schwellung der Gelenkkapsel constatirt. Die Zunge weicht stark nach rechts ab, das Zäpfchen nach links (?).

„Gang: Nur minimales Vorschieben der Füße.“ Am 21. April stellt B. sich von selbst wieder vor. Der Gang ist unverändert; die Kniee seien seit einigen Tagen nicht mehr dick. Das Zäpfchen weicht „eine Spur“ nach links ab. Am 14. Juli 1891 ist der 5., 7. und 9. Brustwirbel druckempfindlich. —

Im Vorstehenden sind nur die für das Gutachten interessirenden Angaben aus den vorhandenen Aufzeichnungen wiedergegeben und insbesondere unnöthige Wiederholungen vermieden.

In den Tagen vom 2.—8. und vom 14.—28. Januar 1892 wurde B. in Folge des dortigen Schreibens vom 22. December 1891 theils durch den poliklinischen Assistenzarzt, theils durch mich persönlich einer wiederholten genauen Untersuchung unterzogen und ein vollständiger neuer Status praesens aufgenommen.

Kläger giebt zunächst zur Anamnese noch an, er habe im Herbst 1890

einen Anfall gehabt, in welchem der ganze Körper steif geworden sei, sodass er sich 4 Wochen nicht habe rühren können. Dieser Anfall hat nach späteren Erläuterungen in schmerzhaften Gelenkschwellungen bestanden. Seit der Zeit seien die Zehen des rechten Fusses steif.

Gegenwärtig bringt er folgende Klagen vor: Er habe gewöhnlich Kopfschmerzen in den Schläfen und Vorderkopf, sowie scharfe Stiche, die aus den Augen heraus kämen. Zeitweise sähe er Feuerfunken. Zeitweise sei ihm auch wieder ganz leicht. Seiner Frau sei aufgefallen, dass er nichts rieche und z. B. verdorbene oder verbrannte Speisen nicht als solche erkenne. Beim Liegen und wenn er längere Zeit sässe, habe er Schmerzen im Kreuz.

Wenn er gehen wolle, spanne es nach hinten herum um die Oberschenkel, allmählig, wenn er in Gang gekommen sei, ginge es dann besser, bald bekomme er aber Schmerzen in den Oberschenkeln bis zu den Knien, als wenn die Beine abbrechen wollten.

Den Stuhl könne er nicht lange zurückhalten. Hierzu soll gleich bemerkt werden, dass Zeichen von Incontinenz während der klinischen Beobachtung des B. nicht beobachtet wurden.

Er sei reizbar und vergesslich geworden.

Die objective Untersuchung ergab Folgendes: Pupillen, überhaupt die Augen normal, Sehschärfe  $\frac{5}{6}$ .

Gehör annähernd normal.

Geruch: Verschiedene Riechstoffe werden angehlich nicht wahrgenommen, wohl aber Ammoniak und Senföl.

Geschmack nach den Angaben nicht erheblich verändert.

Die herausgestreckte Zunge weicht sehr stark nach links ab, B. kann dieselbe zwar nach rechts bewegen, schleudert sie aber alsbald wieder in den linken Mundwinkel hinüber. Zäpfchen und Gaumen normal.

Grobe Kraft in den oberen, mit guter Musculatur versehenen Extremitäten, z. B. bei Händedruck und am Dynamometer, producirt sehr geringe Leistungen, an letzterem z. B. rechts 11, links 17 Kilo.

Diese geringen Resultate werden dadurch bedingt, dass B. alle Muskeln der oberen Extremität, die mit der geforderten Bewegung nur secundär etwas zu thun haben, mit grosser Kraft, diejenigen aber, welche die geforderte Bewegung hauptsächlich auszuführen haben, nämlich die Beuger des Handgelenks und der Finger nur mit geringer Kraft innervirt, wobei zu bemerken ist, dass diese Anomalie der Bewegung auf einer Coordinationsstörung nicht beruht. Die Bewegungen der mit mittelmässiger Musculatur versehenen unteren Extremitäten werden in ähnlicher Weise ausgeführt, obwohl auch hier keine Coordinationsstörung besteht, wobei hervorzuheben ist, dass dieselben links mit grösserer Kraft als rechts vor sich gehen. Das rechte Bein kann nur ca. drei Finger breit von der Unterlage abgehoben und der Oberschenkel nur bis zu einem Winkel von ca.  $60^{\circ}$  gebeugt werden. Bei diesen Bewegungen giebt B. stöhnende Laute von sich und blickt mit einem gespannten Ausdruck starr nach oben, während die Beine erst rechts dann links in heftiges Zittern ge-

rathen. Zum Gehen benutzt er zwei Stöcke, beugt sich starr vorn über, setzt erst den einen, dann den anderen Stock nach vorn, stützt sich auf beide und zieht dann erst das eine, dann das andere Bein im Ganzen langsam nach, ohne dieselben auch nur im Geringsten in den Gelenken in normaler Weise vom Boden abzuwickeln. Auch hierbei erscheinen weder Coordinationsstörungen noch Zeichen eines sogenannten spastischen Ganges. Ohne Stöcke geht B. in ähnlicher Weise, nur weniger nach vorn gebeugt. Lässt man ihn die Augen schliessen, so steht er etwa 10 Sekunden fest und lässt sich dann langsam und sanft nach vornüber zur Erde gleiten.

Beim Stehen und beim Gehen ohne Stöcke tritt bald ein sehr ausgiebiges, schnellschlägiges Zittern im rechten Arm ein. Die Untersuchung der Sensibilität ergibt, dass am Rumpf vorn rechts Pinselberührungen angeblich sehr oft nicht gefühlt und Spitze und Knopf der Nadel nicht unterschieden werden, während diese Anomalien links auf der ganzen Hinterfläche des Rumpfes und im Gesicht fehlen, und die faradocutane Empfindlichkeit (also gleichfalls die Schmerzempfindung) auf beiden Seiten gleich, unbeeinträchtigt erscheint.

Auf Druck ist die ganze Wirbelsäule sehr empfindlich, ferner beide Brustwarzen, alle Austrittsstellen der Nerven an den Extremitäten und beide Unterbauchgegenden — die sogenannten Ovarialgegenden.

Die Patellarreflexe sind sehr gesteigert.

Die Untersuchung des sogenannten Muskelsinnes mit dem von mir angegebenen Kinesiästhesiometer ergibt, dass B. in der Regel die mit der linken Hand zu hebenden Gewichte zu schwer taxirt. Im Widerspruch damit taxirt er unter im Ganzen 23 Versuchen einmal 100 g in der linken Hand ebenso schwer wie 80 g in der rechten Hand und 100 g in der linken Hand leichter als 200 g in der rechten Hand, nachdem er kurz zuvor dieselben Gewichte als gleichschwer angegeben hatte.

Auf diese Differenzen ist zwar nicht viel zu geben, dagegen stehen die sonstigen Resultate der Untersuchung in directem und nicht zu lösendem Widerspruch damit, dass er am Dynamometer links mehr als rechts drückt.

Drückt man auf die linke Unterbauchgegend, so kann man in jeder Extremität starkes Zittern suggeriren und wieder fortsuggestiren. Drückt man auf beide Augäpfel, so verfällt B. in Streckkrämpfe, wälzt sich herum, fällt dabei vom Sopha, bleibt scheinbar bewusstlos — bei übrigens erhaltener Pupillarreaction — liegen, kommt nachher bei Druck auf die linke Unterbauchgegend wieder zu sich und will dann nicht wissen, was mit ihm vorgegangen ist. Auf den Befehl „schlafen Sie“, schläft er sofort scheinbar ein und lässt sich allerhand suggeriren.

An den Lungen finden sich einige unerhebliche, hier nicht näher interessirende Veränderungen.

Im Uebrigen, namentlich am Herzen, sind keine wesentlichen Krankheitszeichen vorhanden. —

In dem Vorstehenden sind wiederum nur die für die Beurtheilung des Falles in Betracht kommenden Ergebnisse der Untersuchung aufgeführt worden.

In dem Nachstehenden wird unter Vermeidung von unnöthigen Wiederholungen ebenso verfahren werden.

14. Januar. Die Zunge wird im ersten Moment ganz grade herausgestreckt, alsbald aber mit Energie und unter kräftiger Innervation beider Seiten in den linken Mundwinkel gestellt. Die Abweichung ist so stark, wie sie bei Zungenlähmungen niemals vorkommt. Alles Zureden bewegt den B. nicht, von diesem Beginnen abzulassen.

Druck auf die Augäpfel producirt einen Anfall wie oben.

23. Januar. Bei einer Intelligenzprüfung beantwortet er einfache Fragen, betreffend den Krieg mit Frankreich und die 10 Gebote überhaupt nicht. Nach der Zahl seiner Finger gefragt, zählt er dieselben erst, bevor er antwortet.

$$5 \times 6 = \text{keine Antwort}$$

$$3 \times 4 = 12$$

$$5 \times 6 = 24.$$

Ein 2-Pfennigstück kennt er.

Ein 10-Markstück kennt er nicht.

28. Januar. Zunge zuerst wie 14. Januar. Auf sehr energische Aufforderung, sie gerade herauszustrecken, gehorcht er, kann die Zunge aber nun angeblich nicht nach rechts bewegen.

Beim Beugen der Oberschenkel im Hüftgelenk verwendet B. scheinbar, unter Ver zerrung des Gesichts, eine ungeheurere Kraft mit sehr geringem Erfolg, dabei heftiges Zittern. Streckbewegungen ähnlich. —

Dem Kläger war bei dieser Veranlassung sehr ernstlich zugeredet worden, die beschriebenen Versuche, uns zu täuschen, bei Seite zu lassen. Darauf blieb er zunächst aus der Poliklinik fort und berücksichtigte auch die inzwischen bei ihm eingegangene Aufforderung zum Eintritt in die Klinik (vergleiche Theil I) nicht.

Nach seinem Eintritt in die Klinik (17. September 1892) gab er zuerst an, er habe die erste Aufforderung zum Eintritt deshalb nicht befolgt und nicht beantwortet, weil er krank mit geschwellenen Füßen im Bett gelegen habe, auch seine Frau sei krank gewesen, ebensowenig habe er Jemanden mit einer Nachricht schicken können. Dass der zweite Brief von der Nervenkllinik gewesen sei, habe er nicht gewusst. Auch hätte er die 10 Pfg. Porto nicht bezahlen können. Am 27. September gab B. zu, dass der Briefträger ihm gesagt habe, der refüsirte Brief sei von der Nervenkllinik.

Später gab er auf Befragen an, dass er den ersten Anfall von schmerzhafter Gelenkanschwellung bereits im April 1889 gehabt habe. Damals seien alle Gelenke angeschwollen gewesen, sodass er nicht einmal habe essen können. Behandelt habe ihn der Dr. W., indessen habe er ihn nicht besucht, sondern ihm nur durch die Frau Recepte geschickt.

Bei einer Intelligenzprüfung beantwortet er jetzt einfache Fragen erheblich besser als früher, vermag z. B. die Aufgabe 25 : 450 mit einiger Nachhülfe richtig zu lösen etc., giebt aber und zwar erst auf Zureden ein 20-Mark-

stück für ein 10-Markstück und ein 10-Markstück für ein 5-Markstück aus, will Nickel nicht kennen etc.

Die Zunge streckt er am 24. September erst mit der Spitze sehr stark nach rechts heraus, dann weicht sie nach mehreren Secunden über die Mittellinie hinaus allmählig nach links ab. Am 28. September und 1. October wird sie gerade herausgestreckt.

Am Zäpfchen werden niemals Anomalien constatirt.

Der Gang des Klägers, zu wiederholten Malen geprüft, war wie früher geschildert.

Bewegungen der unteren Extremitäten im Liegen führt er auf Geheiss sämmtlich aus, insbesondere auch die Streckung der Unterschenkel im Kniegelenk (vergl. jedoch unten). Dabei wird eine mittlere, rechts etwas stärkere grobe Kraft entwickelt und tritt gelegentlich, jedoch nicht immer, Zittern in der rechten oberen Extremität ein. Dagegen erscheinen die vorherwähnten scheinbar krampfhaften Innervationen der Musculatur jetzt nicht mehr, übrigens auch nicht bei Bewegungen der oberen Extremität (siehe unten dynamometrische Untersuchung).

Am 30. September bemerkte ich ihm, wenn er alle diese Bewegungen, wie soeben geschehen, im Liegen ausführen könne, müsse er sie auch im Stehen ausführen können. Ich gab ihm sodann seine Stöcke und befahl ihm zuerst maximale Beugungen in den Hüftgelenken, sodann maximale Streckungen in den Kniegelenken auszuführen. Nachdem er diese Bewegungen auf der Stelle ausgeführt hatte, liess ich ihn erst das rechte Hüftgelenk maximal beugen, das rechte Kniegelenk maximal strecken und dann den Fuss zu Boden setzen, worauf er die gleichen Bewegungen mit dem linken Beine auszuführen hatte. Auf diese Weise kam ein ähnlicher Gang, wie der Paradeschritt der preussischen Soldaten, plus der viel stärkeren Beugung in den Hüftgelenken — immerhin unter Benutzung von Stöcken — zu Stande. B. vermochte auf diese Weise den Weg von dem Untersuchungszimmer des Hauptgebäudes bis zur Männervilla, also etwa 100 Schritt zurückzulegen. Am 1. October kann B. den gestreckten linken Unterschenkel im Liegen nicht, wohl aber im Stehen erheben.

Am 3. October hebt er den gestreckten linken Unterschenkel im Liegen ziemlich hoch, wenn auch nicht ganz so hoch als den rechten, welcher annähernd normal gehoben wird.

Die wiederholte dynamometrische Untersuchung der groben Kraft in den oberen Extremitäten mit 2 verschiedenen Dynamometern ergab mit Dynamometer I: rechts 27, links 22, mit Dynamometer II: rechts 30, links 25 kg. Krankhafte Innervation von der Bewegung fremden Muskeln, tritt dabei nicht auf.

Ungeachtet dessen, ungeachtet eines ziemlich guten Händedrucks und ungeachtet des Umstandes, dass B. mit der rechten Hand lange Aufsätze geschrieben hat und auch jetzt noch schreiben kann (vergl. Schriftprobe vom 5. October 1892), behauptet er (3. October) die Spitze des Daumens der rechten Hand nicht an den Spitzen der anderen Finger reiben zu können. Während er



nämlich diese Bewegung mit den Fingern der linken Hand anstandslos ausführt, bewegt er die Fingerspitzen der rechten Hand unter scheinbar ungeheurem Kraftaufwand ca. 3—4 cm von einander entfernt aneinander vorbei.

Am 5. October, nachdem er die anliegende Schriftprobe geliefert hat, reibt er auf Geheiss die Spitze des Daumens anstandslos und ohne Anwendung irgend eines ungewöhnlichen Kraftaufwandes an den Spitzen des 2., 3. und 4. Fingers, nur der Spitze des 5. Fingers will er den Daumen nicht nähern können.

Bei der Untersuchung der Empfindlichkeit der Wirbelsäule wurden sehr verschiedene Angaben gemacht. Einmal gab er schon heftige Schmerzensäusserungen von sich, wenn nur die Haut berührt wurde, ohne dass die Wirbelsäule selbst auch nur dem leisesten Druck ausgesetzt worden wäre und zwar dies von oben bis unten.

Bei einer zweiten Untersuchung und zwar an dem gleichen Tage — beiläufig durch den gleichen Untersucher, mich selbst — war die Wirbelsäule selbst auf ganz leichten Druck nicht schmerzhaft, wohl aber angeblich auf etwas stärkeren Druck, nun aber nicht in ihrer ganzen Länge, sondern nur der 3., 5., 8. und 11. Brustwirbel und der 1., 2., 3. und 5. Lendenwirbel.

Pupillenerweiterung bei Druck auf den angeblich besonders empfindlichen 8. Brustwirbel konnte nicht constatirt werden; übrigens wurde dies auch von dem Untersuchten durch Zuckungen der Augen und andere angeblich durch Schmerz verursachte und nicht zu unterdrückende Bewegungen ausserordentlich erschwert.

Ungeachtet dieser grossen Empfindlichkeit vermag B. die Wirbelsäule im Sitzen mit untergeschlagenen Armen, also ohne Unterstützung durch die Letztoren zu beugen und zu strecken.

Druck auf die früher angeblich empfindlichen Punkte (Points) an den oberen Extremitäten und am Brustkasten war nicht empfindlich. Druck auf die Austrittsstellen der Nerven an den unteren Extremitäten war dagegen angeblich sehr schmerzhaft. Jedoch wurden die gleichen Schmerzen angegeben, wenn neben den Nerven oder an beliebigen anderen Stellen gedrückt wurde.

Ähnlich war das Verhalten bei Druck auf die Unterbauch- (Ovarial-) gebend, insofern als auch Druck auf die Oberbauchgegend in analoger Weise beantwortet wurde. Indessen schien B. hierbei jetzt überhaupt keine schmerzsondern vielmehr nicht zurückzudrängende Kitzelempfindungen zu haben.

Die Kniescheibenreflexe erwiesen sich stets als sehr erheblich gesteigert.

Auf den Befehl „Schlafen Sie“, schliesst B. sofort die Augen und giebt sich den Anschein hypnotisirt zu sein, während er dies keineswegs ist. Alsdann wird unter den gewöhnlichen hypnotischen Suggestionen, die aber hier nur zur Ablenkung der Aufmerksamkeit dienen sollten, ein allmählig verstärkter Druck auf die Augäpfel ausgeübt. Obwohl dieser Letztere nun bis zu dem Grade gesteigert wurde, dass der Untersuchte — welcher beiläufig den Hypnotisirten spielte — sich demselben durch Kopfbewegungen zu entziehen suchte und nachher lebhaft subjective Lichtempfindung angab, so traten

bei zwei derartigen Versuchen die vorerwähnten früher bei ähnlichen Versuchen producirten Streckkrämpfe und anderweitigen krampfhaften Bewegungen nicht ein.

Eine Wiederholung der Untersuchung des Geruchs und Geschmacks am 5. October zunächst nach der früher geübten Methode ergiebt, dass *B. Asa foetida* angeblich nicht riecht, während er salzige sowie süsse Reagentien schmeckt. Andere Geruchs- und Geschmacksreagentien wurden nach dieser Methode nicht angewendet. Dann wurden ihm 3 Tassen Chokolade vorgesetzt, von denen die erste nichts Fremdes enthielt, während die zweite mit *Asa foetida* in Substanz und die dritte mit *Elaeosacharum Valerianae* angerührt war. Den Inhalt der ersten Tasse wollte er nicht erkennen; es schmecke süß, Kaffee sei es aber nicht.

Die Frage, ob es Chokolade sei und ob er Chokolade niemals getrunken habe, beantwortet er nicht.

Den Inhalt der zweiten und dritten Tasse unterscheidet er von dem Inhalte der ersten Tasse, indem er angiebt, der erstere schmecke widerlich und der zweite schmecke auch widerlich, aber anders als jener.

Hierzu ist nun zu bemerken, erstens, dass absichtlich vor Beginn dieser Prüfungen das Resultat der früheren Prüfungen in seiner Gegenwart recapitulirt worden war; zweitens, dass man *Asa foetida* und *Valeriana* auch wenn diese Substanzen durch den Mund eingeführt werden, nicht schmeckt, sondern riecht.

Endlich ist noch zu erwähnen, dass das jüngste Kind des Klägers am 3. April 1892 geboren ist, also Ende Juni, Anfang Juli 1891 gezeugt sein muss. Kläger leugnet auch nicht, den Beischlaf mit seiner Frau um diese Zeit wiederholt vollzogen zu haben.

### III.

Die im Vorstehenden vorgetragenen subjectiven Beschwerden und Krankheitszeichen zerfallen in 3 Gruppen, nämlich:

1. in solche, welche unzweifelhaft in vollem Umfange vorhanden sind oder vorhanden waren;
2. in solche, welche unzweifelhaft in vollem Umfange simulirt wurden;
3. in solche, rücksichtlich deren es zweifelhaft blieb, ob sie ganz oder nur theilweise, und zwar zu welchem Theile, simulirt wurden.

Zu der ersten Gruppe gehören zunächst diejenigen Beschwerden, welche auf den Plattfuss zurückzuführen sind. Die gleichfalls vorhandene Subluxation der 4 letzten Zehen des rechten Fusses braucht nicht nothwendig Beschwerden zu verursachen und ist auch in dem von Bramann'schen Gutachten in diesem Sinne beurtheilt worden, so dass dieselbe im Ferneren um so mehr unberücksichtigt bleiben kann, als Kläger selbst sie nicht auf den Unfall zurückführt und sie überdies einen geradezu typischen Folgezustand des chronischen Gelenkrheumatismus darstellt.

Ferner gehören die Gelenkanschwellungen hierher. Am 25. Januar 1891 sind thatsächlich erhebliche Anschwellungen der Kniegelenke — übrigens wiederholt gelegentlich auch Anschwellungen des einen, des anderen oder beider Füße, worauf nicht näher eingegangen zu werden braucht — constatirt worden. Hiernach liegt kein Grund vor, an den Angaben des Klägers, dass er zu wiederholten Malen wegen schmerzhafter Gelenkanschwellungen bettlägerig gewesen sei, zu zweifeln. Den ersten derartigen Anfall will er bereits im April 1889 gehabt haben.

Die bei jeder Untersuchung constatirte, sehr erhebliche Steigerung der Patellarsehnenreflexe kann gleichfalls nicht simulirt werden. Sie war in dem vorliegenden Falle auch so erheblich, dass sie — obwohl Steigerung der Sehnenreflexe auch bei sonst Gesunden vorkommt — bestimmt als ein Krankheitszeichen anzusehen ist.

Endlich sind am 10. April 1890 von dem damaligen Assistenzarzt fibrilläre Muskelzuckungen in den Beinen beobachtet worden. Ueber die Thatsache selbst kann man sich nicht wohl täuschen; das Symptom trat aber nachher bei den vielfachen Untersuchungen des B. nicht wieder in die Erscheinung.

Was den angeblichen Schiefstand des Zäpfchens angeht, so scheint der Assistenzarzt, der dieses Symptom seinerzeit constatirt haben wollte, sich geirrt zu haben. Bei einer zweiten Untersuchung sollte das Zäpfchen nur „eine Spur“ abweichen, später war nichts davon wahrzunehmen. Uebrigens kommen solche, und sogar erhebliche Abweichungen auch bei ganz gesunden Menschen gar nicht selten vor.

Zu der zweiten Gruppe gehört zunächst die zeitweise simulirte Intelligenzstörung. B. hat derartige Versuche nachher aufgegeben. Uebrigens beweist schon die Abfassung seiner Eingaben an das Reichs-Versicherungsamt, dass er an einer solchen Störung nicht leidet. Für uns hatten diese Untersuchungen nur die Bedeutung, Simulationsversuche auch auf diesem Gebiete nachzuweisen.

Sodann vor Allem das Verhalten der herausgesteckten Zunge. Zunächst wich die Zunge so enorm nach der Seite ab, wie dies bei Zungenlähmungen niemals der Fall ist, so dass mir schon bei dem ersten Anblick dieses Phänomens nicht der geringste Zweifel darüber blieb, dass dasselbe simulirt war. Dazu kam noch, dass Kläger nicht die geringste Sprachstörung hatte. Aus diesem wie auch aus anderen Gründen konnte von einem etwaigen Krampf der Zungenmuskulatur ebenso wenig die Rede sein.

Nun verhielt sich die Zunge bei den verschiedenen Untersuchungen aber auch noch ganz verschieden. Im Januar 1891 wich sie nach rechts ab, Anfang Januar 1892, nach Jahresfrist, als B. vermuthlich

vergessen hatte, welche Seite er früher bevorzugt hatte, wick sie nach links ab. Am 14. Januar c. wurde sie erst grade, dann nach links herausgesteckt; am 28. Januar wurde sie erst wie am 14., dann auf energisches Zureden gerade herausgesteckt, konnte aber nicht nach rechts bewegt werden. Am 24. September wird die Zunge auf Verlangen ganz nach rechts herausgesteckt und weicht dann nach einigen Sekunden über die Mittellinie hinaus nach links ab. Am 28. September und 1. October wird sie endlich grade herausgesteckt, zu welchem Erfolge wohl die dem B. sehr entschieden beigebrachte Ueberzeugung, dass er sich durch die bisherigen Manöver nur schaden könne, wesentlich beigetragen haben mag.

Mit einem Worte, Zungendeviationen, die durch irgend welche Krankheitsvorgänge hervorgebracht werden, verhalten sich niemals in dieser Weise. —

Zweifellos simulirt sind ferner verschiedene Bewegungsstörungen. Ich habe angeführt, dass Kläger, wenn er die Ausführung gewisser ihm geheissener Bewegungen unternahm, scheinbar einen ungeheuren Kraftaufwand entwickelte, dabei Gesicht und Augen nach oben verdrehte und das Gesicht verzerrte. Die befohlene Bewegung wurde alsdann sehr schwach, an ihrer Stelle dagegen die Innervation anderer nicht oder nur indirect zu dieser Bewegung benöthigter Muskeln sehr stark ausgeführt. Ausserdem trat bei solchen Bewegungen oder Bewegungsententionen ein mehr oder minder starkes und verbreitetes Zittern häufig, aber nicht immer auf.

Nun tritt die erstbeschriebene Bewegungsanomalie in der hier beobachteten Form als ein Zeichen nervöser Erkrankung überhaupt nicht auf, obschon Irregularitäten in der Vertheilung der Willensimpulse als Krankheitszeichen in anderer Form sonst durchaus nicht selten sind.

Aber auch sonst lässt sich diese scheinbare Krampferscheinung durch die vorgenommene Variation der Bewegungsformen und deren Wiederholung zu verschiedenen Zeiten unschwer als simulirt erweisen. Am klarsten tritt dies hervor bei der Lösung der Aufgabe, die Fingerspitzen der rechten Hand gegeneinander zu reiben. B. kann ganz gut lange Aufsätze schreiben. Wie die anliegende Schriftprobe beweist, ist seine Handschrift sogar für seinen Stand relativ gut und die Federführung glatt. Dazu muss man nun bekanntlich die Fingerspitzen aneinander legen und den Fingern complicirte, schnell aufeinander folgende Bewegungen mittheilen.

Während er dies anstandslos vermag, stellt er sich an, als ob er eine Herkulesarbeit zu verrichten habe, wenn er einfach die Fingerspitzen gegeneinander reiben soll, ohne doch damit zu Stande zu kommen.

Nachdem er aber am 5. October eine Schriftprobe geliefert hat, vermag er plötzlich die früher angeblich unmögliche Bewegung ganz glatt auszuführen; nur der fünfte Finger bleibt zurück. Aber auch die Bewegungen mit den Beinen werden oft genug ohne Dazwischenkunft jener scheinbaren Krämpfe ausgeführt.

Ebenso verhält es sich mit der Entwicklung der groben Kraft bei anderen Muskelleistungen der Extremitäten. Am Dynamometer drückt er im Januar rechts 11 und links 17 Kilo, also beiderseits schwach und links mehr; am 3. October drückt er aber rechts 27 (30) und links 22 (25) Kilo, also beiderseits erheblich mehr und rechts besser.

Noch viel variabler ist das Verhalten der Beine. Am 10. Januar 1890 sind alle Bewegungen mit denselben möglich; im Januar 1892 werden sie nur unvollkommen angeblich unter grossen Beschwerden und zwar links besser ausgeführt. Am 27. September 1892 sind wieder alle Bewegungen und zwar mit mittlerer Kraft, aber nun rechts besser ausführbar. Am 1. October will er den gestreckten linken Oberschenkel nicht erheben können, aber am 3. October gelingt ihm diese Bewegung wieder. Die widerspruchsvollen Ergebnisse dieser Untersuchungen können durch wirkliche Krankheitsvorgänge nicht erklärt werden.

Das Umfallen bei geschlossenen Augen erwies sich sowohl wegen des fehlenden Zusammenhanges mit anderweitig analogen Symptomen, worauf hier nicht näher eingegangen werden kann, wie auch wegen der — übrigens bei den verschiedenen Versuchen verschiedenen — Art, in der B. umzufallen für gut fand, als simulirt.

Den hypnotischen Schlaf und die hysterischen Krämpfe, in die B. bei Druck auf die Augäpfel verfiel, sind endlich sicher simulirt. Wirklich Hypnotisirte benehmen sich ganz anders, als B. bei jenen Versuchen that und der Umstand, dass er bei intensivem, geradezu schmerzhaftem Druck auf die Augäpfel dann keine Krämpfe bekam, wenn er die Vorstellung hatte, dass durch diese Manipulation nur Schlaf hervorgebracht werden sollte, spricht wohl zur Genüge dafür, dass jene scheinbaren durch einen verhältnissmässig leichten Druck hervorgebrachten Krämpfe in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Letzteren nicht standen.

Was schliesslich die scheinbaren hysterischen Druckpunkte (Points) angeht, so kann man dahin gestellt sein lassen, ob sie dem B. durch den untersuchenden Assistenzarzt unabsichtlich suggerirt waren, oder ob B. sie damals auch simulirte, jedenfalls bestehen sie jetzt nicht mehr, kommen also bei der gesammten Sachlage für die Beurtheilung nicht in Betracht.

In der dritten Gruppe ist zunächst die angebliche Geruchs-

störung zu besprechen. B. wollte zwar schmecken, aber nicht riechen können und beantwortete auch die Zuführung der gewöhnlichen Geruchs- und Geschmackreagentien in dieser Weise. Nun beschränken sich die Geschmacksempfindungen des Menschen auf die Wahrnehmung von süß, sauer, salzig und bitter. Die übrigen scheinbaren Geschmacksempfindungen werden in Wirklichkeit durch die Gefühlsnerven oder durch den Riechnerven vermittelt, was B. natürlich nicht wissen konnte. Aus diesem Grunde wurden dem Untersuchten Reize, die nur den Riechnerven erregen — Stinkasant und Baldrian — durch den Mund zugeführt. Konnte er wirklich nicht riechen, so durfte er die Anwesenheit jener Riechstoffe in der Chokolade überhaupt nicht wahrnehmen. Damit er aber nicht plötzlich auch noch Unfähigkeit zu schmecken simulire und dadurch den Versuch vereitele, wurden die Ergebnisse der früheren Untersuchung vorher in seiner Gegenwart recapitulirt. In der That vermochte er nun nicht nur die unvermischte Chokolade von der stinkenden, sondern sogar die beiden übeln Gerüche von einander zu unterscheiden, nachdem er kurz vorher den intensiven, ihm durch die Nase zugeführten Geruch der Tinctura Asae foetidae überhaupt nicht hatte wahrnehmen wollen. Dass B. also riechen kann und auch hier simulirt, ist gar keine Frage; dagegen wage ich nicht zu behaupten, dass sein Geruchsvermögen nicht eine Abschwächung erfahren hat. Sowohl die Asa foetida, als die Valeriana stinken in der warmen Chokolade so scheusslich, dass es mir höchst auffallend war, wie B. einen Mundvoll dieser widerlichen Mischungen ohne eine Miene zu verziehen, prüfen konnte.

Würde eine solche Abschwächung des Riechvermögens aber auch wirklich mit Bestimmtheit nachgewiesen, so würde sie doch bei der Beurtheilung des Falles nicht weiter in Betracht kommen. Abgesehen davon, dass derartige Zustände sich aus allerhand mit Unfällen nicht zusammenhängenden Gründen entwickeln können und die Arbeitsfähigkeit selbstverständlich nicht beschränken, ermangelt die Form, in der die Störung sich hier präsentiren würde, derjenigen Kriterien, auf Grund deren man sie mit einer durch den Unfall verursachten nervösen Störung — einer traumatischen Neurose — in Verbindung bringen könnte.

Zweitens gehört hierher die Empfindlichkeit der Wirbelsäule. Zwar wichen auch hier die Resultate der verschiedenen Untersuchungen ganz ausserordentlich von einander ab. Denn im April 1890 war der 2., 3., 8., 9., im Juli 1891 der 5., 7., 9. Brustwirbel, im Januar 1892 die ganze Wirbelsäule empfindlich und bei den letzten Untersuchungen gab er einmal schon heftige Schmerzensäusserungen von sich, wenn man nur die Haut über der ganzen Wirbelsäule be-

rührte, während er ein zweites Mal an dem gleichen Tage erst bei stärkerem Druck und zwar nur am 3., 5., 8. und 11. Brustwirbel, sowie am 1., 2., 3. und 5. Lendenwirbel Schmerz empfinden wollte. Dass er also auch hier simulirt, bezweifle ich nicht. Jedoch habe ich bei den vielfachen nach dieser Richtung hin vorgenommenen Untersuchungen doch den Eindruck gewonnen, dass B. bei stärkerem Druck auf die Wirbelsäule wirklich Schmerz empfindet, wenn er auch diese Schmerzempfindungen übertreibt. Letzteres ist auch daraus zu schliessen, dass das Beugen und Strecken der Wirbelsäule ohne Hülfe der oberen Extremitäten ausgeführt werden kann, worauf unten noch zurückzukommen sein wird.

Aehnlich verhält es sich mit der Empfindlichkeit der unteren Extremitäten. Einer meiner Assistenzärzte hatte früher die Austrittsstellen der Nerven nicht, wohl aber das Hüftgelenk, ein Anderer später aber grade die ersteren empfindlich gefunden, während B. bei den letzten Untersuchungen, die ich mit ihm vornahm, mit Schmerzensäusserungen bei Druck auf die gesammten Weichtheile reagierte und ausserdem den oberen Umfang des Gelenkknorrens des linken Schenkelbeins als empfindlich bezeichnete. Da die Schmerzhaftigkeit der unteren Extremitäten zu einer Zeit, als das anderweitige „Krankheitsbild“ im Grossen und Ganzen bereits entwickelt war, sonst fehlte und nur bezüglich des einen Hüftgelenks vorhanden war, so ist es wenig wahrscheinlich, dass sie, abgesehen von der Druckempfindlichkeit der Gelenke, worauf noch eingegangen werden wird, überhaupt besteht.

Endlich die Gehstörung, die unstreitig das auffallendste Symptom ausmacht. Kläger geht, wie geschildert, nur mit 2 Stöcken, indem er die Beine mit ganz kleinen Schrittschritten im Ganzen, ohne die Gelenke in normaler Weise zu bewegen, nach vorn bringt. Diese Gangart ist nun zweifellos simulirt, wie sich schon daraus ergibt, dass es mir gelang, ihn zur Ausführung jenes oben beschriebenen forcirten Parade-marsches zu bewegen. Denn diese Art der Fortbewegung ist selbst bei Anwendung von Stöcken viel schwieriger und mühsamer als der normale Gang, sodass ein Mensch, der so gehen kann, sicherlich nicht nöthig hat, sich in der ersterwähnten Art zu bewegen.

Nun sind ferner die verschiedenen bei Nervenkrankheiten vorkommenden pathologischen Gangarten genau bekannt. Mit keiner von diesen stimmt aber der B.'sche Gang überein, es sei denn allenfalls diejenige Gangart, welche bei hochgradiger und weitverbreiteter Lähmung der Beinmuskeln entsteht. An einer solchen Lähmung leidet Kläger aber nicht, wie sich aus den Bewegungen, die derselbe im Liegen gegen einen Widerstand im Stehen und bei dem Paradeschritt auszuführen

vermag, ergibt. Auch wäre mit einer solchen Annahme der Umstand nicht vereinbar, dass er im April 1890 zwar ohne Stöcke gar nicht, mit 2 Stöcken aber gut und rasch — wie ich mich selbst sehr gut erinnere — gehen konnte.

Uebertreibt also B. auch hier und zwar hier in ganz besonders hohem Grade, so ist es doch nicht auszuschliessen, dass er nicht thatsächlich — auch abgesehen von den durch den Plattfuss verursachten Beschwerden — Beschwerden beim Gehen hat und namentlich nicht, dass er nicht solche gehabt hat. Das Nähere wird weiter unten erläutert werden.

Die lediglich subjectiven Beschwerden des B., also Kopfschmerzen, Fünkensehen, Reizbarkeit und Vergesslichkeit können bei der anderweitig bewiesenen Tendenz des Klägers zu simuliren und zu übertreiben, irgend welchen Anspruch auf Berücksichtigung nicht erheben. Objective Anhaltspunkte für ihre Existenz, welche manchmal zu gewinnen sind, konnten nicht erhoben werden, eher das Gegentheil.

Stellen wir nun die sicheren und diejenigen Krankheitszeichen zusammen, deren vollständige Simulation nicht mit voller Bestimmtheit erwiesen werden kann und halten wir das so gewonnene Bild mit dem Inhalt der Acten sowie mit den von dem Kläger selbst gegebenen unverdächtigen anamnestischen Daten zusammen, so ergibt sich Folgendes:

1. Kläger leidet sicher an Plattfüssen und hat zufolge der früher abgegebenen Gutachten der chirurgischen Klinik derzeit an Entzündung der kleinen Fussgelenke gelitten.

2. Er hat seiner eigenen Angabe nach seit dem April 1889 wiederholt an multipler acuter Gelenkentzündung gelitten. Objective Zeichen dieser Krankheit sind in der Klinik beobachtet worden.

3. Die Wirbelsäule ist wahrscheinlich in mässigem Grade auf Druck empfindlich. Kläger mag auch, wie er angiebt, bei längerem Stehen und Sitzen daselbst Schmerzen empfinden. Diese Empfindlichkeit und Schmerzen sind, insoweit sie überhaupt bestehen, mit grösster Wahrscheinlichkeit auf die vorausgegangenen multiplen Gelenkentzündungen zurückzuführen, insofern dabei — was sehr häufig der Fall ist — auch die Wirbelgelenke betheiligt waren. Diese Annahme erhält auch durch die Angabe des B., dass er bei seiner acuten Erkrankung am ganzen Körper steif gewesen sei, eine fernere Stütze. Gegenwärtig sind objective Zeichen einer solchen Erkrankung nicht mehr nachzuweisen. Indessen besteht erfahrungsmässig spontane Schmerzhaftigkeit und Druckempfindlichkeit der Gelenke nicht selten noch lange fort, nachdem die objectiven Zeichen der Gelenkentzündung geschwunden sind. Erhebliche, sich dem objectiven Nachweis entziehende Gelenk-



entzündungen und eine hochgradige Schmerzhaftigkeit können aber nicht wohl vorhanden sein — wenn, wie anzunehmen ist, die Schmerzhaftigkeit aus der vorangegangenen Gelenkentzündung resultirt —, da nicht nur die Bewegungen der Wirbelsäule frei sind, sondern Kläger auch, wie bereits oben erwähnt, die Wirbelsäule ohne Zuhülfenahme der oberen Extremitäten beugen und strecken kann.

Auch ist hier zu berücksichtigen, dass Kläger im Sommer v. J. ein Kind gezeugt hat. Jemand, der wirklich an so heftigen Rückenschmerzen bei Bewegungen, ja sogar schon beim Sitzen leidet, wie B. dies behauptet, dürfte kaum die zur Vollziehung des Beischlafes nöthigen Bewegungen ausführen können, oder aber in Folge der dadurch entstehenden Schmerzen die Lust zu dieser Verrichtung verlieren.

4. Die Weichtheile der unteren Extremitäten sind möglicherweise auf Druck empfindlich und

5. die grobe Kraft derselben ist möglicherweise herabgesetzt und demgemäss möglicherweise auch das Gehvermögen in gewissem Grade beeinträchtigt.

Insoweit diese Beschwerden wirklich vorhanden sind, lässt sich ihre Entstehung ungezwungen auf die vorangegangenen Gelenkentzündungen zurückführen.

6. Die Kniesehnenreflexe sind erheblich gesteigert. Auch diese Anomalie findet sich sehr häufig bei und nach vorangegangenen Gelenkentzündungen, vornehmlich dann, wenn gleichzeitig die Wirbelgelenke befallen waren.

Sämmtliche bei B. mit Sicherheit oder einiger Wahrscheinlichkeit zu constatirende bezw. früher constatirte Krankheitserscheinungen, insofern sie nicht aus den Plattfüssen resultiren, lassen sich also auf den recidivirenden acuten Gelenkrheumatismus zurückführen.

Hiernach gestaltet sich der Hergang folgendermaassen: Kläger hat bis zum 17. April 1889 gearbeitet. An diesem Tage ist er krank und erwerbsunfähig geworden. (Eigene Angabe. Acten des Landraths.) Seine Krankheit hat zufolge eigener Angabe schon damals in acuter Gelenkentzündung bestanden. Diese Entzündung befiel u. A. wahrscheinlich auch die kleinen Gelenke des Fusses. Kläger gerieth in Differenzen mit seinem Arzt, verweigerte in Folge dessen den Eintritt in die von demselben geleitete Krankenanstalt und erhielt deshalb kein Krankengeld mehr. Er beschwert sich deshalb und auch über den Arzt, der seine Krankheit nicht erkannt haben soll, erwähnt aber nichts von einem Unfall. Auch in der Nervenpoliklinik erwähnt er davon zunächst nichts, vielmehr beginnt er erst 1½ Jahr nach dem Anfang seiner Krankheit und dem Datum des angeblichen Unfalls die Erstere mit dem Letzteren

in Verbindung zu bringen. Der Unfall soll in einem Fall aus geringer Höhe —  $\frac{3}{4}$ —1 Meter hoch — auf die Füße bestanden haben. Dass ein solcher Unfall stattgefunden habe, wird nachträglich eidlich durch 2 Mitarbeiter des Klägers bestätigt. Die vorhandenen Beschwerden und Krankheitszeichen erklären sich aber, so weit sie nicht simulirt sind, theils aus den vorhandenen Plattfüßen, theils aus der Gelenkentzündung. Die Plattfüße können nach dem Gutachten des Herrn Professor von Bramann durch den Unfall entstanden oder verschlimmert sein, sie können aber auch schon vorher bestanden haben sowie ganz oder theilweise auf die vorangegangenen Gelenkentzündungen zurückzuführen sein. Professor von Bramann führt unbestreitbare Gründe an, die für die erstere Annahme sprechen, ohne sie beweisen zu wollen. Gegen diese Annahme dürfte aber die hier gemachte Angabe des Klägers sprechen, dass er nicht auf die Fussspitzen, sondern auf die Hacken gefallen sei, der Umstand, dass die Verbildung der Füße bei geringer Fallhöhe doppelseitig ist und ferner der Umstand, dass er nach dem Unfall zugestandenermassen mehrere Wochen lang mindestens leichte Arbeit hat verrichten, also hat gehen können. Indessen soll hierauf weiter kein Gewicht gelegt und die Möglichkeit der Entstehung der Plattfüße durch den Unfall im Sinne des Herrn Professor von Bramann zugegeben werden. Nur das muss dabei im Auge behalten werden, dass derselbe Zustand der Füße ebenso gut bestehen könnte, wenn niemals ein Unfall stattgefunden hätte. Alle anderen wirklich vorhandenen Erscheinungen erklären sich jedenfalls ohne den Unfall, und so kann auch der gegenwärtige Zustand der Plattfüße erklärt werden.

Die multiple acute Gelenkentzündung, an der B. wiederholt gelitten hat, beruht aber auf Krankheitsvorgängen, die nicht auf eine Verletzung, sondern auf die Einwanderung von giftigen Mikroorganismen in den Körper zurückzuführen sind.

Meiner Ueberzeugung nach hat Kläger anfänglich niemals daran gedacht, seine Beschwerden mit einem Unfall — mag er einen solchen nun erlitten oder nicht erlitten haben — in Verbindung zu bringen. Er hätte nur gern sein ihm zukommendes Krankengeld gehabt. Dies hat man ihm aber verweigert und ihn ausserdem als Simulanten schlecht behandelt. Hierdurch ist er in den Kampf hineingedrängt worden und hat dann in demselben zur Simulation und zur Heranziehung des sogenannten Unfalles seine Zuflucht genommen.

Unter diesen Umständen beantworte ich die an mich gerichteten Fragen wie folgt:

ad 2. Kläger leidet überhaupt nicht an einer Rückenmarkskrankheit, welche auf den Unfall zurückzuführen wäre.

ad 3. Die Erwerbsfähigkeit des B. ist durch die Folgen des Unfalls — abgesehen von der den Plattfuss behandelnden Beantwortung der Frage 1 — überhaupt nicht beschränkt oder beschränkt gewesen.

Was schliesslich die verlangte Aufklärung der Differenzen zwischen den diesseitigen und den Angaben des Klägers angeht, so ergibt sich aus dem Vorangeführten, dass Kläger sich selbst wiederholt widersprochen hat bezw. die Unwahrheit früherer Aeusserungen hat zugeben müssen, dass er ferner sehr wohl gewusst hat, dass er in die Klinik einzutreten habe und dass er lediglich deshalb nicht eingetreten ist, weil er die Ueberzeugung gewonnen hatte, dass ich ihn durchschaute.

Halle a. S., den 9. October 1892.

Ich veröffentliche das vorstehende Gutachten, weil mir eine Anzahl der darin berührten oder behandelten Fragen von allgemeinem Interesse zu sein scheinen. Indessen erscheint es mir nützlich, an mehrere derselben noch einige Bemerkungen zu knüpfen.

I. In dem vorliegenden Falle haben gerichtliche Verhandlungen und eidliche Vernehmungen zur Feststellung der Thatsache stattgefunden, ob Kläger und zwar zu einer bestimmten Zeit einen Unfall erlitten hat. Gleiche oder ähnliche Vorgänge finden sich in zahlreichen Unfallsacten, und da ihr Ergebniss für diejenigen Instanzen, welche das Gutachten des ärztlichen Sachverständigen anrufen, die Basis bildet, von der sie ausgehen, so muss sich das Gutachten nothgedrungen auf denselben Boden stellen.

Dabei kann der Sachverständige aber aus verschiedenen Gründen in eine schiefe Lage kommen. Die zur Entscheidung der Entschädigungsansprüche berufene Behörde wird allerdings in der Regel an die eidlichen Bekundungen der einmal zum Eide zugelassenen Zeugen gebunden sein. Daraus erwächst aber für den Sachverständigen keineswegs immer die Ueberzeugung, dass die Thatsachen sich überhaupt oder so, wie sie dargestellt und beschworen worden sind, zugetragen haben. Es ist ja nur zu bekannt, dass die Verpflichtung, einen Genossen nicht im Stiche zu lassen, vielfach weit höher eingeschätzt wird, als die Verpflichtung zur Bekundung der Wahrheit, sogar wenn diese Bekundung unter dem Eide stattfindet. Ueberdies stehen derartige Aussagen nicht selten deshalb auf schwankendem Boden, weil sie, wie auch in diesem Falle, erst nach Jahren und von ungebildeten, an eine scharfe Beobachtung wenig gewöhnten Leuten verlangt werden.

Wenn demnach der Sachverständige schon gegen die Realität des bekundeten Ereignisses an sich seine begründeten Zweifel haben mag, so entsteht noch die weitere Frage, ob denn der beregte Vorfall, wenn er sich wirklich zugetragen hat, auch wirklich ein „Unfall“ war. Mit dem Worte „Unfall“ verknüpft der Sprachgebrauch den Sinn, dass die Summe der Vorgänge, aus denen dieser Unfall sich zusammensetzte, nicht ohne nachtheilige Folgen für die Gesundheit des Betroffenen geblieben ist und ferner — insoweit dieser ein gegen Unfall versicherter ist — dass daraus Anträge auf Entschädigung abgeleitet werden können. Gerade dieser Fall lag hier vor.

Es kann sein, dass Kläger — entsprechend den aktenmässigen Ermittlungen — wirklich vor dem Beginne seiner späteren Krankheit das fragliche Erlebnis gehabt hat, und es kann auch sein, dass er in der Folge über Schmerzen geklagt hat. Daraus folgt aber noch keineswegs, dass dieses Erlebniss geeignet war, den vorhandenen Krankheitsprocess oder einen Theil desselben hervorzurufen, oder dass es in causalem Zusammenhang mit den späteren Schmerzen stand. In der That ergab sich aus inneren und äusseren Gründen, dass ein solcher Zusammenhang hier nicht vorlag. Denn es widerspricht aller ärztlichen Erfahrung, dass ein Fall aus ganz geringer Höhe auf die Füsse die Veranlassung zu einem schubweise auftretenden Gelenkrheumatismus abgiebt, ja es ist sogar im höchsten Grade unwahrscheinlich, dass ein solcher Fall andere als höchstens locale organische Veränderungen nach sich zieht. Wenn Kläger endlich etwa  $1\frac{1}{2}$  Jahre lang keinen ursächlichen Zusammenhang zwischen seinem sogenannten Unfall und seiner Krankheit gefunden hat, so ist, bei der bekannten Neigung *post hoc ergo propter hoc* zu urtheilen, kaum zu vermuthen, dass in Wirklichkeit auch nur ein zeitlicher Zusammenhang zwischen beiden bestanden hat. In der That hat Kläger nachträglich die Richtigkeit dieser wie der anderen in dem Gutachten enthaltenen Schlussforderungen zugegeben.

Der gezeichneten Sachlage gegenüber versteht es sich von selbst, dass sich der Sachverständige vor Allem aus dem seinen Sinnen zugänglichen Status *praesens* ein scharfes Krankheitsbild zu entwerfen und dann erst zu prüfen hat, inwieweit die aus den Acten, den Angaben des Geschädigten etc. zu entnehmenden Daten mit diesem Krankheitsbilde vereinbar sind. Dabei werden sich häufig genug neben irrthümlichen und *direct simulatorischen* Angaben des Verletzten auch solche, und zwar unter dem Eide abgegebene dritter Personen finden, welche mit der ärztlichen Gesamtauffassung des Falles gänzlich unvereinbar sind. Nun mag eine Kritik solcher innerlicher Widersprüche zwar in

den meisten Fällen sehr misslich erscheinen, sie ist aber auch sehr wohl entbehrlich. Es genügt, wenn der Sachverständige nur die Resultate seiner kritischen Erwägungen in dem eigentlichen Gutachten vorträgt, in dessen historischem Theil aber durch die Zusammenstellung der Thatsachen der Behörde zu erkennen giebt, welchen Eindruck diese in ihrer Gesammtheit auf sein Urtheil gemacht haben.

II. Kläger war thatsächlich krank, er litt an entzündlichen Plattfüssen und einem recidivirenden multiplen Gelenkrheumatismus. Aber er übertrieb nicht nur die Beschwerden seiner wirklich vorhandenen Krankheiten, sondern ersimulirte noch allerhand andere nervöse Krankheitserscheinungen dazu, welche sich auf ein angeblich vorhandenes Rückenmarksleiden beziehen sollten; und zwar begann er mit diesen Täuschungsversuchen erst längere Zeit — so viel sich ersehen lässt  $1\frac{1}{2}$ —2 Jahre — nach dem Anfang seiner Krankheit.

Auch diese Erfahrungen wiederholen sich in zahlreichen Fällen. Fragt man nach den Motiven, so ergiebt sich fast regelmässig, dass der Kranke dadurch auf den Weg des Unrechtes gedrängt worden ist, weil er sich in seinen eigenen Rechtsansprüchen gekränkt glaubt und weil er gegenüber der ihm seiner Meinung nach zugefügten Bedrückung kein anderes Mittel findet, als den Betrug. Dies gilt in unserem Falle wie in zahlreichen anderen Fällen, ganz besonders auch mit Rücksicht darauf, dass ein niemals stattgehabter oder ein ausser jeder Beziehung zu dem Leiden stehender sogenannter Unfall in ursächlichen Zusammenhang mit diesem gebracht wird. Im vorliegenden Falle bestand die vermeintliche Rechtskränkung in der angeblich widerrechtlichen Entziehung des Krankengeldes.

Fasst man die Sache ganz allgemein auf, so ist der Täuschungsversuch auf das — gleichviel ob gerechtfertigte oder ungerechtfertigte — Verhalten der Behörden bezw. deren Vertrauensärzte gegenüber dem Geschädigten zurückzuführen. Wenn man bedenkt, welche Weitläufigkeiten, Schwierigkeiten und Kosten in diesen Fällen entstehen, so verlohnt es sich wohl der Mühe, die Frage zu erwägen, ob nicht die Prophylaxe zur Verhinderung von Simulationsversuchen von jener Seite etwas mehr gepflegt werden könnte. Hat der Geschädigte erst einmal angefangen zu simuliren, so ist es erfahrungsgemäss überaus schwer, ihn zum Geständniss oder zum Aufgeben der Simulation zu bewegen.

Diese Frage ist in der Literatur über Unfallskrankheiten schon wiederholt und von verschiedenen Gesichtspunkten aus erörtert worden. Und thatsächlich sind auch die Vorkommnisse, durch die der Kläger im concreten Falle sein Recht gekränkt sieht, mannigfaltig genug. Wir wollen uns hier jedoch lediglich auf die Erörterung des in dem

vorliegenden Falle von dem Kläger vorgebrachten Motivs beschränken. Dieses Motiv bestand darin, dass der Kläger kein Vertrauen zu den ihn im Auftrage der Krankenkasse behandelnden Aerzten hatte und sich demgemäss auch nicht in die von einem derselben geleitete Heilanstalt aufnehmen lassen wollte, während die Krankenkasse, sich auf ihr statutarisches Recht stützend, ihm darauf jede weitere Krankenunterstützung entzog. Da nun von keiner Seite bestritten worden ist, dass Kläger zur Zeit dieser Vorgänge wirklich krank war, so lässt sich sehr wohl die Frage aufwerfen, inwieweit hier das subjective Recht mit dem objectiven Recht in Widerspruch gerieth, und wie ein solcher Widerspruch ihn ähnlichen Fällen zu lösen ist. Die Annahme, dass die Kassenärzte im concreten Falle dem B. irgend welche begründete Veranlassung zur Klage gegeben hätten, liegt mir ganz fern. Indessen ist nicht zu bestreiten, dass Fälle in der Kassenpraxis ebenso wie in der anderweitigen Praxis, vorkommen, in denen Aerzte durch Vernachlässigung, falsche Diagnosen, Unfreundlichkeit etc. das Vertrauen ihrer Kranken verscherzen, ebenso wie sie dieses Vertrauens auch unverschuldet verlustig gehen können. Stellt man sich auf den rein menschlichen Standpunkt, so wird man dem Kassenkranken weder den Anspruch auf die möglichst baldige Wiedererlangung seiner Gesundheit noch die aus der Zahlung von Beiträgen hergeleitete Berechtigung bestreiten können, sich der Behandlung eines Arztes zu entziehen, von dem er seine Wiederherstellung überhaupt nicht oder doch nicht in der schnellsten und sichersten Weise erwarten zu können vermeint. Demgemäss erscheint es hart und gegen das Rechtsgefühl verstossend, wenn die Aufnahme in die Krankenanstalt gerade desjenigen Arztes erzwungen werden soll, der des Vertrauens des Kranken verlustig gegangen ist. Es wäre eine geradezu abenteuerliche Vorstellung, dies einem Privatkranken zuzumuthen, und doch ist es ganz begreiflich, wenn ein Kassenkranker sich wegen seiner den Charakter einer Versicherung tragenden Beiträge in einer ähnlichen Lage fühlt wie jener.

Auf der andern Seite muss die Unentbehrlichkeit der besprochenen statutarischen Bestimmung anerkannt werden. Es giebt Mitglieder von Krankenkassen genug, bei denen der vorausgesetzte Fall nicht vorliegt, sondern die aus den allerverschiedensten, mit einer geordneten Krankenpflege und einer geordneten Abwicklung der Geschäfte unvereinbaren Motiven den Eintritt in ein bestimmtes oder in ein Krankenhaus überhaupt ablehnen würden, wenn sie nicht dazu gezwungen würden. Theils sind diese Personen überhaupt nicht krank, theils haben sie einen Abscheu vor jedem Krankenhause, theils scheuen sie ein bestimmtes Krankenhaus, weil sie die besonders scharfe Beobachtung und Begut-

achtung des leitenden Arztes fürchten, theils wollen sie für den Unterhalt ihrer Familie von dem bei der Aufnahme in das Krankenhaus fallenden Krankengelde profitieren etc.

Unter diesen Umständen erscheint eine schematische und rigorose Anwendung der statutarischen Bestimmung in dem Sinne: Jeder, der nicht absolut gehorcht, wird dadurch gezwungen, dass man ihn in das äusserste Elend versetzt, inhuman und ausserdem falsch und unzweckmässig. M. E. sollte deshalb in allen solchen Fällen sowohl von den Behörden als ärztlicherseits der Einzelfall sorgfältig geprüft und unbefangen und ohne Empfindlichkeit erwogen werden, in welcher Weise berechtigten Ansprüchen der Kranken ohne Verletzung der Interessen der Kasse entsprochen werden könne. Ein solcher Ausweg hätte sich in dem Falle des B. wohl finden lassen, denn er hatte sich bereits an die chirurgische Poliklinik gewandt, hätte also einen begründeten Einwand gegen seine sofortige Ueberweisung an die chirurgische stationäre Klinik nicht erheben können. Wäre dies geschehen, so wäre der B. voraussichtlich nicht nur einer schnelleren Heilung seines Leidens entgegengeführt worden, sondern er wäre auch nicht auf den Weg der Uebertreibung und Simulation gedrängt worden, womit dann alle ferneren Weiterungen und Kosten in Wegfall gekommen wären. Ich bin weit von der Annahme entfernt, dass sich auf diese Weise alle in dieses Kapitel gehörenden Schwierigkeiten beseitigen lassen, wohl aber dürfte die Beherzigung meiner Mahnung im Allgemeinen zu einer humaneren und nützlicheren Erledigung der Geschäfte führen, als es bisher noch vielfach der Fall ist.

III. Wer die Geschichte der Polemik um die Simulation bei der traumatischen Neurose kennt, der weiss, dass sie ihren Anfang damit genommen hat, dass ein Kritiker einer Schrift über diesen Gegenstand den Vorwurf machte, dass sie keine besonderen Mittel zur Entlarvung von Simulanten angebe. Nach meiner Kenntniss der Sachlage ging dieses Verlangen zunächst daraus hervor, dass es dem Kritiker an einer gründlichen Kenntniss der functionellen Nervenkrankheiten fehlte und dass er deshalb vielfach Simulation witterte, wo Krankheit vorlag. Ueberdies aber — und deshalb gehe ich auf dieses Thema ein — ist ein solches Verlangen nicht nur unberechtigt, sondern, indem es didactisch auftritt, geradezu gefährlich, indem es den nicht vollkommen Erfahrenen auf Irrwege leitet. Gerade diejenigen, die sich die raffinirtesten Mittelchen und Schlingen ausgeklügelt hatten, um Simulanten zu fangen, habe ich sich in der gröblichsten Weise irren sehen. Ein solches Mittelchen besteht z. B. darin, dass man die Sensibilität des Exploranden erst in der Rückenlage und dann in der Bauchlage untersucht. Der Simulant

soll dann angeblich gefundene Sensibilitätsstörungen auf das falsche Glied localisiren. Gleichviel, ob und in wie vielen Fällen dies zutrifft, so habe ich wiederholt gesehen, dass Unfallverletzte, welche in dieser Weise als Simulanten diagnostizirt waren, in Wirklichkeit schwer krank waren. In der That sollte die erste Regel für einen Gutachter auf diesem Gebiete darin bestehen, dass er sich immer vergegenwärtigt, wie falsche Angaben bei weitem nicht immer aus bewusster Täuschung hervorgehen und wie selbst eine mehr oder minder geschickt durchgeführte Uebertreibung oder Simulation das Vorhandensein von Krankheit keineswegs ausschliesst. Ja, man kann fast mit grösserem Recht vermuthen, dass ein Simulant nebenher noch krank ist. Es liegt aber in dieser Cultivirung der Mittel zur Entlarvung von Simulanten noch die besondere Gefahr der Autosuggestion des Gutachters. Diese Gefahr wird um so grösser, wenn die Aeusserungen des Untersuchten den Charakter des Uebertriebenen haben, obwohl dieser keineswegs auf Absicht, sondern beispielsweise bei Schmerzen auf einer Reihe der verschiedensten Ursachen beruhen mag oder wenn die eben erwähnte Combination von Simulation und Krankheit vorliegt.

Die einzigen und wahren Mittel zur Aufdeckung und richtigen Beurtheilung der Simulation bestehen in der kunstgemässen und wiederholten Anwendung der üblichen klinischen Untersuchungsmethoden auf den Einzelfall.

Unser Gutachten giebt eine ganze Reihe von Belegen für die Richtigkeit dieses Satzes, wenn ich auch keineswegs verkenne, dass die Sache in zahlreichen Fällen bei weitem weniger einfach liegt. Man kann ganz allgemein sagen, dass Laien den Sinn der angewandten Untersuchungsmethode nicht verstehen, und dass sie deshalb auch das von ihnen künstlich producirte Resultat, selbst wenn es ausnahmsweise richtig war, nicht behalten. Insofern führt schon die einfache Wiederholung der gleichen Methode zum Ziele. Ueberdies beleuchtet aber schon die Reaction auf die einzelnen Untersuchungsmethoden die Quelle, aus der sie fliesst, zur Genüge.

Der Laie kennt den Sinn und den Mechanismus des Romberg'schen Zeichens nicht und kann es deshalb auch niemals willkürlich naturgemäss erzeugen, er weiss nicht ob und unter welchen Modalitäten eine Zungendeviation eintritt, er weiss nicht, wie die Geruchs- und Geschmacksqualitäten sich sondern, er besitzt keine zulängliche Kenntniss von den Symptomen der Hysterie, er weiss nicht, aus welchen Gründen ich ihn Beuge- und Streckversuche seiner Extremitäten im Liegen, Stehen und Gehen ausführen lasse etc. und er wird aus allen diesen Gründen mit der Zeit eine solche Summe von widersinnigen Untersuchungsergeb-



nissen ans Tageslicht fördern, dass das Urtheil über seine Glaubwürdigkeit und über die Realität und Irrealität eines grossen Theiles seiner Beschwerden nicht schwer fällt.

Aber hiermit haben wir uns auch zu bescheiden. An und für sich sollte niemand vergessen, dass es Fälle giebt, bei denen ausschliesslich subjective Beschwerden vorliegen und bei denen kein klinisches Untersuchungsmittel, sowie keine Simulantenfalle entscheiden kann, ob es sich um Krankheit oder Simulation handelt, so dass der objectiv und pflichtgemäss urtheilende Gutachter, indem er sich der positiven Entscheidung enthält, der Behörde nahelegen wird, sich wenigstens zeitweilig zu Gunsten des Geschädigten auszusprechen. Dagegen ist es sowohl vom wissenschaftlichen, wie vom rechtlichen, wie vom humanen Standpunkte aus auf das Entschiedenste zu verurtheilen, wenn das Gutachten in solchen Fällen mit der so häufig angewendeten Floskel schliesst, dass der Widerspruch zwischen der Intensität der subjectiven Angaben und dem gänzlichen Fehlen aller objectiven Erscheinungen den Schluss auf das Fehlen einer wirklichen Krankheit zulasse. Dazu kommt noch, dass der Nachuntersucher gerade in solchen Fällen durchaus nicht selten objective Krankheitszeichen aufdeckt, die dem Vorgutachter vollkommen entgangen waren.

---