

## Dienstbeschädigungsfrage und epidemische Encephalitis.

Von

Felix Stern.

(Aus der Psychiatrischen und Nervenkl. Göttingen [Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Schultze].)

(Eingegangen am 30. September 1924.)

Die Berechtigung, die während des Krieges und auch noch nach Abschluß desselben auf Kongressen und in sonstigen Publikationen eifrig diskutierte Dienstbeschädigungsfrage für eine einzelne Krankheit erneut 6 Jahre nach Ablauf des Krieges aufs Tapet zu bringen, ergibt sich aus der Tatsache, daß die erst nach dem Kriege allgemein bekannt gewordene und gehäuft zum Ausbruch gekommene epidemische Encephalitis bisher noch sehr wenig auf diese Frage hin untersucht worden ist [s. *Villinger*<sup>1)</sup>, *Jakob*<sup>2)</sup>], obwohl es sich um ein Gebiet von nicht geringer wissenschaftlicher und auch aktueller versicherungsrechtlicher Bedeutung handelt und bei ungenügender Kenntnis der Sachlage leicht Fehlschlüsse entstehen können. Die Tatsache, daß wir uns an der Göttinger Nervenkl. in 28 — man kann sagen zum größeren Teil diagnostisch und auch versicherungsrechtlich verkannten — Fällen mit der Dienstbeschädigungsfrage zum Teil in schwierigen Obergutachten, auch noch in der allerletzten Zeit, zu beschäftigen hatten, ist ein Zeichen für die soziale Bedeutung der hier zu behandelnden Probleme. Bevor wir auf die epidemische Encephalitis selbst eingehen, mögen einige Worte über die Dienstbeschädigungsfrage organischen Erkrankungen des Nervensystems gegenüber erlaubt sein.

Im allgemeinen hat die gegenwärtige Forschung wenigstens in Deutschland einen mehr oder weniger scharfen ablehnenden Standpunkt in der Frage des Zusammenhangs zwischen Kriegsdienst bzw. Kriegsschädigung einerseits, organischer Nervenerkrankung andererseits angenommen, soweit es sich nicht um die direkten Folgen von Verletzungen oder Infektionskrankheiten, z. B. eine Polyneuritis handelte. Nur wenige Forscher wie *Lewandowsky*<sup>3)</sup> haben einen milderen Standpunkt eingenommen.

1) *Villinger*: Münch. med. Wochenschr. 1922, Nr. 45.

2) *Jakob*: Ärztl. Sachv.-Ztg. 1922, Nr. 12.

3) Med. Klinik 1917. S. auch Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, Ref. 15, 335 ff. (*Birnbaum*).

Es ist gewiß von wissenschaftlichem Wert, sich auch in seiner Gutachtertätigkeit darüber stets im klaren zu sein, daß die laienmäßige Auffassung eines tatsächlichen Kausalzusammenhangs, der oft genug weniger auf unbekannten inhaltlichen, als auf rein zeitlichen Motiven beruht, auf der Voraussetzung, daß der betreffende Kranke etwa vor dem Kriege gesund war, daß bestimmte Schädigungen vorgelegen haben, in deren Anschluß eine beliebige Krankheit auftauchte oder auch nur verschlimmert in Erscheinung trat, unberechtigt ist. Und der vorsichtige Gutachter wird den aus solchen Erwägungen entspringenden Leitlinien, die ja schließlich in der Anerkennung des Zusammenhangs gewisse praktische Konzessionen unter bestimmten Umständen machen müssen, im großen und ganzen seine Zustimmung geben können. Aber man darf nicht vergessen, daß man nicht nur bei der naiven wahl- und gedankenlosen *Anerkennung* einer Dienstbeschädigung aus den einfachen Motiven des post hoc, sondern oft genug auch in demselben Maße bei ihrer Ablehnung Faktoren mit verwertet, die in Wirklichkeit ungeklärt sind. Prinzipiell muß vom theoretisch-pathogenetischen Standpunkt aus betont werden, daß auch ein bekannter wichtiger, vielleicht obligatorischer ursächlicher Faktor in den meisten Fällen *nicht* die Krankheitsentstehung erklärt und daß die Krankheitspathogenese, wie ja in der letzten Zeit namentlich in den wichtigsten psychiatrischen Arbeiten immer wieder hervorgehoben und näher begründet worden ist, bekanntlich ein Produkt aus den verschiedensten in positivem und negativem Sinne aufeinander wirkenden Bedingungen darstellt, wie man sich das etwa nach dem bekannten *Strümpellschen* Schema veranschaulichen kann. Diese Komplexheit der ursächlichen Krankheitsfaktoren gilt nicht nur für die exogenen, sondern in gewissem Grade auch für die endogenen (genotypischen) Krankheiten. Die beliebten Statistiken geben uns im Grunde genommen keineswegs die Berechtigung, im *Einzelfalle* die Wirkung einer statistisch vielleicht nicht übermäßig prominent erscheinenden Schädigung zu leugnen. Auch wenn in einer Krankenanstalt oder selbst der Summe der statistischen Untersuchungen zugänglichen Krankenanstalten eine bestimmte Krankheit während der Kriegsjahre keine Zunahme erfahren hat, so haben wir doch nicht im mindesten die Berechtigung, im gegebenen Einzelfall die Tatsächlichkeit der Kriegsdienstbeschädigung zu leugnen, wenn nur sonst Gründe dafür sprechen.

Wir sollten uns überhaupt klar darüber sein, daß wir die komplexe Dienstbeschädigungsfrage gerade dort, wo es sich nach heutigen Erfahrungen höchstens um indirekte pathogenetische Faktoren oder vielmehr um das Interferieren wichtiger, aber nicht generell obligatorischer, also auch durch andere Faktoren mit dem gleichen positiven oder negativen Vorzeichen zu ersetzender Krankheitsbedingungen handeln könnte,

überhaupt nicht mit naturwissenschaftlich einwandsfreien Methoden *allein* lösen können, sondern stets auch Überlegungen der *Billigkeit* Rechnung tragen, die zwar selbstverständlich auf medizinischen Erfahrungstatsachen beruhen müssen, aber doch wegen ihrer ungenügenden Beweismöglichkeit subjektiven Denk- und Gefühlseinstellungen stets Spielraum lassen. *Drei Faktoren* werden vorwiegend in der bejahenden oder verneinenden Begründung des ursächlichen Zusammenhangs herangezogen werden können: 1. Die klinische Erfahrung wird uns bei vielen Erkrankungen, namentlich solchen, die uns in ihrem Entwicklungsgang überschaubar sind, gestatten, festzustellen, ob bestimmte Schädigungen gewohnheitsmäßig oder mit mehr oder weniger großer Häufigkeit einen Einfluß auf die Entstehung oder den Fortschritt der Krankheit haben. Statistische Feststellungen wirken hierbei mit. Die von den einzelnen Autoren zurzeit noch verschieden beantwortete Feststellung etwa, daß die Strapazen in vielen, wenn auch nicht allen Fällen einer an sich ja polymorph verlaufenden multiplen Sklerose eine unmittelbare Verschlimmerung der Symptome herbeiführen, würde so die Anerkennung einer Dienstbeschädigung im gegebenen Falle leicht ermöglichen. Experimentelle Untersuchungen am Tier, die unter kontrollierbaren Versuchsbedingungen den Einfluß von bestimmten Schädigungen untersuchen, sind allerdings mit Ausnahme der früheren bekannten Versuche, die sich um die Anerkennung der *Edingerschen* Aufbrauchtheorie abmühten, kaum vorhanden. Die Methode hat die Vorteile und Nachteile, die jeder klinisch-statistischen Kombinationsmethode wie jeder groben empirischen oder statistischen Überlegung an sich eigen sind. Es ist dieselbe Methode, mit der in Zeiten, die uns uralt dünken, obwohl sie noch nicht so lange her sind, die heterogensten Schädigungen wie Aufregungen, Erkältungen, geschlechtliche Ausschweifungen, Alkoholismus u. a. als „Ursachen“ von Tabes und Paralyse galten; es ist aber auch die gleiche Methode, die kritischen Forschern bereits die luische Ätiologie dieser Krankheit in einer Zeit deutlich machte, in der es noch keine Wassermannsche Reaktion und keinen Spirochätennachweis im Gehirn gab. Daß diese Methode versicherungsrechtlich benutzbar ist, ist ebenso selbstverständlich wie die Tatsache, daß sie, allein verwertet, zu Fehlurteilen führen, jedenfalls unter den Voraussetzungen der gegenwärtigen Erfahrungen nicht als rein objektive Methode gelten kann. Es kann sich hier eben nur um *generelle* Wahrscheinlichkeiten mehr oder minder hohen Grades handeln, die im Einzelfalle keine Geltung zu haben brauchen. 2. Klinische wie klinisch-pathologische Analogieschlüsse können in manchen Fällen wichtige Überlegungen zeitigen. Um wieder ein hypothetisches Beispiel zu nennen: Die Erfahrung, daß Tuberkelbacillen an traumatisch geschädigten Körperstellen, an Orten, an denen die lokale Gewebekraft

erschöpft ist, besonders leicht zur Entwicklung gelangen können, die weitere Erfahrung, daß kleine Gewebstekrosen im Hirn nach schweren Commotionen experimentell erwiesen sind, wird uns im gegebenen Fall erlauben, unter Kritik der vorliegenden Bedingungen den Zusammenhang zwischen Trauma und tuberkulöser Hirnerkrankung für gegeben zu halten. 3. Abgesehen von der zuerst genannten statistisch-empirischen Feststellung, wie oft bestimmten Schädigungen bestimmte Erkrankungen in bestimmtem Verlauf folgen, wird in vielen Fällen die mehr in theoretische Spekulationen übergleitende Überlegung von der Schwere und der Wirkungsart einer Schädigung je nach dem Standpunkt, den die Forschung erreicht hat, gewichtigen Einfluß auf die hier behandelten Fragen gewinnen. Die Methode wird mit der ersten oft halb unbewußt Hand in Hand angewandt, hat aber vom erkenntnistheoretischen Standpunkt aus eine gewisse Selbständigkeit. Nur relativ selten werden diese Überlegungen von anatomischen Zufallsbefunden gestützt, die uns einen Einblick in die Beziehungsmöglichkeiten zwischen Läsion und Krankheit gestatten. Ich erwähne hier etwa den zu wenig gewürdigten Fall von *Merzbacher* und *Uyeda*, in welchem die „Erweckung“ einer genotypischen gliomatösen Erkrankung oder wenigstens einer gliaproliferativen Tendenz des Hirns unter der Einwirkung eines Hirntraumas in der Entwicklung multipler blastomatöser Gliosen an den Stellen kleiner Hirnquetschungen zum Ausdruck kam. Der Fall ist ein Beispiel dafür, wie exogene Hilfsbedingungen auch bei exzessiv „endogenen“ Erkrankungen eine Rolle spielen. Meist sind die Überlegungen bei dieser Methode besonders subjektiv und, wie ich schon erwähnte, spekulativ. Daß sie trotzdem in der Gutachtertätigkeit vorläufig nicht entbehrt werden kann, wird niemand leugnen, der nicht entweder auf bestimmte einseitige genetische Doktrinen schwört (und dazu gehört auch die Einschätzung der Erbkrankheiten als schicksalsmäßig verlaufender Krankheiten, auf deren Verlauf äußere Geschehnisse überhaupt keinen Einfluß gewinnen können) oder sein ganzes Heil von Zahlenwerten erwartet, die wegen der Summe ineinanderwirkender multipler Faktoren oft kaum beurteilt werden können. Als Beweis für die Wichtigkeit dieser Methode der rohen Einschätzung von der Art und Schwere einer Schädigung im versicherungsrechtlichen Verfahren mag das eine von unserer gegenwärtigen Bewertung der psychogenen Erkrankungen dienen. Unsere im gegenwärtigen Zeitpunkt berechnete Überzeugung von der sog. funktionellen Bedingtheit der psychogenen Dauererscheinungen in dem Sinne, daß ihnen im Prinzip nicht andere Hirnvorgänge parallel gehen als den sog. normalen psychischen Vorgängen, daß ihnen weder gröbere materielle Veränderungen der Hirnsubstanz zugrunde liegen, noch prinzipiell andersartige Stoffwechselvorgänge, Überlegungen, die wir etwa auf Grund der Möglichkeit ihrer

restlosen plötzlichen Beseitigung unter dem Einfluß suggestiver Vorgänge anstellen, berechtigt uns ohne weiteres zu dem Schlusse, in den psychogenen Dauerstörungen kein oder wenigstens kein wesentliches prädisponierendes Moment für die Entwicklung einer organischen Erkrankung anzuerkennen. Das Vorhandensein einer mit noch so groben motorischen Erscheinungen verbundenen sog. Kriegsneurose ist versicherungsrechtlich an sich irrelevant, wenn später etwa eine multiple Sklerose oder ein Hirntumor oder eine Schizophrenie zur Neurose sich hinzugesellt. Prinzipiell andere Erwägungen müssen schon Platz greifen, wenn etwa gehäufte seelische Erschütterungen, denen tiefgehende Verschiebungen des Blutvolumens innerhalb des Körpers, Blutdruckschwankungen, aber auch Stoffwechselstörungen und vorübergehende Störungen des endokrinen Gleichgewichts im weitesten Sinne folgen können, der Erkrankung vorausgegangen sind. Da wir bei den meisten der in Frage kommenden Krankheiten nicht die Möglichkeit haben, experimentelle Versuchsbedingungen zu schaffen, die uns die Wirkung derartiger Blutdruckschwankungen usw. auf den fraglichen Krankheitsprozeß veranschaulichen, tritt an die Stelle des beweisbaren Zusammenhanges das Moment der subjektiven, „gefühlsmäßigen“ Überlegung. Es „erscheint“ uns plausibel, daß solche gehäuften seelischen Erschütterungen bedeutungslos sind, wenn die in zentralpathogenetischer Hinsicht endogene und groborganische Erkrankung einer Hirngeschwulst zur Diskussion steht; plausibler erscheint einigen von uns die Möglichkeit eines Zusammenhanges trotz der negativen Statistik vielleicht schon, wenn es sich um eine schizophrene Erkrankung handelt, die nach gehäuften seelischen Erschütterungen in direktem zeitlichem Zusammenhang damit zum Ausdruck kommt, wobei man etwa die hypothetischen Stoffwechselanomalien, die in der Schizophreniegenese angenommen werden, zum Verständnis heranziehen könnte. Auf diesen Punkt hat bereits *Birnbaum* aufmerksam gemacht. (Ein anderer rein praktischer Grund, der uns die Anerkennung einer Dienstbeschädigung infolge starker seelischer Emotionen bei einer katatonischen Erkrankung erleichtern könnte, liegt allerdings auf einem ganz anderen Gebiet, nämlich dem, daß es sich nicht ganz selten um reaktive Situationserkrankungen katatonoiden Gepräges und nicht um „echte“ endotoxische schizophrene Zerfallserkrankungen gehandelt haben kann.) Bei allen derartigen Erwägungen aber ist ein *Beweis* für oder gegen die ursächliche Bedeutung dieser oder anderer Schädigungen von niemandem zu geben. Und wenn wir trotzdem auch bei den Erkrankungen, die höchstens indirekt als Kriegsdienstbeschädigung anerkannt werden könnten, ein definitives gutachtliches Urteil gewöhnlich fällen dürfen, so beruht dies nur auf einem Kompromiß zwischen ärztlicher Erfahrung und Billigkeitsgrundsätzen, die etwa auf folgende Überlegungen zurückgehen:

Theoretisch genommen haben *alle* Erlebnisse und Einwirkungen auf den Menschen einen Einfluß auf einen Krankheitsvorgang. Das gilt für die idiotypisch vorgebildeten „Schicksalserkrankungen“ vielleicht ebenso wie für die ätiologisch eindeutig bedingten Infektionskrankheiten. Die Krankheitspathogenese ist so kompliziert, daß selbst eine bessere Kenntnis der Hauptbedingungen einer Krankheit, als sie uns heute gewöhnlich möglich ist, die individuelle Krankheitsentwicklung nicht restlos erklärt. Um wieder ein Beispiel zu nennen, erwähnen wir die Paralyse. Auch wenn wir eindeutiger als heute die Bedingungen kennten, unter denen die Luesinfektion zur Paralyse führt, in welchem Maße etwaige biologische Modifikationen der Spirochäte, Behandlungsmaßnahmen usw. die spätsyphilitische Erkrankung generell heraufbeschwören, so sind trotzdem immer noch individuelle Hilfsbedingungen möglich, die im Einzelfall von ausschlaggebender Bedeutung sein könnten. Wenn wir trotzdem gutachtlich nicht alle Erlebnisse wahllos als ursächliche Faktoren in einem rein von der Praxis gebotenen, wissenschaftlich eigentlich unrichtigen Sinne, gelten lassen, so geschieht dies nur von der aprioristischen Überlegung aus, daß es Krankheitsbedingungen starker und geringer (bis unendlich geringer) Valenz geben muß. Wir stellen die Erfahrung in Rechnung, daß die durchschnittlichen militärischen Leistungen beim Gesunden keine Dauerschädigung irgendwelcher Art hervorrufen und folgern hieraus, daß diese Einflüsse auf den Organismus, wenn nicht direkt entgegengesetzte Erfahrungen bei einzelnen Erkrankungen einen anderen Standpunkt rechtfertigen, von geringer Valenz gegenüber den *obligaten* Krankheitsbedingungen sind, zumal auch das Berufsleben außerhalb der militärischen Dienstleistung schädigende, die Krankheitsauslösung fördernde Einflüsse ausgeübt haben könnte und müßte. Aus diesen Gründen nehmen wir nach einer gebotenen Konvention einen Zusammenhang zwischen Kriegseinflüssen und Nervenkrankheit im Prinzip nur unter zwei Bedingungen an:

1. Wenn Schädigungen vorgelegen haben, die nach der klinischen Erfahrung besonders häufig mit der Krankheitsauslösung oder Verschlimmerung verkuppelt sind und in einem verständlichen Zusammenhang damit stehen (klinisch-statistische Erfahrungen); hierzu gehören auch die experimentell nachprüfbaren Krankheitsbedingungen und die aus wissenschaftlich fundierten Analogieschlüssen stammenden Erwägungen.

2. Bei überdurchschnittlichen Schädigungen von einer *rein konventionell* feststellbaren Stärke auch dann, wenn keine Statistik die Häufigkeit des Zusammenhanges erweist, soweit die Denkrichtung der gegenwärtigen Forschungsepoche einen Zusammenhang möglich erscheinen läßt. Hierher gehört auch das plötzliche Auftreten endogener oder vielleicht auch nur scheinbar endogener Erkrankungen nach In-

fektionskrankheiten (Myotonisches Syndrom nach Typhus — *Lewandowsky*). Ob die Krankheit durch die Schädigung hervorgerufen oder nur provoziert wird, ist rechtlich gleichgültig. Der zweite Punkt erweist die Grenzen naturwissenschaftlicher Begründungsmöglichkeiten in der Gutachtertätigkeit, ohne selbstverständlich die eminente Wichtigkeit der Begutachtung durch erfahrene Vertreter der Fachwissenschaft diskreditieren zu wollen. Aber es scheint doch wichtig, darauf hinzuweisen, daß es auch Grenzen unseres Wissens gibt, in denen wir nicht resignieren, sondern in einem für den Rentenbewerber direkt positiven oder negativen Sinne zu begutachten berechtigt sind.

Wenden wir uns nach diesen Vorbemerkungen nunmehr an die Besprechung der Dienstbeschädigungsfrage bei der epidemischen Encephalitis! Es ist nicht meine Absicht, alle von uns begutachteten Fälle hier in extenso wiederzugeben, aber es lohnt sich aus verschiedenen Gründen, wenigstens einen Teil der Fälle von grundsätzlicher Bedeutung hier mitzuteilen.

Von klinischem Interesse ist dabei vor allem die schon angedeutete Tatsache, daß die Fälle größtenteils, sei es im Anfang, sei es selbst im weiteren Verlauf diagnostisch völlig verkannt und teils als Hysterie, teils als Katatonie, aber auch als multiple Sklerose, Neurose nach Malaria, Meningitis, Bulbärparalyse diagnostiziert waren. Von den 26<sup>1)</sup> Fällen, in denen die Dienstbeschädigungsfrage zur Erwägung stand, war eine solche Fehldiagnose in nicht weniger als 15 Fällen gestellt worden, meist nicht nur im Anfang, sondern zum Teil selbst von Fachärzten, bis die Kranken zur klinischen Beobachtung kamen; von den von vornherein in den Akten richtig diagnostizierten Fällen stammen die meisten Diagnosen aus der Klinik, da der Rentenantrag — natürlich ohne Befürwortung durch den Arzt — erst nach der Diagnosenstellung nach Entlassung aus der Klinik von dem in seiner Gesundheit gewöhnlich schwer geschädigten Kranken ausging. Gerade die trotz aller Aufklärungsarbeit bis in die letzte Zeit hinein stattfindende Verkennung der Encephalitis selbst von Fachärzten ist ein gewichtiger Grund zur erneuten Veröffentlichung einiger einschlägiger Beobachtungen. Denn es ist ganz klar, daß die Fehldiagnosen nicht nur für die Behandlung, sondern auch für die gutachtliche Wertung die größte Bedeutung haben. Mit der Diagnose Kriegsneurose bekommt der Kranke, der im Jahre des Unheils 1920 seinen encephalitischen Schub durchgemacht hat, Rente für eine Erkrankung, für die er eine Kriegsrente in sachlicher Beziehung nicht verdient, mag man sich auch vom Standpunkt der Menschlichkeit aus darüber freuen, daß durch die Geldentschädigung die unglücklichen Menschen vor schwerster Verelendung geschützt sind.

<sup>1)</sup> Jetzt 28, die Arbeit selbst stützt sich nur auf die ersten 26 Fälle.

In den Fällen aber, in denen ein Zusammenhang der Encephalitis mit dem Kriegsdienst angenommen wird, wird die Rentenzumessung, wenn man einen bekehrungssüchtigen Kriegsschüttler vor sich zu sehen glaubt, zu gering ausfallen. Ebenso schwerwiegende Fehlurteile können auch bei der Annahme einer Katatonie stattfinden, wie ein Beispiel weiter unten zeigen wird.

Während wir nachher noch auf die Frage der gutachtlichen Bewertung neurotischer Erscheinungen als prädisponierendem Moment für die encephalitische Erkrankung eingehen wollen, ist eine andere Frage vorerst zu erledigen, nämlich die der Berechtigung, die chronische Encephalitis (immer handelt es sich in verständlicher Weise um ausgesprochene chronische „amyostatische“ Zustände) als Folgezustand eines akuten im Felde durchgemachten Schubes der Krankheit anzuerkennen. Auf derselben Stufe wie der Frontdienst steht natürlich die Kriegsgefangenschaft. Nach unseren Erfahrungen haben wir in erheblich mehr Fällen als nach den Ausführungen *Villingers* gefolgert werden darf, die Berechtigung eines solchen Zusammenhanges anzuerkennen, und ich möchte vermuten, daß *Villinger* selbst sein damaliges etwas apodiktisch gehaltenes Urteil, daß es an der deutschen Front und in Deutschland vor dem Jahre 1918 keine Encephalitis gegeben hat, nach neueren Erfahrungen nicht mehr aufrechterhalten wird. Gewiß hat der Hauptschub der Encephalitis erst im Jahre 1920 eingesetzt, aber selbst im Innern des Deutschen Reiches sind nicht ganz vereinzelte Fälle epidemischer Encephalitis bereits lange vorher vorgekommen. Sporadische Fälle hat es bekanntlich auch außerhalb der großen Epidemien, von denen die letztabgelaufene die Nona des Jahres 1890 war, immer gegeben, wie die Erfahrungen von *Hall* u. a., auch die unter anderem Titel veröffentlichten Arbeiten von *Ulrich* usw. beweisen. Die beginnende Häufung der Fälle setzte dann nach unserer bisherigen Kenntnis im Winter 1915/16 in Rumänien ein; abgesehen von den später erfolgenden, bereits als Epidemien anzusehenden Schüben (Wien und französische Front) mehrten sich die Fälle dann auch in anderen Ländern. Woran das liegt, ist uns bei dem vielen Rätselhaften, das der Epidemiegang der Encephalitis bietet, vorläufig völlig unklar; aber die Tatsache steht fest, daß wir z. B. von den in der Provinz Hannover akut Erkrankten unter zirka 460 bisher erfaßten Fällen bereits 2 einwandfreie Fälle aus dem Jahre 1917 haben; ebenso findet sich im Material der Klinik ein Fall, der in Hessen im Jahre 1917 erkrankte; Fälle aus Leipzig sind von *Strümpell* mitgeteilt; im Jahre 1918 war die Erkrankung auch schon vor der Winterepidemie 1918/19, die besonders in Hamburg und Holstein viele Opfer forderte, in Hannover und benachbarten Gebieten gar nicht selten. Dazu wissen wir aber nun z. B. aus den Mitteilungen von *Cruchet* und seiner Mitarbeiter, daß in den Wintern 1915/16 und



1916/17 an der französischen Front ausgesprochene Epidemien auftraten, und müssen a priori voraussetzen, daß die benachbarte deutsche Front von dieser Epidemie nicht unberührt blieb. Auch die Voraussetzung, daß erst die späteren Epidemien von 1920 ab chronische Erkrankungen in gehäufte Menge hervorbrachten, kann unser gutachtliches Urteil, wenn anders ein Zusammenhang nach den Verhältnissen angenommen werden darf, nicht beeinflussen. Meine ursprüngliche Überzeugung, daß tatsächlich die schwere Epidemie des Jahres 1920 in Hinsicht auf chronische Erkrankungen besonders verhängnisvoll war, hat späteren statistischen Feststellungen gegenüber erhebliche Modifikationen insofern erlitten, als auch bei früheren und späteren Epidemien die Erkrankungen von gleicher prognostischer Verderblichkeit waren (bis vielleicht auf die letzten Epidemien des Jahres 1924). Und wenn auch quantitative Unterschiede namentlich hinsichtlich der Prognose der ersten Epidemien (*Economo*) vorliegen, so haben wir doch nicht die mindeste Berechtigung für die Annahme, daß nicht die gleichen Tendenzen zur Amyostase, wie man sich auch ihre Pathogenese vorstellen mag, wenigstens in einer Reihe von Fällen auch schon bei den ersten Epidemien vorlag.

Unter diesen Voraussetzungen wird es in einzelnen Fällen leicht sein, die Annahme zu vertreten, daß die akute Encephalitis bereits an der Front akquiriert war. Einen dieser Fälle habe ich bereits von anderen Gesichtspunkten aus an anderer Stelle veröffentlicht. Ich wiederhole ihn hier in gedrängter Kürze darum, weil es sich feststellen ließ, daß im Felde typische Symptome der Hirnstammerkrankung vorausgegangen waren, die den Zusammenhang mit der späteren Amyostase unzweideutig erscheinen lassen:

Fall 1. S., gesunder Mensch, ohne neurotische Antezedenzen. Im Jahre 1917 im Priesterwald an Fieber, Schlafsucht, Ptosis, Doppelsehen erkrankt. Keine Erholung von der Erkrankung. Während die akuten Erscheinungen zurückgehen, bleibt eine allgemeine Kränklichkeit zurück, der sich allmählich Zittern und Steifigkeit anschließen. 8 Gutachter, darunter Fachärzte, nehmen hysterisches Zittern an, bis S. im Jahre 1923 zur Beobachtung in die Klinik kommt. Typischer Parkinsonismus mit Aspontaneität, Rigidität, Ruhezittern, Salbengesicht, unaffektierter und bradyphrener Psyche.

Dieser Fall liegt so klar, daß er keiner Diskussion bedarf. Ebenso eindeutig liegt ein anderer Fall<sup>1)</sup>, der in englischer Gefangenschaft im Jahr 1918 während der dortigen Encephalitisepidemie seine Erkrankung, die als Grippe bezeichnet war, aber in Wirklichkeit in Schlafsucht, Doppelbildern und Fieber bestand, durchgemacht hatte, von seiner Erkrankung sich nicht erholte, sondern im pseudo-neurasthenischen, vielleicht auch schon leicht amyostatischen Zustande blieb und nach einem

<sup>1)</sup> Veröff. bei *Dietrich*: Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. 3.

Rezidiv im Jahre 1919 in schweres amyostatisches Siechtum verfiel<sup>1)</sup>. Daß eine während des Aufenthaltes in einem Kriegsgefangenenlager ausbrechende Infektionskrankheit nach den gesetzlichen Bestimmungen als Kriegsdienstbeschädigung anerkannt wird, ist bekannt. Bedenken können höchstens entstehen, ob die Verschlimmerung, die erst nach der scheinbaren Neuerkrankung im Jahre 1919 einsetzte, noch unter den Begriff der Dienstbeschädigung fällt. Aber auch hierüber bestehen keine Zweifel. Wenn ein Encephalitiker ein echtes Rezidiv bekommt, so ist von vornherein die Wahrscheinlichkeit gegeben, daß das ursprüngliche in das Hirn eingedrungene Virus nicht vernichtet war, sondern latent persistiert und aus irgendeinem Grunde wieder aktiviert und pathogen wird. Die Feststellung, daß sich solche Rezidive scheinbar ganz spontan außerhalb aller Epidemiezeiten, ohne sonstige feststellbare Anlässe mehrfach wiederholen können, spricht in besonderem Maße für diese Annahme, auch schließlich der anatomische Befund, der uns lehrt, daß auch nach Ablauf des akuten Stadiums noch lange Zeit hindurch entzündliche Erscheinungen, die wir als Reaktion auf ein in loco anwesendes Virus auffassen, vorhanden sind. Ob diese Neuaktivierung des Virus, das in den Körper als Folge einer als Kriegsdienstbeschädigung anzusehenden Infektion eingedrungen war, allein von biologischen Eigenheiten des Virus in seinem Kampf mit den Abwehrkräften des Organismus abhängt oder durch akzidentelle Schädigungen, die die Abwehrkräfte schädigen, mitbegünstigt wird, ist versicherungsrechtlich gleichgültig. Die Tatsache, daß noch pathogene Erreger von der ersten als Dienstbeschädigung anzuerkennenden Infektion im Hirn ruhen, spielt hier rechtlich die Hauptrolle. Die Annahme, daß die Rezidivkrankung durch Virus von der ersten Infektion her hervorgerufen wird, ist durch die Feststellung, daß die Symptome der ersten Infektionskrankheit nicht abgeklungen sind, wie im vorliegenden Fall, gesteigert. Aber auch, wenn die Rezidivkrankung durch eine Neuinfektion bedingt sein sollte, was nicht beweisbar ist, wird man in einem solchen Fall, wo noch die Krankheitserscheinungen von der ersten Infektion nicht verschwunden sind, die Berechtigung haben, die Möglichkeit einer Dispositionssteigerung für die Neuinfektion durch die organische destruiierende Ersterkrankung anzuerkennen und in den Vordergrund zu stellen. Wir tun dies um so mehr, als wir die pseudo-neurasthenischen Symptome wie die chronisch amyostatischen Erscheinungen mit gutem Grund nicht als Folgeerscheinungen der akuten Encephalitis, sondern als Zeichen eines langsam fortwirkenden Krankheitsprozesses auffassen, also annehmen,

---

<sup>1)</sup> In diesem wie in anderen Fällen werden aus raumökonomischen Gründen die oft reichlichen Bescheinigungen, Krankengeschichten, Zeugenaussagen und andere Grundlagen, die uns die Berechtigung geben, die Angaben der Kranken für tatsächlich zu halten, nicht besonders aufgeführt.

daß das Organ, an dem die Neuinfektion ansetzen würde, nicht nur narbig verändert ist, sondern unter pathologischen Bedingungen arbeitet, toxische Stoffe, seien es nun lokal bedingte oder solche aus einem allgemein gestörten Stoffwechsel, die Gewebe, an denen das supponierte neu eindringende Virus ansetzt, aktuell schädigen.

Ganz andere Urteile sind dann zu fällen, wenn eine ursprüngliche in etwas encephalitisverdächtige Erkrankung *abheilt* und nun nach längerem Intervall in einem späteren Zeitpunkt, etwa während der Hauptepidemiezeit der Jahre 1920 und 1921 eine typische akute Encephalitis zum Ausbruch kommt. Wir haben einen Fall, in welchem die Ersterkrankung während der Kriegsdienstzeit eine typische und einwandfreie Encephalitis war, noch nicht zu begutachten gehabt. In einem solchen Falle wäre immer noch die Hypothese denkbar, daß die mehr oder weniger geringen Narben, die von der Ersterkrankung herühren, die Entwicklung der Erreger begünstigen könnten. Wir halten eine solche Hypothese aber für vorläufig in der Luft schwebend und würden in einem solchen Falle viel eher annehmen, daß eine bereits von jeher bestehende, vielleicht genotypische Disposition, die wir als einen wichtigen Faktor der Erkrankungsmöglichkeit anzunehmen durchaus berechtigt sind, in dem betreffenden Falle die doppelte Erkrankung erklärt. Viel häufiger ist der in unserer Praxis wiederholt beobachtete Fall, daß die erste Erkrankung keine typische Encephalitis, sondern eine Grippe darstellte, die im Felde ja häufig genug beobachtet wurde. Solche Fälle hat auch *Villinger* mitgeteilt. Zur Illustration mögen etwa folgende Fälle dienen:

Fall 2. G. B., geboren 1882. Anamnestisch keine nervösen Antezedenzen. Dauernd im Felde. Einmal Rippenbruch durch Sturz vom Pferd. 1918 im Sommer Grippeerkrankung ohne besondere cerebralen Symptome. Erkrankung klang ohne Folgeerscheinungen ab. März 1920 typische Encephalitis („Kopfgrippe“), Fieber, Akkommodationslähmung, Kopfschmerzen, allmählich fortschreitende Amyostase.

Fall 3. R. B., geboren 1886. Früher immer gesund. Dauernd im Feld. Einmal Handschuß. Sommer 1918 „Grippe“, die sich in 8tägigen Kopfschmerzen äußerte. Er war gar nicht beim Arzt, auch nicht nach Rückkehr aus dem Felde, obwohl Kopfschmerzen weiter bestanden haben sollen. Keine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit. Frühjahr 1920 Schlafsucht, 40° Fieber, Doppelsehen, nur sehr kurze Zeit bettlägerig, nahm Arbeit wieder auf, obwohl er immer schläfrig war und Kopfschmerzen zurückblieben. Seit 1923 beginnende allmählich zunehmende Amyostase.

Wir haben in diesen Fällen Dienstbeschädigung abgelehnt. Ganz vage Spekulationen über hypothetische Zusammenhänge, die zurzeit zwar keine sichere Stütze finden, aber in Zukunft vielleicht mal klarer erkannt werden könnten, dürfen ja nicht als Basis eines positiven Entscheides dienen. Generell wird unser Urteil in diesen Fragen von folgenden Überlegungen geleitet: Es ist bekanntlich auch dem geübten Fachmann häufig nicht oder schwierig möglich, eine leichte Encephala-

litis mit entzündlichen Veränderungen im Hirnstamm von einer toxischen, fälschlich nervös genannten Grippe zu trennen, selbst dann, wenn der fachkundige Arzt den akuten Krankheitsschub beobachtet. Denn die akute Encephalitis verläuft nicht immer mit typisch klassisch ausgesprochener Schlafsucht und Augenmuskellähmungen, und umgekehrt ist auch die toxische Grippe mit Kopfschmerzen, Benommenheit, Schwindelanfällen, die ja perakut eine pandemische Grippe einleiten können, auch Delirien, die von den encephalitischen nicht streng zu differenzieren brauchen, verbunden. Immerhin wird der Arzt bei Beobachtung der akuten Krankheit, wenn diagnostische Zweifel bestehen, durch die möglichst rasch auszuführende Liquoruntersuchung, durch neurologisch exakteste Prüfung (Babinski, Reflexanomalien, Flimmerzucken, Akkommodationsstörung) und besonders durch die Beachtung des postencephalitischen Nachstadiums, wenn nicht immer, so doch meist im Lauf der Zeit eine richtige Diagnose stellen. (Immer ist die Diagnose wohl nicht möglich, wie aus der Erfahrung von der nicht seltenen Entwicklung amyostatischer Encephalitiden aus wirklich ganz leichten und scheinbar unkomplizierten grippalen Erkrankungen hervorgeht). Die *nachträgliche* Beurteilung der angeblich im Felde durchgemachten Grippe ist aber in sehr vielen Fällen schlechterdings unmöglich. Es ist ja ganz selbstverständlich, daß die Krankengeschichten der Feldlazarette, soweit die Patienten überhaupt im Lazarett lagen, versagen müssen, ohne daß den damals behandelnden Ärzten ein Vorwurf gemacht werden könnte. Der Zustrom von Kranken in die Feldlazarette, der wenigstens zeitweilig gewaltig answoll, mußte an sich schon in vielen Fällen das Führen genauer Krankengeschichten illusorisch machen; der scheinbare Grippekranke wurde nicht gerade dem Neurologen zugeführt, und außerdem kannte ja kein Mensch die Encephalitis; niemandem war die Assoziation: grippeartige Erkrankung — Verdachtsmöglichkeit der Encephalitis — gegeben und suchte nach der Erkrankung, wie wir es tun oder bei verdächtiger Symptomatik tun sollten. Unter diesen Verhältnissen hat der positive Befund organoneurologischer Veränderungen natürlich viel mehr Wert als der negative Befund oder das Fehlen entsprechender Notizen; aus diesem Grunde haben wir im Gegensatz zu *Villinger* auch keinen Zweifel, daß die Begutachtung *Jakobs*, in dessen Fall die sog. Grippe des Frühjahrs 1918 mit vorübergehender Pupillenstarre, Reflexstörungen usw. verbunden war, mit Recht zu der Annahme einer in dieser Zeit durchgemachten Encephalitis kam. Andererseits unterliegt es ebenso keinem Zweifel, daß unzählige Grippeerkrankungen an der Front mit Kopfschmerzen, Schwindel usw. nicht encephalitischer Natur vorgekommen sind. In den Fällen nun, in denen klinisch-retrospektiv aus Krankengeschichten, Zeugenangaben und Angaben des Kranken schlechterdings nicht ent-

schieden werden kann, ob die im Felde durchgemachte Grippe eine einfache toxische „Kopfgrippe“ oder eine Encephalitis darstellte, kommen folgende praktische Möglichkeiten in Betracht:

1. Die mit Kopfschmerzen, Schwindel, Benommenheit verbundene Grippe heilt ab. Jahrelang nach dieser Grippe in der Heimat stellt sich allmählich der Parkinsonismus ein. Die Annahme einer Anerkennung der Dienstbeschädigung begründenden Zusammenhanges wird als unwahrscheinlich bezeichnet. Es sind zwar Fälle bekannt, in denen der Parkinsonismus jahrelang nach dem restlos geheilten ersten Encephalitisschub zur Entwicklung kam; nach eigener Erfahrung sind aber diese Fälle selten gegenüber den Fällen, in denen das pseudo-neurasthenische Intervallstadium mehr oder weniger deutlich war, und wenn noch dazu die erste Encephalitiserkrankung ganz hypothetisch ist, erscheint es nicht gerechtfertigt, Dienstbeschädigung anzunehmen. Die Möglichkeit, daß es sich um eine amyostatische<sup>1)</sup> Erkrankung ganz anderer Genese, etwa bei einem älteren Individuum eine Paralysis agitans, handelt, wird nach exakter klinischer Untersuchung, z. B. nach Ausschluß aller Hirnnervenstörungen, in manchen Fällen gegeben sein. Solche gutachtlich schwierigen Fälle sind übrigens selten; in unserem Materiale fehlen sie ganz. Viel häufiger ist es, daß ein für die Begutachtung äußerst wichtiger neuer Faktor hinzukommt, nämlich die Feststellung, daß nach Rückkehr aus dem Kriege, gewöhnlich im Jahre 1920 oder 1921, eine typische Encephalitis durchgemacht wurde, wie in den beiden oben erwähnten Fällen. Hier wird das Gutachten zu einer entschiedenen Negation gelangen dürfen. Auch die in dem einen Falle aufgestellte und von keinem Zeugen gestützte Behauptung, daß seit der ganz uncharakteristischen Grippe Kopfschmerzen persistiert haben, erschüttert nicht das Gutachten, zumal diese Kopfschmerzen, die ebensogut neurotischer Natur gewesen sein können, keinerlei Beeinträchtigung der Arbeit herbeigeführt hatten.

2. Der im Felde akquirierten Grippe, die mit immerhin verdächtigen Symptomen, langdauerndem Schwindel, Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, evtl. Sehverschlechterung (!) verbunden war, folgte keine Heilung, sondern das pseudo-neurasthenische Stadium, aus welchem ohne Interferenz eines sicheren neuen akuten Encephalitisschubes das amyostatische Stadium direkt folgt; ob die dystonischen Erscheinungen schon im Felde bestanden haben oder erst in der Heimat hinzugetreten sind, ist dabei gleichgültig. Dienstbeschädigung ist in diesen Fällen anzuerkennen; es liegt auch ganz unabhängig von jeder versicherungsrechtlich-medizinischen Erwägung rein klinisch in hohem Maße die Wahrscheinlichkeit vor, daß die unklare fieberhafte Erkrankung, die die Basis

<sup>1)</sup> Der eingebürgerte Ausdruck „amyostatisch“ wird hier gelegentlich für das dystonische Syndrom mit und ohne Tremor angewandt, obwohl dem Verf. die begrifflichen Schwächen des Ausdrucks wohl bekannt sind.

des sich typisch entwickelnden dystonischen Siechtums bildet, eine echte Encephalitis war. Schwierigkeiten macht nur die Differentialdiagnose zwischen einem pseudo-neurasthenisch-encephalitischen Dauersyndrom und einfach neurotischen bzw. psychogenen Störungen, zumal die Beurteilung auch hier sich gewöhnlich auf oft recht vage Krankengeschichtsnotizen, Zeugenaussagen, Bewertung der Angaben des Kranken selbst stützen muß. Wir haben aber doch gewöhnlich mancherlei wichtige Indizien, von denen einige hier zu nennen sind. Zunächst unterschätzen wir gewiß nicht, so unkommensurabel auch die feststellbaren Mitteilungen sind, die psychische Persönlichkeit vor der Erkrankung im Feld und nach der Erkrankung im nervösen Stadium. Wir finden unter den Kranken Personen, die nicht nur vor der Erkrankung trotz aller durchgemachten Gefechte ganz unneurotisch waren, sondern auch nachher trotz einer Masse von Beschwerden, trotz ausgesprochener Kränklichkeit immer wieder zum Dienst sich drängten und ebenso trotz notorisch erwiesener Kränklichkeit nach Rückkehr aus dem Feld mit fast überdurchschnittlich entwickeltem Arbeitsgewissen ausharrten und erst, als es wirklich nicht mehr ging, den Rentenantrag stellten. In diesen Fällen, in denen im direkten Anschluß an die fieberhafte Erkrankung die Kränklichkeitserscheinungen zurückblieben, die nur, faktisch oder scheinbar, nicht mit sinnfälligen massiven neurologischen Symptomen einhergingen, die allmählich zur Amyostase überleiteten, wird die Annahme einer psychogenen Störung ziemlich hinfällig, und man könnte höchstens erwägen, ob die der genetisch unklar gebliebenen Infektionskrankheit folgenden Symptome nicht einfache toxische Erschöpfungssymptome einer x-beliebigen Krankheit, etwa einer Grippe, waren. Aber die Erfahrung lehrt uns, daß die einfachen toxischen Restsymptome einer Grippe oder anderen Infektionskrankheit gewöhnlich doch nicht so hartnäckig sind wie die pseudo-neurasthenischen Beschwerden der Encephalitis, zumal wenn genügende Schonungszeiten eine Ausheilung dieser Folgezustände gestatteten, und die *Tatsache*, daß die Amyostase aus der diffusen Kränklichkeit herauswächst, gilt uns in solchen Fällen als genügender Beweis für die Anerkennung des Stadiums als eines pseudo-neurasthenisch-postencephalitischen.

Besonders gravierend erscheint uns in solchen Fällen die hartnäckige, der Encephalitis bekanntlich oft folgende *Schlaflosigkeit*, welche auch nach Rückkehr in die Heimat nicht schwindet und viel intensiver und auch der Behandlung weniger zugänglich sein kann als die agrypnischen Zustände, die wir auch sonst bei Kriegsteilnehmern öfters sehen, oder umgekehrt die ebenfalls hinreichend bekannte *Schläfrigkeit*, die als Dauersymptom jahrelang persistieren kann. Heftige dauernde Kopfschmerzen und echte Schwindelerscheinungen von geringer therapeutischer Beeinflußbarkeit sind dann besonders suspekt, wenn keine af-

fektiven Anomalien im Sinne der hysterischen Wehleidigkeit, der Stimmlabilität vorliegen, wenn die Klagen darüber nur mühsam von dem der Krankheit eher indolent gegenüberstehenden Mann herausgeholt werden. Die Mattigkeit ist suspekt, wenn alle roborierenden Maßnahmen nichts helfen und Zeichen einer sonstigen Organerkrankung nicht vorliegen. Und dann sind es noch 3 Symptome, die vielfach den Verdacht einer schon vor dem ausgesprochenen Parkinsonismus langsam schleichenden Encephalitis wachrufen. Einmal ganz ungeklärte öfters rezidivierende Temperaturanstiege, die bei dem scheinbaren Neurotiker ärztlich nicht weiter beachtet werden, die nach angeblicher fieberhafter Erkältungskrankheit zurückgeblieben waren und dem ganz schleichenden parkinsonistischen Stadium vorausgingen. Zweitens die eigentümliche unauffektierte *Drangunruhe*, die das Hauptsymptom der scheinbaren „Neurose“ darstellt, aber von den üblichen seelischen Grundsymptomen der Erschöpfungsneurose wie namentlich der psychogenen hysterischen Affektion differiert. Hier haben wir kein theatralisches Zurschaustellen von Klagen oder eine komplexbetonte Ängstlichkeit, keine halbzweckhafte motorische Entladung als einfühlbare Reaktion auf dysphorische Verstimmungen, sondern eine monotone Ruhelosigkeit, die das Affektleben intakt lassen oder von direkter Apathie begleitet sein kann und den automatenhaften Eindruck macht, welcher in dieser *einen* Beziehung für die elementare meist nur geringe Unruhe Vergleiche mit katatonen Impulsen erlaubt: die Besonnenheit ist bei dieser Unruhe allerdings erhalten. Es ist mir natürlich ganz klar, daß man auch ein so schwierig analysierbares Symptom, das man jetzt zwar, wo man es kennt, klinisch gut erkennen kann, aber bei unseren Gutachtenfällen, wo man das Symptom retrospektiv aus oft vagen Notizen herausschälen muß, nur mit größter Reserve beurteilen darf; im Zusammenhang mit dem übrigen Tatbestand darf aber die Drangunruhe mitverwertet werden. Drittens endlich läßt sich bei genauer Analyse der Krankengeschichtsnotizen wie der Zeugenangaben erkennen, daß doch schon auch andere *dystonische Feinsymptome* vor Entlassung aus dem Heeresdienst öfters aufgetreten waren, wie ein „gestörter“, starrer oder schlaffer Gesichtsausdruck oder leichtes Zittern, Symptome, die an sich wohl zweideutig sind, aber doch, wenn später bei der fortschreitenden Amyostase die gleichen als sicher organogen erkannten Erscheinungen deutlicher zutage treten und wenn weiterhin das Fehlen der hysterischen Persönlichkeit in Rechnung gestellt wird, den reservierten Rückschluß, daß es sich um Präliminarsymptome des Parkinsonismus handelt, gestatten. Unter gleichen Bedingungen müssen auch andere Symptome, die womöglich später in der Amyostase wiederkehren und beim üblichen Kriegsneurotiker selten sind, wie Flimmern beim Sehen (Akkommodationsstörung!), periodische Störungen der Harn-

entleerung, bewertet werden, namentlich, wenn sie nicht als Teilerscheinung eines sinnfälligen somatisch-neurotischen Züchtungssyndroms zutage treten. Unter Berücksichtigung dieser Faktoren erschien es uns auch erlaubt, in einem von *Dietrich* bereits mitgeteilten Fall den Zusammenhang mit einer Kriegsdienstbeschädigung zu bejahen, obwohl die Symptome nach der anfänglichen, vielleicht unbewußt suggestiv verfälschten Anamnese erst 1920 nach einer sog. Grippe deutlich in Erscheinung getreten zu sein schienen; aber die genaue Feststellung des Tatbestandes zeigte doch, daß der gesamte Krankheitsprozeß bereits im Kriege seine Entwicklung genommen zu haben schien. War auch der Zusammenhang kein gesicherter, so waren doch Indizien genügend vorhanden, um die Wahrscheinlichkeit des Beginns der Erkrankung im Kriege im Gutachten zu betonen. Beweiskräftiger sind mehrere andere Fälle, von denen ich folgende anführe, die z. T. erst mit Schwierigkeit zu klären waren.

Fall 4. X. Z., früher immer gesund. 1890 geboren. Aktiv gedient. Von 1914—1918 im Felde. Einmal unbedeutende Verwundung. 1916 Herbst unklare fieberhafte Erkrankung an der Westfront. Er hatte Kopfschmerzen, *Schwindelanfälle*, Herzklopfen, Brustschmerzen. Als er schließlich in ein Kriegslazarett kam, wurde (warum?) Magendarmkatarrh angenommen. Durch zahlreiche Zeugen ist erwiesen, daß Z., der weiter im Felde blieb, *seit dieser Zeit* in seinem Wesen stark und auffallend verändert war. Er war erregt geworden, klagte über dauernde Schmerzen, hatte grundloses „Zucken“ in den Schultern, auch immer Kopfschmerzen. Allmähliche Verschlechterung des Zustandes, dauerndes Schlafheitsgefühl, Müdigkeit, Schweiß bei jeder Anstrengung. Kein Versuch aus dem Felde zurückzukehren oder ins Lazarett zu kommen, ebenso später keine Versuche, von Arbeit zu kommen. Ohne Interferieren akuter Erkrankung werden 1919 von Arbeitskollegen „Lähmungen“ bemerkt, die das Besteigen erhöhter Plätze erschweren, dauernde Müdigkeit und „rheumatische“ Schmerzen, Schlaflosigkeit. Erst als er gar nicht mehr arbeiten kann, stellt er Mai 1920 Rentenantrag (vielleicht auf Drängen Angehöriger). Encephalitisdiagnose (Amyostase) wird 1921 gestellt. Eine akute Erkrankung 1920 ist nicht feststellbar. Bei Untersuchung im Februar 1923 besteht eine schwere chron. Enc. mit Flexionshaltung, Akinese, Maske, Hypertonie, Speichelfluß; besonders starke Sprachhemmung und Aphasie, auch Ruhetremor.

Dieser Fall hat ein gutachtliches Interesse insofern, als der Kranke hier sowohl wie einem früheren Nervenarzt direkt angegeben hatte, daß erst 1919 bzw. 1920 seine Krankheiterscheinungen begonnen hätten, so daß von vornherein die Wahrscheinlichkeit größer schien, daß erst nach dem Kriege die Encephalitis zum Ausbruch gekommen war. Aber nachher wurden so viele Zeugen vernommen, die einstimmig bezeugten, daß die später zur Amyostase hinneigenden Erscheinungen unmittelbar nach der fieberhaften Erkrankung im Felde aufgetreten waren und sich langsam verschlimmert hatten, daß die Annahme dieser fieberhaften Erkrankung als die akute encephalitische Infektion um so mehr berechtigt war, als die Vermutung, daß X. Z. im Jahre 1920 einen akuten Krankheitsschub gehabt hatte, sich nicht bestätigte. Wir treffen hier auf einen gutachtlichen Faktor von größter Wichtigkeit,



das ist die *Indolenz mancher* Encephalitiker nicht nur ihrer Krankheit, sondern auch der Versorgungsangelegenheit gegenüber. Sie versuchen nicht die Entschädigungspflicht des Staates für wahre oder vermeintliche Kriegsfolgen geltend zu machen, manchmal auch wenn die Bradyphrenie nicht so hochgradig ist, daß nicht bei entsprechendem Anlaß affektive Reaktionen adäquater Stärke möglich wären, auch wenn nicht eine wirkliche echte Affektstumpfheit vorliegt. Ihr Verhalten, d. h. das Verhalten eines Teiles unserer Fälle ist direkt entgegengesetzt dem des Kriegsneurotikers. Bei einem weiteren Fall wird uns dieser Faktor noch beschäftigen. Andere Encephalitiker lassen freilich diese Gleichgültigkeit Entschädigungswünschen gegenüber vermissen, sie kämpfen um ihr Recht, auch dort, wo das Recht objektiv nicht auf ihrer Seite steht, von der verständlichen Sorge um ihre trostlose Lage geleitet; eine Rentenquerulanz und Tendenz zu Demonstrationen habe ich beim Encephalitiker bisher allerdings nicht bemerkt.

Einen weiteren Fall (5) von amyostatischer Encephalitis, die wahrscheinlich im Felde entstanden war, erwähne ich darum, weil die 1918 in Rumänien akquirierte Erkrankung, die den späteren dystonischen Erscheinungen vorausging, als *Malaria* bezeichnet war. Die Krankenblätter sind leider verlorengegangen, aber nach den Angaben des durchaus treuherzig erscheinenden Kranken äußerte sich diese „Malaria“ in ganz unregelmäßigem Fieber, Kopfschmerz und Schlafsucht auch außerhalb des Fiebers, und es ist gänzlich fraglich, ob Plasmodien im Blut nachgewiesen wurden. Als feststehend konnte auch angesehen werden, daß H. seit dieser fieberhaften Erkrankung kränkelte (Schwindel, Kopfschmerzen, marodes Gefühl in den Beinen), und vor dem Eintritt der Amyostase, die bis dahin (1922) als „Hysteroneurasthenie“ aufgefaßt war, keine akute fieberhafte Erkrankung durchgemacht hatte. Es könnte hier höchstens noch die Frage nach einer chronischen *Malariaencephalitis* aufgeworfen werden. Diese Annahme, die ja für die Frage nach Anerkennung der Kriegsdienstbeschädigung irrelevant wäre, ist insofern nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen, als *Wilson* über einen parkinsonistischen Zustand nach Malaria berichtet. Es ist unter diesen Umständen klinisch recht bedauerlich, daß die Krankenblätter des Falles verlorengegangen sind. Bei der typischen Entwicklung der dystonischen Symptome nach dem pseudo-neurasthenischen Zwischenstadium und der ebenso typischen Syndromatik (Vorwiegen der Starre und Hypertonie über geringes Zittern, Salbengesicht, Speichelfluß) ist es mir allerdings wahrscheinlicher, daß die Erkrankung in Rumänien eine akute epidemische Encephalitis darstellt.

In einem anderen Falle (6) konnten wir ebenfalls zur Anerkennung der Kriegsdienstbeschädigung kommen. Der Kranke hatte im Jahre 1918 in Rußland eine „Grippe“ durchgemacht, die sich in Kopfschmerzen

und langdauernder Mattigkeit äußerte. Es konnte sich gewiß um eine banale Grippe gehandelt haben, aber es setzte im Anschluß an die Erkrankung eine Wesensänderung ein, die eine eigentümliche *Apathie* des vorher frischen, rede- und arbeitslustigen Mannes, Nachlässigkeit, Verlangsamung der Bewegungen beim Arbeiten hervorrief, daneben auch Kopfschmerzen und monotone, nicht hypochondrisch verwertete Klagen über Gliederreißen. Gelegentlich auch Klagen über Doppelbilder, die vom Arzt auf eine Netzhautablösung zurückgeführt wurden. Eine akute Erkrankung nach dem Kriege ließ sich in keiner Weise feststellen. Allmählich entwickelte sich die Amyostase, die im Jahre 1922 zur Arbeitsunfähigkeit führte. Erst dann erfolgte Rentenanspruch. Die Erkrankung war bis zur Begutachtung durch uns (Januar 1924) als Neurasthenie bzw. *Katatonie* bezeichnet worden. Syndrom: Besonnenheit, Fehlen aller schizophrenen Merkmale, starke Akinese, zeitweilig leichtes Zittern, mimische Starre, reflektorische Hypertonie, Verlust der assoziierten Bewegungen, Konvergenzschwäche, Salbengesicht, Speichelfluß. Der Beweis für die encephalitische Natur der infektiösen Erkrankung des Jahres 1918 ist nicht zu erbringen; die Entwicklung der Symptome macht die Diagnose Encephalitis in dieser Zeit wenigstens in dem Maße wahrscheinlich, daß sie versicherungsrechtlich anerkannt werden muß.

Endlich teilen wir in dieser ersten Gruppe einen Fall mit, in dem eine neue gutachtliche Komplikation dadurch gegeben war, daß ein Encephalitisschub im Jahre 1920 als tatsächlich anerkannt werden mußte und umgekehrt eine encephalitisverdächtige Erkrankung während des Heeresdienstes nicht erwiesen war. Also Tatsachen, die von vornherein genügend gegen die Anerkennung der Dienstbeschädigung zu sprechen schienen. Und dennoch ergibt eine nähere Kenntnis des Falles, daß eine glatte Ablehnung der Dienstbeschädigung ein Fehlurteil bedeuten würde. Es handelt sich um ein Aktengutachten aus der letzten Zeit, in dem wir unser Urteil nur mit größter Reserve ausgesprochen haben, teilen den Fall aber wegen seiner Wichtigkeit hier mit:

Fall 6. K. W., ursprünglich ganz gesund, 1893 geboren, hat den Krieg von Anfang bis Ende mitgemacht, mehrfache unerhebliche Verwundungen und Verschüttungen erlitten, geriet am Ende des Krieges noch in englische Gefangenschaft, kam Oktober 1919 nach Hause zurück. Im März 1920 machte er eine fieberhafte Erkrankung mit Delirien in M. durch, worüber Krankengeschichtsnotizen leider nicht vorliegen. 1 Monat später stellt der Nervenarzt X. in Y. Erscheinungen von Encephalitis fest, die im wesentlichen dem *amyostatischen* Syndrom angehören: mimische Starre, Salbengesicht, Störungen beim Schlucken, Muskelsteifigkeit im linken Arm und Bein, außerdem Lähmungserscheinungen im Facialis. W. stellt später Rentenansprüche und führt sein Leiden nur auf die Anstrengungen des Dienstes und Strapazen in der Kriegsgefangenschaft zurück; er mußte den Winter über auf kalter Erde mit einer dünnen Decke liegen usw. Eine Besserung der amyostatischen Erscheinungen ist zunächst vielleicht anzunehmen. Ein Gutachter

findet August 1920 außer einer peripheren Facialislähmung unsicheren Gang, zeitweises Schütteln der Hände, sonst keine neurologischen Symptome, er himmt einen mäßigen Grad von „Hysteroneurasthenie“ an; keine Erwerbsminderung. Dezember 1921 findet ein anderer Gutachter sichere Encephalitisymptome: Bewegungsarmut, regungsloses Dasitzen auf dem Stuhl, Verlangsamung der Bewegungen, kataleptische Erscheinungen, reflektorische Pupillenträgheit, leichte Facialisparesie, Fehlen des Tricepsreflexes usw. D. B. abgelehnt, weil die Erkrankung auf die akute Encephalitis im März 1920 zurückgeführt wird. Gegen ablehnenden Rentenbescheid wird Einspruch erhoben. Ein neuer Gutachter führt in einem Gutachten aus, daß jetzt wohl eine „organische Hirnerkrankung“ anzunehmen sei; ob das Encephalitis sei, stehe nicht fest; aber auch wenn eine Gehirnentzündung vorgelegen habe, so sei auch anzunehmen, daß schon vor der letzten Erkrankung die Anfänge vorhanden gewesen seien und durch fieberhafte Erkrankung nur verstärkt worden seien. Zahlreiche Zeugen wurden nun erst kürzlich (Sommer 1924) vernommen. Übereinstimmend geben alle Bekannten W.s zum Teil mit Details an, daß W. vor dem Kriege ein lustiger und energischer junger Mann war, gleich nach der Rückkehr aus der Gefangenschaft durch Apathie, Verlangsamung der Bewegungen und des Gedankenablaufs auffiel. So sagt u. a. ein Bureaugehilfe Ma. aus: „Als W. aus Gefangenschaft zurückkehrte, fiel er gleich durch seinen starren Blick und seine langsamen Bewegungen auf. In der Zeit von Weihnachten 1919 bis Mai 1920 war ich mit W. zusammen in M. bei der Abwicklungsstelle eines Regiments; W. wurde täglich ‚wankelmütiger‘. Er ging in jeden Laden ohne etwas kaufen zu wollen; sein fester Charakter verließ ihn, bis er schließlich krank ins Krankenhaus geschafft werden mußte.“ Ein anderer Zeuge bekundet, daß W. kurz nach Rückkehr aus Gefangenschaft (anscheinend bevor er nach M. ging) durch schleppende Sprache und Trübung des Blickes auffiel. Er gab nie sofort Auskunft, sondern erst nach geraumer Zeit und in leisem Ton. Er richtete selbst keine Fragen an einen. Wenn man sich verabschiedet hatte, ging er *mit nach vorn gebeugtem Kopf, beide Arme hingen schlaff am Körper, er machte ganz kurze Schritte.* — W.s Zustand hat sich jetzt so verschlimmert, daß er ganz hilflos sein soll.

Die Schwierigkeit der Begutachtung in diesem Fall liegt also darin, daß einerseits von einer akuten Erkrankung an Encephalitis in der Gefangenschaft nichts bekannt ist (allerdings geht aus keinem Gutachten hervor, ob er jemals vom Arzt nach einer grippeartigen Erkrankung in Gefangenschaft gefragt worden ist) und daß er mit Wahrscheinlichkeit einen encephalitischen Schub im Frühjahr 1920 durchgemacht hat, andererseits aber bereits nach Rückkehr aus der Gefangenschaft *vor* dem Krankheitsschub 1920 Krankheitserscheinungen bestanden haben sollen, die nur als dystonische bezeichnet werden können. Die Schilderung der Symptome ist eine um so frappantere, wenn man bedenkt, daß sie von ärztlich nicht geschulten Laien abgegeben wurde. Daran ist kein Zweifel, daß die Schilderung keine vulgären kriegsneurotischen, sondern organisch-amyostatische Erscheinungen zum Ausdruck bringt, die allein auf einer Beobachtung derartiger Symptome beruhen, nicht aus der Phantasie dieser Zeugen geschöpft sein können. Nur darüber ist ein Zweifel möglich, ob die Beobachtungen bereits wirklich, wie zahlreiche Zeugen z. T. ganz exakt angeben, vor der Encephalitis-attacke 1920 gemacht oder aus Gefälligkeit „umdatiert“ wurden. Die

Glaubwürdigkeit der Zeugen einzutaxieren ist nicht Sache des Gutachters; das Gericht hat die Möglichkeit, die Zeugen noch nachträglich zu vereidigen, was auch vom Sachverständigen empfohlen wurde, und danach den Sachverhalt einzuschätzen. Bleiben die Zeugen auch nach Beeidigung bei ihrer Angabe<sup>1)</sup>, nimmt das Gericht die Glaubwürdigkeit der Zeugen als sicher an, dann hat auch der Gutachter nicht die Möglichkeit, die Kriegsdienstbeschädigung abzulehnen. Er hat danach von dem Standpunkt auszugehen, daß oder zum mindesten als ob amyostatische Erscheinungen bereits vor dem dann nur als Rezidiv anzusehenden Encephalitisschube 1920 bestanden haben; er wird sich in einem solchen Falle mit der Erwägung abfinden müssen, daß er nicht ganz selten auch sonst amyostatische Encephalitiden findet, in denen der akute Krankheitsschub so leicht war, daß er nicht mehr festgestellt werden kann, und wird weiter die erwähnte *Indolenz* des Encephalitikers in Rechnung stellen, der zum mindesten dann, wenn man ihn nicht mit Fragen direkt auf das Erlebnis hinstößt, die Erinnerung an eine vielleicht nur leichte grippeartige encephalitische Erkrankung, der die chronische Erkrankung langsam folgte, nicht mehr reproduziert. Wir erleben es ja immer wieder, daß in Rentenfragen wie in anderen Fragen der persönlichen Fürsorge die Encephalitiker sich gerade umgekehrt wie etwa die Neurotiker verhalten. Die Angehörigen sind es, welche mit Energie das Rentenverfahren betreiben, der Kranke selbst steht dem Verfahren äußerst gleichgültig gegenüber; er äußert, sobald er amyostatisch wird, spontan nichts mehr über Erlebnisse, die seiner wirtschaftlichen Förderung günstig sein könnten. Wenn nun die Angehörigen die treibenden Kräfte im Rentenverfahren sind und, da sie von der Genese der Krankheitserscheinungen des Rentenbewerbers nichts wissen, vom Kranken selbst immer nur Anstrengungen und Aufregungen und andere Erlebnisse zu erfahren suchen, die nach der laienmäßigen Anschauung „Nervenleiden“ hervorrufen können, dann ist es schon möglich, daß eine leichte Infektionskrankheit, die tatsächlich als „Ursache“ der Krankheit zu gelten hat, im Dunkel der Vergessenheit und die Entwicklung der chronisch encephalitischen Krankheitserscheinungen unklar bleibt. Diese Möglichkeit nehmen wir auch bei W. an, wenn die Zeugenangaben als echt anzuerkennen sind, zumal die Zahl der Encephalitissfälle in England im Jahre 1919 nicht gering war; auch in Gefangenenlagern kamen erwiesene Fälle vor. Versicherungsrechtlich scheint mir dieser Fall daher vom Gutachter ein eindeutiges Urteil zuzulassen; wissenschaftlich ist der Zusammenhang hier allerdings weniger klar als andere vorher von mir erwähnte.

<sup>1)</sup> *Anmerkung bei der Korrektur:* Zahlreiche vereidigte Zeugen haben nunmehr mit Bestimmtheit angegeben, daß die — eingehend geschilderten — Krankheitserscheinungen bereits bei Rückkehr des W. aus Gefangenschaft bestanden.

Die mitgeteilten Fälle lehren, daß häufiger als bisher angenommen wurde, die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges der chronischen Encephalitis mit einer akut im Felde entstandenen encephalitischen Erkrankung vorliegt. Ich übergehe einige weitere Fälle, die ähnlich liegen. Natürlich habe ich auch einzelne Fälle gesehen, in denen das Tatsachenmaterial nicht ausreicht, um eine sichere Entscheidung über die angeblich im Felde durchgemachten Erkrankungen zu fällen, und in denen ein non liquet ausgestellt werden mußte. Die Veröffentlichung der anscheinend positiven Fälle entspringt gleichzeitig dem Wunsch, zu erfahren, ob ähnliche Beobachtungen auch von anderer Seite gemacht worden sind. Die Feststellung, wie oft akute Encephaliden bereits an der Front vorgekommen sind, ihre geographische und zeitliche Verbreitung, die Art der Erscheinungen des ersten encephalitischen Anfalles hat ja nicht nur versicherungsrechtliches, sondern auch erhebliches klinisches und epidemiologisches Interesse. Vielleicht läßt sich doch feststellen, ob an der Westfront, etwa im Winter 1916/17, gerade in der Gegend von Nancy und Toul auch auf deutscher Seite besonders viele Fälle bekannt geworden sind, an derselben Stelle, wo die bekannt gewordene französische Epidemie sich abspielte. In dieser Hinsicht ist es vielleicht nicht uninteressant, daß der eine sicher positive Fall Anfang 1917 im Priesterwalde erkrankt ist. Wir sind über die Epidemiologie der Encephalitis im ganzen noch so wenig unterrichtet, daß jede Möglichkeit, die bisher vorhandenen Lücken auszufüllen, benutzt werden sollte.

Bei der Frage nach dem Zusammenhang der chronischen Encephalitis mit einer im Kriege bereits entstandenen akuten Encephalitis spielen die in der Einleitung erwähnten Probleme über die Bedeutung der Hilfsbedingungen in der Entstehung von Krankheiten, deren Hauptursache auf anderen Faktoren beruht, keine Rolle. Diese Probleme kommen für uns dann jedoch in Frage, wenn einwandfrei der Nachweis zu führen ist, daß die akute Encephalitis erst nach dem Kriege zum Ausbruch gekommen war, und nunmehr irgendwelche anderen schon vor der Erkrankung bestehenden Leiden die Entwicklung der Encephalitis begünstigt haben sollen. Dabei ist in Wirklichkeit für den Kranken und auch sehr häufig für die Gutachter, die vor uns den Fall zu beurteilen hatten, nicht die Differenzierung der Leiden gegeben, sondern oft genug hatten Kranke und Arzt die Überzeugung eines einheitlichen Leidens, eines nervösen Kriegsleidens, das sich allmählich gesteigert hatte, und erst in der Klinik konnte der Irrtum aufgeklärt werden. Die zahlreichen Begutachtungen, welche diese Frage behandeln, haben daher wiederum klinisches wie versicherungsrechtliches Interesse. Die klinischen Erscheinungen sind dabei generell nicht besonders zu behandeln. Die Encephalitiserscheinungen waren in den Fällen, von

denen ich nachher einige mitteilen will, oft so ausgesprochen und typisch, daß eine Verwechslung gar nicht möglich war. Einzelne schwieriger liegende Fälle werden besonders behandelt werden. Es ließ sich auch ohne Schwierigkeit bei entsprechenden Nachforschungen der Nachweis erbringen, daß die akute Encephalitis erst nach Rückkehr aus dem Felde den Rentenbewerber befallen hatte. Ebenso machte die Feststellung keine Schwierigkeiten, daß das Leiden, welches vor der Encephalitis bestanden hatte, ein ganz anderes war. Es handelte sich entweder um eine der üblichen Formen der psychogenen Kriegsneurose oder auch eine tatsächliche leichte restierende Erschöpfungsneurose aus dem Krieg. Massive seelische oder motorische hysterische Erscheinungen lagen eigentlich seltener zugrunde. Es handelte sich im allgemeinen nicht um Kranke, welche hohe Rente für die Neurose bezogen, und die neurotischen Kriegsfolgen wurden z. T. erst aus der Erinnerung herausgeholt, als die encephalitischen amyostatischen oder präamyostatischen Beschwerden die Erwerbsfähigkeit des Kranken tatsächlich zu behindern angingen. In anderen Fällen waren es auch Kriegsverletzungen, deren Folgeerscheinungen durch die Encephalitis kompliziert wurden, und es fragte sich dann, ob man einen Zusammenhang zwischen den Kriegsverletzungen und der Encephalitis konstruieren durfte.

Die versicherungsrechtliche Frage des Zusammenhanges zwischen Kriegsleiden und der späteren Encephalitis ist nach unserer Ansicht mit genügender Eindeutigkeit zu lösen. In der Hauptsache haben wir die Frage zu entscheiden, ob die mehr oder weniger ausgesprochene *neurotische* Erkrankung als dispositionssteigernder Faktor für die encephalitische Erkrankung anerkannt werden darf. Wir haben uns in allen Fällen, in denen diese Frage zu erledigen war, durchaus negierend verhalten. Dabei lassen wir den dogmatischen Standpunkt, daß eine Neurose mit Bestimmtheit keinen erleichternden Einfluß auf die Infektion durch das Encephalitisvirus haben *kann*, ganz außer Betracht. Theoretisch wäre eine solche Möglichkeit nicht ganz außer Betracht zu ziehen; in der praktischen sozialen Bewertung der Neurose werden wir allein schon von dem Standpunkt ausgehen müssen, daß zwischen den sog. funktionellen Vorgängen der psychogenen Erkrankung und den irgendwie organisch verankerten Minderwertigkeiten der Anlage zu einer Infektionskrankheit kein innerer Zusammenhang besteht. Ich verweise dabei auf das, was ich früher gesagt habe, daß den psychogenen Vorgängen im Grunde genommen nicht wesentlich andere physiologische Hirnvorgänge und materielle Veränderungen der Hirnsubstanz entsprechen als den sog. normalen Vorgängen. Die drastische Manifestation mancher psychogener Störungen nach außen hin ist dabei völlig gleichgültig. Wenn auch gewiß vorausgesetzt werden kann, daß etwa einem hysterischen Kramp fzustand quantitativ stärkere Dissimulations-

prozesse entsprechen, als einem ruhigen motorischen Geschehen, so handelt es sich doch auch da um Vorgänge, die eben nicht zu einer Dauerveränderung der Hirnmaterie führen; dem vermehrten Abbau folgt schnell der das Stoffwechselgleichgewicht herbeiführende Anbau. Da wir abgesehen von diesen theoretischen Überlegungen beachten, daß die Encephalitis in den Hauptepidemiezeiten scheinbar wahllos Gesunde und Kranke, Kriegsteilnehmer und nicht am Kriege beteiligte Personen, Völker, die unter den Kriegsjahren gelitten hatten und Völker, die von den Entbehrungen des Krieges völlig verschont geblieben waren, befallen hat, so ist es wohl verständlich, warum wir einer Kriegsneurose keinen entschädigungsbegründenden Einfluß auf die Entstehung der Encephalitis zubilligen, selbst wenn die krassesten hysterischen Entladungen der Encephalitis vorangegangen sein sollten. Gewiß haben manche Autoren den Standpunkt vertreten, daß die Encephalitis besonders gern bei Psychopathen zum Ausbruch kommt. Ich halte diese Annahme, wie ich mehrfach betont habe, für irrtümlich. Ich hoffe, in einiger Zeit an einem größeren Material konstitutionell genau durchforschter Fälle zeigen zu können, daß nicht nur Neuro- oder Psychopathen bei Encephalitikern nicht häufiger sind, als auch bei anderen Menschen, und daß ebenso die Heredität des Encephalitikers sich hier von der anderer Menschen nicht unterscheidet, sondern daß das geheimnisvolle Dunkel, welches über der auch m. E. bestimmt anzunehmenden Encephalitis-Disposition haftet, anscheinend überhaupt nicht mit Sicherheit in morphologischen Merkmalen irgendwelcher Art, erst recht nicht in funktionellen nervösen Stigmen zum Ausdruck kommt. Aber selbst wenn die Ansicht zutreffend wäre, daß die Encephalitis besonders häufig bei Psychopathen auftritt, so ist der Zusammenhang in einem solchen Falle doch nur so zu verstehen, daß die psychopathische Konstitution ein Kriterium darstellt für eine Minderwertigkeit des Gehirns, welche die Infektion durch das Encephalitisvirus erleichtert. Hieraus läßt sich aber gewiß nicht der Schluß ziehen, daß nun auch eine psychogene Reaktion, die auf dem Boden der gleichen minderwertigen Anlage erwachsen ist, ihrerseits wieder die Disposition zur Infektionskrankheit steigern würde. Etwas schwieriger muß die Entscheidung fallen, wenn nicht eine psychogene Erkrankung der Encephalitis vorausgegangen ist, sondern zur Zeit der Infektion noch ein echter Erschöpfungszustand, der sich womöglich noch in Körpergewichtssturz, Blutarmut und anderen organischen Veränderungen äußert, besteht. Die Veränderungen liegen hier insofern anders als bei den psychogenen Erkrankungen, als wir bei den echten Erschöpfungsneurosen in Übereinstimmung mit *Cramer* u. a. auch einen tatsächlich veränderten Stoffwechsel der nervösen Substanz, eine ungenügende Assimilationsfähigkeit, annehmen dürfen, daß in vielen derartiger Fälle auch das endo-

krine Gleichgewicht verschoben ist und tatsächlich infolgedessen die Widerstandsfähigkeit gegen exogene Schädigungen herabgesetzt sein kann. In solchen Fällen ist eine generelle Entscheidung über die Berechtigung, Kriegsdienstbeschädigung anzunehmen, nicht mehr vorhanden. Offenbar müssen unsere Entscheide hier von Fall zu Fall wechseln und von Überlegungen abhängig sein, die nicht mehr mit Sicherheit wissenschaftlich beweiskräftig sind. Ich würde in einem solchen Falle Dienstbeschädigung nur dann anerkennen, wenn zur Zeit der Infektion noch ein tatsächlich schwerer Erschöpfungszustand, der in der Körpergewichtskurve, der tatsächlichen Leistungsfähigkeit nach Abzug etwaiger psychogener Momente usw. zum Ausdruck kommt, besteht. Die Feststellung, daß vor der Erkrankung noch banale nervöse Symptome, wie lebhaftere Reflexe oder vasomotorische Übererregbarkeit, bestanden haben, genügt natürlich nicht zur Anerkennung eines solchen Erschöpfungszustandes. Überhaupt würde in diesen Fällen der Einfluß eines einfachen Erschöpfungszustandes auf die Entstehung einer Encephalitis von vornherein nur dann anerkannt werden können, wenn das Intervall zwischen den Erlebnissen, die die schwere Erschöpfung hervorgerufen haben, und der Encephalitis ein kurzes war, also überhaupt nur in den Fällen, in denen die Encephalitis bei wirklich hochgradig erschöpft heimkehrenden Soldaten wenige Monate nach Heimkehr aus dem Feld oder einer Kriegsgefangenschaft zum Ausbruch gekommen war. Wir haben in unserem Material keinen einzigen Fall, in welchem diese Bedingungen vorgelegen hätten.

Ich lasse nun einige Fälle folgen, in denen Kriegsdienstbeschädigung abgelehnt werden mußte:

Fall 7. G. W., geboren 1882, vor dem Kriege angeblich völlig gesund, erkrankt am 22. April 1920 mit akuter, choreatischer Encephalitis und Delirien, im Anschluß daran poliomyelitische Muskelatrophie im rechten Arm. Kurz darauf Aufnahme in der Klinik. Er gab damals in eingehender Anamnese an, daß er immer gesund war und er im Felde alles gesund ohne Krankheit überstanden habe. Er hat auch bis zu der Erkrankung an Encephalitis immer regelmäßig gearbeitet und soll nur Kameraden angegeben haben, daß er im Kriege ein angeschwollenes Bein und einen angeschwollenen Arm hatte. Während die Encephalitiserscheinungen zuerst zurückgingen, blieben doch erhebliche Schwäche und Zittern zurück. Seit 1923 entwickelte sich das amyostatische Stadium, das jetzt zu einer schweren Akinese und Hypertonie geführt hat und den Kranken völlig arbeitsunfähig macht. Bereits am 12. VIII. 1920 hat W. Antrag auf Militärrente gestellt. Der Antrag wird erst zurückgewiesen, im Juli 1924 wird dann W. uns zur Begutachtung überwiesen. Die Ehefrau hat nach dem Ausbruch der Encephalitis angegeben, daß ihr Mann während des Krieges völlig mit den Nerven heruntergekommen sei. Er habe starke Schwellungen der Beine gehabt, die darauf zurückzuführen seien, daß W. auf dem Rücktransport durch Ungarn 14 Tage lang die Stiefel und seine sonstige Kleidung nicht vom Körper ziehen konnte. Seit dieser Zeit hätte er bei jedem Witterungswechsel Beschwerden gehabt. Im Juni 1924 erfolgt dann die unkontrollierbare Behauptung, daß er schon während des Krieges in der Ukraine am rechten Bein gelitten habe, das Bein sei infolge der großen Märsche manchmal wie gelähmt ge-



wesen. Auf der Fahrt durch Ungarn habe sich das Leiden verschlimmert, nicht nur das rechte Bein, sondern auch der rechte Arm seien angeschwollen gewesen.

Wir haben hier einen Fall vor uns, in welchem die heutige chronische Encephalitis die Folge einer einwandfreien akuten Encephalitis aus dem Jahre 1920 war. Es liegt nicht der geringste Grund vor, die nunmehr behaupteten Krankheitserscheinungen, die bereits vor der Encephalitis bestanden haben, mit dem jetzigen Leiden in Verbindung zu bringen. Wenn die Behauptungen W.s über Schwellungen der Beine und Lahmheitsgefühl im rechten Arm wirklich zutreffend sind, so hat es sich um Symptome gehandelt, die mit der Encephalitis nichts zu tun haben. Die behaupteten Ödeme sind wohl die einfache Folge von Stauungserscheinungen der Beine infolge von Überlastung durch allzu lange Märsche und von Druck; niemals hat eine grippe- oder encephalitisverdächtige Krankheit bestanden. Die Behauptung der Ehefrau, daß ihr Mann nach dem Kriege mit den Nerven herunter war, kann von dem Kranken selbst nicht irgendwie gestützt werden. Eine eigentliche Kriegsneurose hat offenbar gar nicht vorgelegen. Natürlich ist es möglich, daß wie bei vielen Kriegsteilnehmern aus dem Kriege eine gewisse Erschöpfung bestand, aber es ist nicht der mindeste Grund zu der Annahme vorhanden, daß die Erschöpfung noch zur Zeit der Erkrankung irgendwie manifest war.

Fall 8. E. C., 1881 geboren, Oktober 1916 ins Feld gekommen, Krankengeschichten liegen nicht vor. Eine Grippe oder grippeartige Erkrankung hat C. im Felde nicht durchgemacht. Vom Arzt und Vorgesetzten wird ihm bescheinigt, daß C. nach Rückkehr aus dem Felde nervöse Störungen hatte, öfters über Kopfschmerzen klagte und etwas aufgeregt erschien. Er meint, er habe im Felde einen Knacks bekommen. Weiterhin wird plausibel gemacht, daß C. im September 1917 verschüttet, angeblich bewußtlos war. Er wurde schon damals, da eine Verwendung in der Front unmöglich war, zum Regiments-Stab kommandiert und dort an einem Posten verwandt, der ihm keine weiteren Aufregungen brachte. Rentenanspruch wird zunächst nach Rückkehr aus dem Felde nicht gestellt. C. arbeitet als Waldarbeiter zunächst wie vorher. März 1920 Erkrankung an Encephalitis (Pseudoappendicitis-Symptome), Fieber bis 40°. Aufnahme in der Klinik im Juni 1920. Gab damals schon an, daß er seit einer Granatverschüttung aufgeregt sei, daß ihn jede Kleinigkeit ärgere. Bei der Beobachtung im Juni 1920 psychisch unhysterisch; rhythmische Zuckungen im linken Bein, leichte Fixations-Contractur der Beine, einige neuralgische Erscheinungen. Zunächst tritt eine erhebliche Besserung ein, aber seit 1922 kommt es zu einer Verschlimmerung. Es entwickelt sich zunächst das Syndrom der Dystrophia adiposogenitalis. Später stellt sich eine fortschreitende chronische Amyostase mit einer erheblichen Rigidität ein. C. ist jetzt vollkommen erwerbsunfähig. C. bekommt wegen einer von anderer Seite anerkannten neben den encephalitischen Symptomen bestehenden Kriegsneurose 20% Rente. Es besteht wegen der Anerkennung der jetzigen Erwerbsunfähigkeit als K. D. B. ein langer Rentenkampf, der dadurch unterstützt wird, daß der Hausarzt C.s sein Gesuch in der Annahme unterstützt, daß die Kriegsneurose prädisponierend für die encephalitische Erkrankung gewesen sei.

Nach den Vorbemerkungen, die ich vorher gemacht habe, brauche ich meine ablehnende Stellung in der Kriegsdienstbeschädigungsfrage

dieses Falles nicht weiter zu begründen. So sehr man auch mit der Notlage des Kranken Mitleid haben muß, so ist es dennoch für uns als Gutachter gänzlich unangebracht, humanen Gefühlen folgend, anders zu entscheiden, als es die wissenschaftliche Überlegung erfordert. Bedauerlich ist es allerdings, daß es in diesen Fällen, in denen wirklich ein trostloser wirtschaftlicher Verfall vorliegt, nicht mehr wie früher möglich ist, bei entschädigungswürdigen Personen, die noch dazu tatsächlich jahrelang im Kriege gewesen waren, auf dem Gnadenwege Renten auch dann zu geben, wenn eine Kriegsdienstbeschädigung nicht vorliegt. Es sollte doch erwogen werden, ob die Wiedereinführung solcher Gnadenrenten nicht auch in einem verarmten Staate möglich ist.

Von klinischem Interesse ist folgender Fall:

Fall 9. F. E., 1888 geboren, Lokomotivheizer, hat aktiv gedient, im Felde an einer Leber- und Gallenblasenschwellung erkrankt, vielleicht eine infektiöse Darm-erkrankung, soweit man den Akten entnehmen kann. Diese Erkrankung heilt jedenfalls ab. Weitere Krankengeschichten aus der Kriegszeit liegen nicht vor. E. stellt im April 1920 Anspruch auf Versorgung mit der Behauptung, sich im Felde durch Anstrengungen und Aufregungen eine Nervenschwäche zugezogen zu haben. E. wurde dann von den verschiedensten Ärzten, dabei mehrfach von Fach-ärzten untersucht. Es ergibt sich aus der Anamnese, daß E. einer von den Fällen ist, in denen einmal wirklich eine konstitutionelle Neuropathie besteht. Ein Bruder hat Selbstmord begangen, eine Schwester ist an Veitstanz gestorben. Er selber soll schon in der Lehrzeit Schwindelanfälle bekommen haben. Er hat im Felde eine „Verschüttung“ erlitten, in deren Abschluß er vorübergehend Sprachlähmung und wahrscheinlich andere rein psychogene Störungen hatte. Mit Sicherheit ergibt sich weiterhin, daß E. nach der Entlassung aus dem Heeresdienst im Februar 1919 an Hinterkopfschmerzen akut erkrankte, zunächst weiterarbeitete, dann aber, angeblich nach einer Aufregung, an hohem Fieber mit Delirien und vorübergehenden Sehstörungen erkrankte. Dann sah E. alles verschwommen und doppelt. Im Anschluß hieran blieb eine starke Unruhe im ganzen Körper mit starkem Müdigkeitsgefühl und Speichelfluß zurück. E. wälzte sich in der Nacht ruhelos herum. Er wurde von einem Nervenarzt mit Elektrisieren behandelt. Bei der damaligen ärztlichen Untersuchung im Jahre 1919 zeigte E. bereits einen maskenhaften Gesichtsausdruck, eigentümliche steife Körperhaltung, vorsichtige Bewegungen, und zeitweilig ergießt sich ein Strom von Speichel aus seinem Mund. Er hat ticartige Zuckungen und Vibrieren der Oberlippe. Die Diagnose wird auf *Hysterie* gestellt. Erwerbsminderung unter 10%. Am 1. Mai 1920 wird E. wiederum mit der Diagnose *Hysterie* in einem Lazarett aufgenommen. Er klagte über Doppelbilder, Aufgeregtheit und zeigte auch zeitweiliges Zucken der Oberlippe bei der Untersuchung. Ein Gutachten vom 30. September 1920 führt wieder aus, daß E. an hysterischen Krankheitserscheinungen leidet, die durch die Strapazen und Anstrengungen des Krieges ungünstig beeinflußt wären. Es wird dem E. eine Rente von 20% zugesprochen. Im Oktober 1920 wird die Diagnose auf angeborene Unterwertigkeit der Nerven (*Psychopathie*) und Nervenerschöpfung gestellt. Im Juli 1921 stellt ein Nervenarzt ständigen Speichelfluß, Schielstellung der Augen, sehr geringe Pupillenreaktion, feinschlägiges Zittern des rechten Armes, Steifhaltung der rechten Hand und der rechten Finger fest. Er stellt danach die Diagnose auf *konstitutionelle Psychopathie* und empfiehlt eine energische Behandlung in einer geschlossenen Anstalt. Erst am 7. September 1921 stellt ein anderer Nervenarzt

die Diagnose auf eine organische Gehirnerkrankung und erst von einem dritten Nervenarzt wird dann die richtige Diagnose Encephalitis Ende September 1921 gestellt. Es bestanden damals ganz typische Erscheinungen, wie nach vorn geneigte Körperhaltung, Beugstellung der Arme, Pupillenträgheit, starke Rigidität der Hals- und Rückenmuskulatur, dauernde myoklonische Zuckungen der Oberlippenmuskulatur, starrer Gesichtsausdruck, dauernder Speichelfluß, Strabismus infolge von Augenmuskellähmungen, Bradykinese usw.

Wir hatten in diesem Falle ein Obergutachten zu erstatten und konnten, wie der voruntersuchende Fachkollege, der als Erster die richtige Diagnose gestellt hat, die Dienstbeschädigung ohne Schwierigkeit verneinen, da E. im Februar 1919 eine recht einwandfreie akute Encephalitis durchgemacht hatte. Daß wir den neurotischen Symptomen in der Entstehung der Encephalitis keine Bedeutung beimessen, geht aus unseren früheren Bemerkungen hervor. Höchstens war die Frage aufzuwerfen, ob der im Felde durchgemachten mit Ikterus verbundenen Leberaffektion ein prädisponierender Einfluß auf die Entstehung der Encephalitis zuerkannt werden durfte. Ich möchte meinen früher dargelegten Standpunkt, daß die im chronischen Stadium der Encephalitis nachweisbare Leberfunktionsstörung für die Pathogenese dieses Stadiums größere Beachtung, als dieses bisher geschieht, verdienen, auch weiterhin aufrechterhalten, wenn ich auch, wie schon früher betont, keineswegs behaupte, daß diese Leberfunktionsstörung die Ursache der chronischen Erkrankungen ist. Ebenso ist uns jetzt ja genugsam bekannt, daß akute Leberläsionen stärkeren Grades auch schwere akute Gehirnschädigungen teilweise entzündlichen Charakters herbeiführen können (*A. Fuchs* und *Pollack*, *Kirschbaum* usw.). Wir wissen auch, daß in einer Reihe von akuten Encephalitisfällen unzweifelhafte Symptome einer Leberschädigung auftreten, aber nur als Folge der Infektion, ohne daß wir in diesen Leberschädigungen eine Ursache der Gehirnerkrankung sehen dürfen. Beweise dafür, daß eine Lebererkrankung irgendwelcher Art die akute Hirninfektion begünstigt, sind bisher nicht gegeben. Und selbst wenn wir diese reine Hypothese in Rechnung stellen wollten, so käme sie in diesem Falle darum nicht in Betracht, weil die Erkrankung, die ihrer Zeit zu Ikterus, Bilirubinurie usw. führte, seit 3 Jahren abgeklungen war und gar kein Anhaltspunkt dafür besteht, daß eine dauernde Leberschädigung zurückgeblieben war.

Von weiterem Interesse ist dieser Fall aber darum, weil er wieder ein besonders klassisches Beispiel für die Verkennung der Encephalitis darstellt. Es ist ja gewiß richtig, daß wir alle diagnostischen Irrtümern oft unliebsamer Art unterworfen sind und uns nicht über die diagnostischen Irrtümer anderer zu sehr aufhalten sollen; aber diese diagnostische Verkennung, die wir nicht nur in diesem, sondern auch in zahlreichen anderen Fällen fanden, diese *Sucht*, trotz exquisitester organischer Symptome, Augenmuskellähmungen usw., trotz der enormen

Beeinflussung der vegetativen Funktionen, wie des kolossalen Speichelflusses, trotz der Typizität der Starreerscheinungen, immer wieder Hysterie oder psychopathische Minderwertigkeit anzunehmen, und in dieser blinden Voreingenommenheit alle charakteristischen anamnestischen Indizien aus dem Blickfeld auszuschalten, hat eine solche generelle Bedeutung, daß man nicht oft genug darauf hinweisen kann. Insbesondere ist im Jahre 1921 bereits so enorm viel über die extrapyramidalen amyostatischen Störungen encephalitischer und nicht encephalitischer Natur geschrieben worden, daß man sich wirklich wundert, wenn Fachärzte eine solche Erkrankung nicht einmal in ihre diagnostischen Erwägungen hineinziehen. Da wir sehen, daß ähnliche Irrtümer auch in der letzten Zeit vorkommen, hielt ich es für wichtig, diesen Punkt hier anzuführen als Zeichen dafür, wie wichtig eine fortgesetzte Aufklärungsarbeit über die Symptome der Amyostase und ihre diagnostischen Kriterien ist.

Ich kann es mir dann ersparen, einige weitere Fälle, in denen auch eine Kriegsneurose angenommen und gar nicht bemerkt worden war, daß inzwischen im Jahre 1920 eine Encephalitis stattgefunden hatte, hier noch mitzuteilen. Kurz erwähne ich hier einen von Herrn Geheimrat *Schultze* selbst begutachteten Fall, in dem eine recht merkwürdige Fehldiagnose vorgekommen war.

Fall 10. Der Schlosser A. Z. hatte im August 1914 verschiedene Verletzungen, die nicht den Kopf betroffen hatten, erlitten, wofür er eine Rente von 45% bezieht. Er selbst behauptet *nach Jahren*, daß er im August 1914 einen Kolbenschlag erlitten hat und danach bewußtlos war. Er hat niemals früher darüber Angaben gemacht, obwohl er verschiedentlich militärärztlich begutachtet wurde, so daß es äußerst fraglich ist, ob er überhaupt diese Verletzung erlitten hat. Er erkrankt plötzlich im August 1920 an Übelkeit, heftigen Kopfschmerzen, Brechreiz, Fieber, Druckpuls, Nackenstarre. Augenhintergrund und Liquor sind nach Untersuchung im Krankenhaus, in dem Z. beobachtet wird, normal. Nach eigener Angabe des Z. hat er damals an ganz vorübergehenden Doppelbildern und Zuckungen gelitten. Nervöse Symptome, wie Schwindelanfälle usw. sind zurückgeblieben. Ein Gutachter hatte angenommen, daß es sich bei Z. um eine Reizung der durch den Kolbenschlag in ihrer Widerstandsfähigkeit geschwächten Meningen handelte, möglicherweise bedingt durch Überarbeitung des Patienten oder durch eine infolge sonstiger Einflüsse hervorgerufene Mobilisation avirulenter, sonst nicht spezifischer Krankheitserreger! Er nimmt so einen Zusammenhang zwischen der Erkrankung im Jahre 1920 und ihren Folgen einerseits, dem Kolbenschlag andererseits an. Z. bot damals 1921 in der hiesigen Klinik keine neurologischen Phänomene, insbesondere keine dystonischen Erscheinungen. Es bestanden allein bei ihm subjektive nervöse Beschwerden, die zum Teil psychogener Natur waren.

Die Unmöglichkeit, Z. im akuten Stadium zu untersuchen, macht im Verein mit dem in der Klinik fehlenden objektiven neurologischen Befund die Diagnose gewiß schwierig. Wir haben gewiß nicht die Berechtigung, mit voller Bestimmtheit Encephalitis bei Z. zu diagnostizieren. Immerhin ist diese Diagnose die wahrscheinlichste. Nach den großen Erfahrungen, die in der Literatur wie von uns gesammelt worden

sind, ist, wie wir heute sagen können, die Diagnose einer epidemischen Encephalitis bei weitem am plausibelsten, wenn ein vorher gesunder Mensch plötzlich mit Fieber, Augenmuskellähmungen, Hyperkinesen, angeblich auch Salbengesicht und erheblichen Schlafstörungen erkrankt und bis auf restierende nervöse Beschwerden ohne besondere Behandlung wieder gesund wird. Leichte meningitische Begleiterscheinungen bei der Encephalitis kennen wir ja zur Genüge. Ich möchte nach dem Befund eine epidemische Encephalitis jedenfalls für erheblich wahrscheinlicher halten als eine seröse Meningitis irgendwelcher Form. Ich habe den Fall darum mitgeteilt, weil er wieder beweist, wie wichtig die Kenntnis der Encephalitis auch in gutachtlicher Beziehung ist, wie notwendig es ist, an diese Erkrankung immer zu denken, wenn man gekünstelte, Hypothese auf Hypothese türmende Schlußfolgerungen vermeiden will, wie diejenige, daß als Folge eines gänzlich hypothetischen Kolbenschlages, bei dem eine direkte Verletzung des Gehirns gar nicht stattgefunden haben kann avirulente Erreger im Gehirn geblieben sein könnten, die 6 Jahre später ohne feststellbaren Anlaß auf einmal pathogen werden sollten.

Endlich teile ich zum Schluß noch eine Krankengeschichte mit, die versicherungsrechtlich auch nicht alltäglich ist.

Fall 11. Der Flurhüter A. A., 1881 geboren, hat im Felde sehr schwere Verletzungen erlitten. Die rechte Hand wurde ihm abgeschlagen, das linke Auge wurde ihm ausgeschossen, der Unterkiefer wurde zerschmettert. A. bezieht wegen dieser Verletzungen bereits eine Rente von 90% mit doppelter Verstümmelungszulage. Trotz dieser schweren Störungen, zu denen noch eine Otitis media (im Anschluß an eine Trommelfellzerreißung) kam, war A. als Feldhüter tätig. A. erkrankte dann, nachdem der Zustand nach den Verletzungen stationär gewesen war, im März 1920 an einer sogenannten Grippe, die sich in Kopfschmerzen, wenig Fieber und Mattigkeit äußerte. Er konnte sich hinterher nicht recht erholen und schlief schlecht. Im März 1922 begannen dann stärkere Störungen, Speichelfluß und Steifigkeit. Die Störungen wurden dann so stark, daß A. mehrere Male in der hiesigen Klinik behandelt werden mußte. Ein Erfolg der Behandlung ist nicht eingetreten. Er hat eine besonders starke Rigidität im linken Arme und linken Beine. Im rechten Bein ist die Rigidität gringer, im rechten Arm fehlt sie fast ganz. Leider ist aber die rechte Hand abgeschossen. Es bestehen auch Speichelfluß, Störungen der Bewegungsinitiative, Wechsel von Euphorie und depressiven Verstimmungen mit Selbstmorddrang und die übrige Skala der bekannten Erscheinungen, die hier nicht im einzelnen aufgeführt zu werden brauchen.

Wir hatten uns in diesem Falle auf Ersuchen der Militärbehörde gutachtlich darüber zu äußern, ob bei A. Hilflosigkeit besteht und ob die Voraussetzungen der Pflegezulage erfüllt sind. Sachlich konnte nicht daran gezweifelt werden, daß die Bedingungen der Hilflosigkeit bei A. vorliegen. Man mußte ihm bei allen Verrichtungen des täglichen Lebens helfen; er konnte zwar gehen, man konnte ihn z. B. aber nicht allein auf die Straße gehen lassen wegen seiner Starre, dazu bestanden noch zentrale Schmerzen, die ihn einen großen Teil des Tages ans Bett

fesselten, so daß fremde Hilfe und Wartung zweifellos angenommen werden mußte. Fraglich konnte nur sein, ob man Hilflosigkeitszulage befürworten durfte, da eine Dienstbeschädigung für die Encephalitis nicht in Frage kam, da irgendwelche manifeste Krankheitserscheinungen, die mit den Kriegsverletzungen zusammenhingen, zur Zeit des Ausbruchs der akuten Encephalitis nicht bestanden. Da außerdem insbesondere eine Verletzung des Gehirns gar nicht stattgefunden hatte, brauchte die Frage einer Prädisposition für eine Encephalitis nicht diskutiert zu werden. Trotzdem haben wir nach den Bestimmungen des Gesetzes, wir dürfen in diesem Falle wirklich sagen zum Glück, die Möglichkeit gehabt, zu einem für den Kranken positiven Urteil zu kommen. Nach den Bestimmungen des § 31 Abs. II des Reichsversorgungs-Gesetzes muß zwar die Hilflosigkeit die Folge einer Dienstbeschädigung sein. Es ist aber nicht erforderlich, daß sie *ausschließlich* auf eine Dienstbeschädigung zurückzuführen ist, sie kann auch auf dem Zusammenwirken der Dienstbeschädigungsfolgen mit einem anderen Leiden beruhen. Nach diesen Ausführungsbestimmungen war die Begutachtung leicht. Durch die Encephalitis allein war A. wenigstens zur Zeit der Begutachtung nicht im entferntesten im hilflosen Zustand gewesen. Im Gegenteil, die rechte Seite befand sich in viel weniger rigidem Zustand als die linke; aber die rechte Hand war abgeschossen und der linke Arm, mit dem sich A. bis dahin geholfen hatte, war starr. Die Hilflosigkeit war hier eine ganz eindeutig zu bestimmende Summation aus den Folgen der Kriegsverletzung und der nicht entschädigungspflichtigen Encephalitis. In diesem Falle ist aber die Anerkennung der Hilfslosenrente möglich.

Aus unseren Krankengeschichten ergibt sich, daß die Begutachtung Encephalitiskranker *prinzipiell* geringere Schwierigkeiten macht als die anderer organischer Erkrankungen des Nervensystems, wo man oft zwischen der Scylla des vielgezeißelten autistischen Schlendrians, die Möglichkeit eines Entschädigungspflicht begründenden Kausalzusammenhanges auch bei ganz hypothetischer Sachlage als immerhin möglich anzuerkennen, und der Charybdis allzu starrer Ablehnungstendenzen hindurch steuert und sich dabei allein auf Überlegungen stützen kann und muß, deren problematischen Wert ich einleitend gekennzeichnet habe. Bei der Encephalitis stehen, wie wir sagen, zwei Möglichkeiten in der Hauptsache allein zur Diskussion: Entweder die Erkrankung ist *nach* dem Kriege ausgebrochen, und Kriegsschäden könnten höchstens die Disposition zur Erkrankung gesteigert haben. Aus unserem Material ergibt sich, daß voraussichtlich äußerst selten positive Fälle dieser Art zur Begutachtung kommen werden. Oder die Erkrankung ist während des Krieges oder während der Zeit militärischer Tätigkeit zum Ausbruch gekommen. Anerkennung der Dienstbeschädigung ist mit Rück-

sicht auf die epidemisch-infektiöse Natur der Krankheit im allgemeinen von vornherein wahrscheinlich; natürlich ist im Einzelfall auch die Möglichkeit des Nachweises gegeben, daß die Infektion außerhalb des Dienstes, etwa auf einem Urlaub erworben war. Als dritte, vorläufig noch nicht zur praktischen Entscheidung stehende Zukunftsfrage könnte höchstens die Möglichkeit erwogen werden, daß ein von Encephalitis scheinbar Genesener oder noch pseudo-neurasthenischer Mensch hernach zu einer längere Zeit dauernden militärischen Dienstleistung herangezogen wird und dann in das amyostatische Stadium gerät. Da über 40% aller Encephalitiker amyostatisch werden, wäre Dienstbeschädigung gewiß nicht generell anzuerkennen. Andererseits lehrt aber die — statistisch noch genauer auszuwertende — Erfahrung tatsächlich, daß eine Amyostase durch besondere Strapazen verschlimmert, vielleicht auch zur Auslösung gebracht werden kann (Schwangerschaft!). Die Anerkennung einer Dienstbeschädigung würde also unter besonderen Umständen nicht a limine von der Hand zu weisen sein.

### **Zusammenfassung.**

1. Die epidemische Encephalitis ist häufiger, als vielfach angenommen wird, bereits während des Krieges an der Westfront wie auch wahrscheinlich an der Ostfront vorgekommen und hat nach Jahren zu amyostatischen Erkrankungen geführt. Bei der häufig verkannten Krankheit wird so öfters teils mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, teils nicht mit Sicherheit, aber mit gut begründeter Wahrscheinlichkeit Dienstbeschädigung anerkannt werden müssen. Versicherungsrechtlich ist Dienstbeschädigung nicht zu leugnen, wenn nach einer im Felde durchgemachten grippeartigen fieberhaften Erkrankung nervöse Symptome, wie unbeeinflussbare Mattigkeit, Schlaflosigkeit, Schmerzen, Drangunruhe ohne hysterische Theatralik zurückgeblieben sind, die unmittelbar zur amyostatischen Encephalitis hinüberführen, ohne daß eine akute encephalitisverdächtige Erkrankung nach Entlassung aus dem Militärdienst aufgetreten war. Mitunter haben auch bereits leichte dystonische Symptome, wie Andeutung von Maskengesicht und geringe Bradyphrenie während des Militärdienstes bestanden, wurden aber verkannt.

2. Kriegsneurosen auch mit massiven Syndromen sind nicht als dispositionssteigend für eine nach Entlassung aus dem Heeresdienst akquirierte Encephalitis anzusehen; ebensowenig sind bisher Fälle bekannt, in denen ein im Kriege erworbenes Trauma als prädisponierender Faktor anerkannt werden konnte.