

Tabes, Paralyse und Lues cerebrospinalis bei Kriegsteilnehmern.

Von

Dr. Ph. Jolly, Reg.-Med.-Rat in Düsseldorf.

(Eingegangen am 25. Oktober 1927.)

Als Facharzt der hiesigen und benachbarter Versorgungsämter sammelte ich seit diesem Jahr die jetzt von mir untersuchten Fälle von Tabes dorsalis, progressiver Paralyse und Lues cerebrospinalis und ließ mir außerdem aus den Akten des hiesigen Versorgungsamts die betreffenden Fälle herausuchen; auch letztere hatte ich im Laufe der Jahre fast alle selbst untersucht. Alle in der Diagnose irgendwie zweifelhaften Fälle wurden ausgeschieden. Es ergab sich die Zahl von 28 Tabesfällen, bei 14 handelte es sich um Paralyse, worunter 5 Taboparalysen waren, in 9 Fällen lag eine Lues cerebri oder Lues cerebrospinalis vor; im ganzen waren es also 51 Fälle von Neurolues. Nach meinen Eindrücken hatte ich auf eine wesentlich größere Zahl gerechnet, doch wurde ein großer Teil von mir mehrfach untersucht, wodurch sich dieser Irrtum erklärt, auch sind die Diagnosen der Rentenbescheide oft aus Gründen der Humanität ganz allgemein gehalten (z. B. „Nervenleiden“), so daß solche Fälle bei Durchsicht der Kartotheken nicht erfaßt werden. Ebendeshalb läßt sich aus der Überzahl der Tabiker kein Schluß ziehen. Gegenüber dem aus Kliniken oder Krankenhäusern stammenden hat das Material gewisse Vorzüge, indem es nicht nach der Art des Leidens und der Schwere desselben eine Auslese darstellt. Psychiatrische Kliniken und ebenso auch Irrenanstalten stützen sich in ihren Untersuchungen natürlich im wesentlichen auf Paralysen, während interne Kliniken und Krankenhäuser besonders die Tabesfälle zu Gesicht bekommen. Auch die leichteren, noch im Erwerbsleben stehenden und in der Familie befindlichen Kranken sind unter den Rentenempfängern und Rentensuchern, von denen ein Teil nie in Krankenhausbehandlung kommt.

Das Material ist zu klein, um nähere statistische Feststellungen an demselben zu treffen, dieselben liegen auch in der Literatur zur Genüge vor.

Es seien nur einige Einzelheiten ganz kurz erwähnt. Eine Zusammenstellung der *Berufe* ergab nichts Besonderes. Bei der Zusammensetzung der Bevölkerung des Regierungsbezirks Düsseldorf ist es be-

greiflich, daß verhältnismäßig noch weniger Landwirte unter den Fällen sind wie in den meisten anderen Gegenden.

Das *Alter* bei Beginn der Tabes, also beim Auftreten der ersten, meist zunächst nur subjektiven Symptome betrug in den 28 Fällen zwischen 28 und 43 Jahren, im Durchschnitt 37 Jahre. Bei den Paralytikern sind die ersten Erscheinungen zwischen dem 22. und 50. Lebensjahr notiert, im Durchschnitt im Alter von 34,8 Jahren. Gegenüber dem Friedensmaterial sind diese Zahlen natürlich etwas niedriger, da ja die höheren Altersstufen nicht mehr Soldat wurden; zum Vergleich sei angeführt, daß ich 1907 bei 276 Paralysen der Kieler Klinik als Alter des Beginns 41 J. 1 Monat feststellte.

Die *Zeit* seit derluetischen Infektion ist nur in einem kleineren Teil der Fälle zu berechnen, weil die Angaben der Patienten über das Datum der Infektion vielfach unbestimmt oder negativ waren, wohl in Hinsicht auf die Frage der Dienstbeschädigung. Für Tabes sei die Angabe von *Kehrer* angeführt, daß die durchschnittliche Dauer der Inkubation bei dem Friedensmaterial der Breslauer Klinik 13 Jahre, bei den Kriegsteilnehmern 15 Jahre betrug.

Die *Dauer* vom ersten Auftreten der Krankheitserscheinungen bis zur Schätzung der Erwerbsunfähigkeit auf 100% war in 10 Fällen von Tabes zwischen Null und 12 Jahren, die übrigen sind noch nicht erwerbsunfähig oder scheiden hierbei wegen Ablehnung ihrer Ansprüche zu einer Zeit noch bestehender Erwerbsfähigkeit aus. Jedenfalls läßt sich bei einer Übersicht über das ganze Material sagen, daß der Verlauf der Tabes auch bei den Kriegsteilnehmern häufig ein äußerst langsamer ist und vielfach noch lange Zeit berufliche Betätigung zuläßt.

Im Vergleich z. B. mit der multiplen Sklerose und der Grippe-Encephalitis ist es sehr auffallend, daß *Fehldiagnosen* bei den neuroluetischen Erkrankungen etwas sehr Seltenes waren. Dieselben sind also auch dem Nichtfacharzt, der die Kranken ja meist zunächst in die Hände bekam, wohlvertraute Krankheitsbilder.

Erwähnen möchte ich einen Fall, der als Paralyse angesehen wurde und sich später als Encephalitis herausstellte.

N. S., geboren 1876, Beruf Schuster. Gute Schulerfolge, keine früheren Krankheiten, 1916 eingezogen, machte Wachtdienst in der Heimat. Kam wegen seines eigenartigen psychischen Verhaltens ein halbes Jahr später ins Lazarett, hier wurden enge, schlecht auf Licht reagierende Pupillen festgestellt. Sprache undeutlich, bewegt die Lippen wenig dabei. Kniereflexe etwas lebhaft, Achillesreflexe mittel. Zunge zittert. Sitzt starr wie eine Marmorfigur da. Macht nach Angaben der Stubenkameraden falsche Handlungen, indem er am Boden herum sucht. Im nächsten Befund ist notiert, daß das Gesicht fettig glänzend sei. Langsam und ungeschickt in seinen Bewegungen, macht geistig und körperlich einen kläglichen Eindruck. Örtlich nicht orientiert. Papillen beiderseits blaß. Kein Interesse für seine Umgebung. In einem Nervensanatorium wurde trotz negativen Blutbefunds fortschreitende Gehirnerweichung angenommen. Keine D. B., da durch den Kriegs-

dienst nicht beeinflusst. E. M. 75 %. S. arbeitete dann noch bis 1925 in einer Schuhfabrik, stellte 1927 erneuten Rentenanspruch. Es fand sich ein ausgesprochener Parkinsonismus, außerdem eine Augenmuskellähmung. S. gab mir eine Influenza 1916 an. D. B. wurde von mir als wahrscheinlich angesehen.

Die Fehldiagnose — auch *Stiefler* erwähnt in seinem Aufsatz über Encephalitis bei Kriegsteilnehmern die Verwechslung mit Paralyse — ist begreiflich, da 1917 das Bild der Encephalitis noch nicht bekannter war. Leider ist dies auch jetzt noch nicht in wünschenswertem Maß der Fall. Vor einigen Tagen hatte ich einen schon sehr weit vorgeschrittenen Encephalitiker zu begutachten, der bei den ersten Anfängen seines Leidens, wie das ja sehr häufig ist, als Hysteriker angesehen, dann aber bald richtig diagnostiziert worden war; ein Kreisarzt äußerte jetzt seine Entrüstung, daß ein Hysteriker Vollrente und Pflegezulage beziehe.

In einem anderen Fall verflossen lange Jahre, bis die Paralyse endgültig diagnostiziert wurde:

S. N. geboren 1882, Beruf Ingenieur. Vorgeschichte o. B. November 1914 auf dem Vormarsch Sturz mit dem Pferd. Eine Klinik stellte Bruch des Querfortsatzes des 5. Lendenwirbels fest, irgend etwas Näheres war darüber nicht zu erfahren, kein Krankenblatt zu erhalten. Machte in der Heimat leichten Dienst, kam dann wieder ins Feld, meldete sich bei einer Versetzung in der Heimat 1918 krank wegen Schmerzen im Rücken, leichter Ermüdbarkeit, Schwere in den Beinen. Neurologisch konnten keine organischen Störungen festgestellt werden, auch Röntgenaufnahmen hatten kein Ergebnis. Schon damals wurde über Erregbarkeit und Gedächtnisschwäche geklagt. Nach mehrfachen Begutachtungen wurde schließlich 1921 D. B. für funktionelle nervöse Beschwerden im Sinn einer mäßigen traumatischen Neurose anerkannt. E. M. 50 %. 1923 und 1924 Erhöhungsantrag. Januar 1925 gab S. mir gegenüber an, die Sprache sei seit etwa 1919 langsam, seit 1923 könne er nur noch kurze Strecken gehen. Es fand sich Pupillendifferenz, Entrundung und träge Lichtreaktion der einen Pupille, Silbenstolpern, zittrige Schrift, lebhafte Knie- und Achillessehnenreflexe, Ausfahren bei Kniehackenversuch, schwerfälliger Gang, Romberg. Psychisch stumpf, dabei etwas euphorisch, Merkfähigkeit herabgesetzt, keine richtige Einsicht in seine Lage. Die Reaktionen im Liquor waren positiv ausgefallen. Meine Diagnose einer progressiven Paralyse wurde vom Anstaltsarzt nicht anerkannt, es liege eine spastische Spinalparalyse vor nach Sturz vom Pferd, der Befund ergebe kein klares Bild einer progressiven Paralyse. D. B. wurde für spastische Spinalparalyse angenommen und auf dem Vergleichswege anerkannt. Inzwischen ist die Paralyse noch deutlicher geworden, die Diagnose einer spastischen Spinalparalyse hat sich als irrtümlich erwiesen. N. ist verblödet in einer anderen Anstalt.

Der Sturz 1914 hatte mit den späteren Spinalerscheinungen keinerlei zeitlichen Zusammenhang. Die zunächst als traumatische Neurose aufgefaßten Störungen, die aber erst jahrelang nach dem Sturz auftraten, dürften das sogenannte neurasthenische Vorstadium der Paralyse gewesen sein. Anerkennung von D. B. ist meiner Ansicht zu Unrecht erfolgt, verursacht schließlich durch die unglückliche Annahme eines Gutachters, daß eine sogenannte spastische Spinalparalyse vorliege.

Von sonstigen anfänglichen Fehldiagnosen ist noch zu erwähnen, daß einmal eine Neurasthenie statt einer Tabes angenommen wurde, ein andermal eine Polyneuritis. Letztere ist ja auch ohne Lumbalpunktion öfter schwer davon zu unterscheiden. Eine klinisch diagnostizierte Taboparalyse erwies sich bei Nachuntersuchung als Tabes ohne psychische Störung. Umgekehrt sah ich einige Male Rentensucher, die Neurotiker waren und irrtümlich als Tabes bezeichnet wurden, ein anderes Mal war eine Debität als Paralyse aufgefaßt worden.

Gehen wir nun zur Frage der *Ätiologie* und damit der Dienstbeschädigung über, so wurde die Lues in fast allen Fällen durch Blut- oder auch durch Liquoruntersuchungen festgestellt. Manchmal war die Sachlage so eindeutig, daß davon abgesehen wurde.

Was die Anerkennung von D. B. bei *progressiver Paralyse* betrifft, so mögen kurz einige Ansichten aus der Literatur angeführt werden. Nachdem *Weygandt* für die Annahme einer Kriegsparalyse eingetreten war, wies *Bleuler* schon 1917 darauf hin, daß zwar nach Anstrengungen, Kopftraumen, Infektionskrankheiten usw. häufig D. B. im Sinne der Verursachung (Auslösung), sei es als bloße Verschlimmerung der Krankheit angenommen wurde, daß aber wissenschaftliche Beweise für solche Zusammenhänge bis jetzt fehlten. Alle die verschiedenen Schädlichkeiten hätten keine meßbare Zunahme der Paralyse bedingt.

In demselben Jahr bestätigte *Hahn* aus der Frankfurter Klinik, daß die Paralyse nicht häufiger geworden, daß die Zwischenzeit zwischen Infektion und Ausbruch des Leidens nicht kürzer geworden sei. Auch *Hauptmann* lehnte einen Einfluß des Kriegs auf Ausbruch und Verlauf der Paralyse ab. Ähnlich äußerte sich *Pilcz*, die Kriegsstrapazen hätten keinen wesentlich verschlimmernden Einfluß auf den Verlauf. Aus der Kieler Klinik bestätigte *Kollmeier* diesen ablehnenden Standpunkt. *Bratz* gab dann in seinem Obergutachten über die Frage der D. B. bei Paralyse 1923 eine Übersicht über diese Fragen, die für viele Gutachten und Gerichtsentscheidungen maßgebend geworden ist. Er stützte sich dabei außer auf seine eigenen Erfahrungen auf die Feststellungen von *Bonhöffer* und die Veröffentlichungen von *Boas* und *Wohlwill*. Seine Überlegungen führten ihn zu dem Schluß, daß im ganzen unsere Auffassung besonders in den ersten Kriegsjahren zu milde war. Man könne mit Sicherheit sagen, daß die allgemeinen Strapazen und Aufregungen der Front nicht als Beschleunigung bezüglich des Ausbruchs der Paralyse gewirkt haben. Als auslösende Ursache könne man allenfalls Schädelverletzungen, schwer erschöpfende Infektionskrankheiten und hochgradige seelische Überanstrengungen zulassen; die ersten Erscheinungen einer durch Unfall ausgelösten Paralyse müßten einige Wochen bis spätestens $\frac{3}{4}$ Jahr nach dem Unfall aufgetreten sein, die

Schädelverletzung müßte mit Bewußtlosigkeit oder ausgesprochenen Zeichen einer Gehirnerschütterung einhergegangen sein. Die Infektionskrankheit müsse zu schwerstem körperlichen Niedergang geführt haben, nach dem zeitlichen Zusammenhang müsse das Erscheinen der ersten Paralysezeichen als durch die Infektionskrankheit angeregt einigermaßen wahrscheinlich sein. Geistige Anstrengungen könnten nur ganz ausnahmsweise in Frage kommen, wenn sie mit größter Aufmerksamkeitsanspannung, Schlafentziehung und starken Gefühls-erregungen einhergegangen seien. Für Annahme einer Verschlimmerung, die von einer Reihe von Autoren überhaupt abgelehnt wird, muß nach *Bratz* ein strengerer Maßstab angelegt werden, wie in der Frage der Auslösung des Leidens.

Faßt man kurz zusammen, so ist als Grundlage der Paralyse *wissenschaftlich* nur die Lues erwiesen, alle anderen Hilfsursachen hat das große Experiment des Kriegs nicht bestätigt, indem die Paralysen nicht zugenommen haben, die Zeit zwischen Infektion und Psychose sowie der Verlauf des Leidens sich nicht geändert haben. Man kann also nur in einzelnen Ausnahmefällen und dies mehr aus praktischen Gründen einen Einfluß des Kriegsdienstes in auslösendem oder verschlimmerndem Sinn annehmen, und zwar bei Traumen des Gehirns, das natürlich auch bei Erschütterung des ganzen Körpers mit betroffen sein kann, und bei schweren Infektionskrankheiten. Der Rolle der von *Bratz* genannten geistigen Anstrengungen stehe ich sehr skeptisch gegenüber.

Prüft man nun unsere 14 Fälle nach diesen Gesichtspunkten, so ist keiner darunter, in welchem eine Infektionskrankheit als Hilfsursache beschuldigt wurde, auch keiner, bei dem eine besonders große psychische Anstrengung angegeben und erwiesen wurde. Es ist überhaupt auffallend, daß außer in 2 Fällen, wo ein Unfall als auslösendes Moment behauptet wird, nie ein einziges besonderes Ereignis für die Frage der Dienstbeschädigung herangezogen wird.

Von den beiden *Unfällen* fehlt bei dem einen oben angeführten schon der zeitliche Zusammenhang der Paralyse mit dem Unfall. Der andere sei kurz skizziert:

W. Sch., geboren 1882. Früher nie krank. August 1914 ins Feld. 10. IV. 1918 von Proviantwagen überfahren, klagte bei der Lazarettaufnahme über Schmerzen im Kreuz und in der Leistengegend, wo die Haut blau verfärbt war. 13. IV. 1918 im Bad Ohnmachtsanfall, dann bewußtlos. Puls 52, rechte Pupille sehr weit, reaktionslos, linke sehr eng. Linksseitige Lähmung. Am nächsten Morgen Bewußtsein frei, noch linksseitige Lähmung. Auch in den nächsten Tagen zeitweise bekommen. Links Babinski. Doppelbilder, leichtes Silbenstolpern. Ptosis rechts. Gibt an, 1904 harten Schanker gehabt zu haben. Wassermann im Blut stark positiv. August 1918 wurde unter der Diagnose Tabo-Paralyse Dienstbeschädigung im Sinne der Verschlimmerung durch den Unfall im Feld angenommen. E. M. 100%. 1920 Exitus im Krankenhaus.

Da Patient den Krieg von August 1914 bis zu dem Unfall an der Front

1918 ohne Krankmeldung mitgemacht hatte und der Unfall anscheinend den ersten paralytischen Anfall auslöste, indem dieser 3 Tage nach dem Unfall auftrat, wird man einen Zusammenhang zwischen Dienst und Paralyse nicht gut bestreiten können. Daß der Unfall nicht näher geschildert wurde, liegt an den Verhältnissen des Felddienstes; für einen Friedensunfall hätte man natürlich genaue Vernehmung der Zeugen gefordert, sowohl über den Unfall selbst als über das psychische Verhalten des Patienten in der Zeit vorher. Man könnte auch daran denken, daß durch das Bad der Anfall ausgelöst wurde, was ja nicht selten ist, doch wäre man mit dieser Ansicht sicher nicht durchgedrungen.

Die Forderungen von *Klieneberger*, daß das Trauma besonders schwer gewesen ist, sich im Anschluß an dasselbe bei dem bis dahin anscheinend gesunden Menschen schwere Störungen sich zeigten und der Verlauf der Erkrankung nach dem Trauma besonders progredient war, dürften wohl als erfüllt anzusehen sein.

Von den übrigen Fällen wurde D. B., und zwar meist im Sinn einer Verschlimmerung, in 5 Fällen anerkannt. Die Begründung führte nur allgemeine Momente an, wie z. B. bei einem Arzt, der nur einige Monate Dienst gemacht hatte, daß durch die intensive Arbeit beim Ersatzbataillon das Leiden ausgelöst sei; ein Facharzt war zur Frage der D. B. nicht gehört worden. In einem anderen Fall war einfach der „Dienst im Feld“ von einem Nichtfacharzt als Begründung angenommen, obwohl der Kranke in Wirklichkeit nur bei Stäben gewesen war. Bei einer zufällig 1917 im Feld gelegentlich einer Krankmeldung wegen eines anderen Leidens entdeckten Paralyse genügten dem Gericht, im Gegensatz zu dem Gerichtsarzt, „schwere Strapazen im Frontdienst“ zur Anerkennung. Erwähnen möchte ich noch einen Patienten, der 1916 von *Lewandowski* mit der Begründung anerkannt wurde, daß er den Feldzug lange Zeit mitgemacht habe und auch einmal nach seiner Angabe von einem galoppierenden Pferd gestürzt sei, so daß ein verschlimmernder Einfluß des Kriegsdienstes nicht geleugnet werden könne; für völlig sicher halte ich in diesem mehrfach von mir untersuchten Fall, dessen Krankheit jetzt 11 Jahre besteht, die Diagnose einer Paralyse nicht, es könnte sich auch um Lues cerebri handeln. Eine Malariakur 1927 hatte keinen Einfluß auf den Zustand.

Die Zahl der Ablehnungen bei Paralyse ist verschwindend, wenn man diejenigen Fälle abzieht, bei denen schon wegen Fehlens eines zeitlichen Zusammenhanges keine D. B. anerkannt wurde; dies erfolgte in 6 Fällen. Nur in einem Fall, der Armierungssoldat gewesen war, wurde in einer Irrenanstalt D. B. abgelehnt, nachdem eine Klinik vorher D. B. angenommen hatte, es war eine stumpfe Paralyse, die inzwischen gestorben ist.

Praktisch wurde also so gut wie in allen Fällen, die während des Krieges erkrankten, D. B. anerkannt, wobei aber ein großer Teil der Anerkennungen kritischer Prüfung nicht standhält.

Inzwischen ist ein großer Teil der Paralytiker gestorben, so daß jetzt die D. B.-Frage wohl nur in solchen Fällen zur Erörterung kommt, wo es sich um die Frage handelt, ob die Lues bei einer in den letzten Jahren aufgetretenen Paralyse auf D. B. beruhte, oder infolge mangelnder Gelegenheit nicht genügend behandelt werden konnte, oder auch ob eine während des Kriegsdienstes aufgetretene *Tabes*, in deren Verlauf jetzt eine Paralyse entsteht, zur Anerkennung von D. B. führt. Davon wird später die Rede sein. Ferner kann es sich um Hinterbliebenenrente handeln, bei der jedesmal die Frage der D. B. nachgeprüft werden muß, da nach einer grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversorgungsgerichts (III. Senat, Urteil vom 12. XI. 1920) die Anerkennung einer D. B. bei einer Militärperson für das Verfahren des Anspruchs der Hinterbliebenen nicht bindend ist; nur bei ganz augenfälliger Fehlbeurteilung wird man die Anerkennung zurückziehen. Durch die 5. Novelle zum Reichsversorgungsgesetz ist inzwischen den zuständigen Hinterbliebenen aller Rentenempfänger Rente gewährt worden, wenn einmal D. B. anerkannt war und der Tod an dem D. B.-Leiden erfolgte.

Im Gegensatz zur Paralyse wird bei *Tabes* in der Literatur und den im Kriege herausgegebenen „Anhaltspunkten für die Beurteilung der D. B. bei den häufigsten psychischen und nervösen Erkrankungen der Heeresangehörigen“ die Auslösungsmöglichkeit auch durch *körperliche* Anstrengungen und Erschöpfung anerkannt, ferner ebenso wie dort durch akute Infektionen und traumatische Schädigungen, vor allem Erschütterungen des Gesamtkörpers. Verschlimmerung habe größere Wahrscheinlichkeit nur bei akut einsetzenden Verlaufsänderungen nach Einwirkung dieser Schädigungen.

K. Boas nimmt D. B. im Sinne von Mitverursachung oder Verschlimmerung beim raschen Auftreten schwerer Bewegungsstörungen nach Strapazen an.

In seiner Besprechung der Zusammenhänge zwischen *Tabes dorsalis* und Unfall führt *Finkelnburg* zur Annahme einer Auslösung der *Tabes*, Traumen des Schädels und der Wirbelsäule und schwere allgemeine Körpererschütterung an, deren Erheblichkeit nachgewiesen werden müsse, ferner Auftreten der tabischen Erscheinungen nicht später als ein Jahr und nicht früher als mehrere Wochen nach dem Unfall. Auch Durchnässungen, körperliche Strapazen und erschöpfende Krankheiten läßt er gelten. Im Sinn einer Verschlimmerung können nach ihm außerdem periphere Traumen, starke Anstrengungen und starke Kälteeinwirkungen von wesentlicher Bedeutung sein.

Auf Grund des Materials von *Dreyfus* in Frankfurt nennt *Rosanes* bei einer Erörterung des „exogenen Momentes bei der Tabes“ als Gründe für Anerkennung von D. B. wirkliche Überanstrengung, Verschüttung, starke Gesamterschütterung des Körpers und ähnliche Momente, lehnt psychische Traumen, periphere Auslösung und einen größeren Zeitraum als höchstens $\frac{1}{2}$ bis 1 Jahr bis zum Auftreten der ersten Symptome ab. Dazu ist zu sagen, daß der Begriff der Verschüttung etwas sehr Unsicheres ist und daß die eigenen Schilderungen der Rentensucher über ihre angebliche Verschüttung um so phantastischer werden, je länger der Krieg zurückliegt. Man kann mit einer Verschüttung nur dann ätiologisch etwas anfangen, wenn sichere, aus der Kriegszeit stammende Zeugenaussagen darüber vorliegen.

Praktisch war nach diesen Gesichtspunkten ungefähr bei jedem wirklichen Frontsoldaten die Voraussetzung zur Annahme von D. B. für Tabes gegeben, falls er nicht irgendeinen ruhigen, nicht anstrengenden Posten hatte, da ja außergewöhnliche körperliche Anstrengungen mit der genannten Ausnahme meist mit dem Frontdienst verbunden waren. Für den Dienst in der Etappe und in der Heimat trifft dies allerdings nicht zu.

Was ergibt nun unser Tabesmaterial? Von den 28 Fällen sind hier zunächst die 5 Fälle abzuziehen, wo der zeitliche Zusammenhang mit dem Kriegsdienst fehlte. Von den verbleibenden 23 wurden in 17, also in etwa 75% D. B. anerkannt und meist ohne nähere Erhebungen über besondere Strapazen nur mit den allgemeinen Anstrengungen des Felddienstes, und zwar im Sinn einer Verschlimmerung begründet. So wurde angegeben: „ungewöhnliche Überanstrengungen während des Kriegs“, ein andermal „Strapazen des Felddienstes“, „Entbehrungen und Anstrengungen des Felddienstes“, „Anstrengungen und Aufregungen während des Felddienstes“, „Strapazen und Umbilden der Front“ und dergleichen.

Bei der Annahme als Verschlimmerung spielte offenbar, bewußt oder unbewußt, vielfach der Gedanke eine Rolle, daß „Verschlimmerung“ gewissermaßen weniger bedeute wie „Hervorrufung“, „Auslösung“, oder dergl., weniger weittragende Folgen habe, schließlich zu geringerer Entschädigung führe. Dies ist aber, wie wir sehen werden, nur in den besonders früher seltenen Fällen der Fall, wo der Grad der schon vorher vorhandenen E. M. angegeben ist, sofern dieselbe über 10% beträgt, und besonders dann, wenn die durch D. B. bewirkte Verschlimmerung für sich geschätzt und Annahme weiterer Verschlimmerung abgelehnt wird.

Man gewinnt beim Studium der Akten den Eindruck, daß genauere Prüfung der durchgemachten Anstrengungen häufig zu anderer Beurteilung geführt hätte, doch fehlte während des Krieges vielfach die Zeit

dazu, auch spielten bei der Anerkennung, besonders in der ersten Zeit, sicher Gefühlsmomente eine wesentliche Rolle. Begreiflich ist, daß jetzt noch erhobene Ansprüche viel kritischer bewertet werden. Es wurde und wird vielfach übersehen, daß z. B. in den genannten Anhaltspunkten und auch sonst in der Literatur nur von einer „Möglichkeit“ der Wirksamkeit der dort genannten Faktoren gesprochen wird. Es ist *Bratz* (1, S. 406) auf Grund unserer Friedenserfahrungen vollkommen beizupflichten, wenn er sich gegen die Annahme wendet, daß Syphilis allein nicht zur *Tabes* führen könne und daß auslösende Einflüsse hinzukommen müßten, eine auslösende oder verschlimmernde Wirkung von Nebeneinflüssen finde doch nur ausnahmsweise statt. Nach einer Äußerung *Schusters* (ebenda) wurden gerade bei *Tabes* Anstrengungen und Aufregungen des Feldzugs auffällig gut vertragen, was unser Material bestätigt, indem in einem nicht unwesentlichen Teil der Fälle die *Tabes* bei Frontsoldaten ganz zufällig entdeckt wurde. *Kehrer* (1, S. 402) spricht sich dahin aus, daß ein Vergleich der Kriegs- mit den Friedenserfahrungen das Gesetz bestätige, daß *Tabes* einzig und allein infolge der schleichenden Spätwirkung der Syphilis ganz unabhängig von äußeren Einflüssen eintrete und nach inneren Gesetzen fortschreite.

Kehren wir zu unseren Fällen zurück, so kam die *Tabes* bei zwei derselben offenbar im Anschluß an eine einmalige ganz außergewöhnliche Anstrengung zum Ausbruch, und zwar war dies einmal eine 52stündige Fahrt mit Lastkraftwagen als Kraftfahrer während des Rückzugs der Armee 1914, nachdem schon mehrere sehr anstrengende Fahrten vorausgegangen waren. Das andere Mal knickte ein Soldat, der schon seit Monaten sehr viel geritten hatte, plötzlich zusammen, als er nach einem Ritt von 100 km vom Pferd stieg, konnte allein nicht wieder aufstehen, wurde ins Lazarett gebracht, wo sich eine *Tabes* herausstellte: eine leichte Ermüdbarkeit der Beine hatte dieser Patient schon seit etwa $\frac{1}{4}$ Jahr gemerkt.

Die 5 Fälle, bei denen Ablehnung erfolgte, weil ein zeitlicher Zusammenhang mit dem Kriegsdienst nicht nachzuweisen war, bieten kein näheres Interesse; es sei nur erwähnt, daß in einem derselben eine *Achylia gastrica*, die während des Kriegsdienstes durch eingehende internistische Beobachtung festgestellt war, später als tabische Krisen und damit als Beginn der späteren *Tabes* aufgefaßt wurde, doch drang dieser Gutachter bei den Gerichten mit seiner Ansicht nicht durch.

Die übrigen 6 Ablehnungen erfolgten bei einer *Tabes*, die mit einer Augenmuskellähmung begonnen hatte, ohne nähere Begründung, offenbar weil keine ataktischen oder sonstigen störenden Körpersymptome vorhanden waren; in 4 weiteren Fällen wurde die *Tabes* zufällig bei Krankmeldung wegen anderer Krankheiten in der Heimat entdeckt. Der eine von diesen ist dadurch interessant, daß Rentenantrag erst

1927, und zwar wegen einer laut ärztl. Attest tuberkulösen Hüftgelenkerkrankung erfolgte, die sich aber als tabisch erwies, auch konnte durch Krankenblatt aus der Kriegszeit festgestellt werden, daß damals schon eine beginnende Tabes vorlag; gegen die Ablehnung erfolgte kein Einspruch. Ein weiterer Fall, bei dem 1915 zufällig eine Tabes gefunden wurde, worauf Behandlung mit Neosalvarsan erfolgte, führte sein Leiden später auf diese Behandlung und schlechte Verpflegung zurück. Er hatte nur Wachtdienst und Dienst in der Heimat gemacht, sein Antrag wurde gerichtlich abgelehnt.

Wie wichtig die Beischaffung aller möglichen Unterlagen ist, zeigt ein Tabiker, der 1921 Rentenansprüche erhob, weil er in den schmutzigen russischen Quartieren sich eine Hautkrankheit zugezogen habe; er sei mit Furunkeln und Läusen ins Lazarett gekommen, wo ein Geschwür an der linken Gesäßhälfte als syphilitisch festgestellt worden sei. Der erste Gutachter nahm dies als möglich, aber nicht als wahrscheinlich an, das Versorgungsgericht sprach Rente zu, das Reichsversorgungsgericht ließ das Krankenblatt der betreffenden Lazarettbehandlung beschaffen. Dadurch konnte festgestellt werden, daß am Penis ein frischer Schanker vorhanden war. Der Antragsteller hatte Coitus geleugnet. Es erfolgte Ablehnung.

Von den 9 Fällen von *Lues cerebrospinalis*, die alle im Feld gewesen waren, bieten die meisten kein besonderes Interesse; als Begründung der bei allen bis auf einen erfolgten Anerkennung der D. B. dienten fast immer die Strapazen des Felddienstes. Bei einem 23 jährigen Frontsoldaten war laut Krankenblatt im Februar 1918 ein frischer Schanker festgestellt worden und Behandlung mit Neosalvarsan erfolgt; als sich bei der Rückkehr aus der Gefangenschaft 1919 eine Lues cerebrospinalis fand, wurde deshalb D. B. im Sinn einer Verschlimmerung anerkannt, weil in Gefangenschaft keine Möglichkeit zu einer unbedingt notwendigen Wiederholung spezifischer Kuren bestanden habe; es hatte aber nach den Akten auch in der Gefangenschaft eine Kur stattgefunden. Die Annahme einer D. B. war also hier sehr entgegengerichtet. Von zwei Fällen mit Schädelverletzung war die Verletzung nur in dem einen erheblich gewesen; 4 Monate nach Schläfenschuß mit nachfolgendem Gehirnprolaps fand sich Differenz und schlechte Reaktion der Pupillen; Lues 1904. Seit kurzem treten epileptische Anfälle auf. Häufig sind in solchen Fällen die Folgen der Lues und des Hirntraumas nicht völlig voneinander zu trennen. Der abgelehnte Fall betraf eine Witwenrente; es war zunächst mit ganz allgemeiner Begründung durch die „Kriegseinflüsse“ D. B. angenommen worden.

Daß es im weiteren Verlauf sehr auf den Wortlaut der erstmaligen Anerkennung einer D. B. ankommt, ist aus folgenden beiden Fällen

zu sehen, bei denen es sich um die Frage der Verschlimmerung handelte.

P. S., 1898 als aktiver Soldat Lues, Schmierkur, später nie Beschwerden, nie Behandlung. 3. IX. 1914 eingezogen. November 1914 Sturz vom Pferd, Schmerzen in der Steißbeingegend, zunehmende Müdigkeit. Dezember 1915 Krankmeldung wegen Durchfalls, Klagen über Unsicherheit der Beine. 1918 Rentenanspruch vom V. A. abgelehnt, *Tabes dorsalis*; es bestand Erwerbsunfähigkeit seit 1917. 1923 Gerichtsurteil, welches sich dem Öbergutachter anschloß: *Tabes dorsalis*, zweifellos Folgen der Syphilis, durch die ungewohnten Anstrengungen und Strapazen des 16 monatigen Kriegsdienstes schneller zum Ausbruch gekommen und schneller entwickelt, als es ohne den Kriegsdienst der Fall gewesen wäre. K. D. B. im Sinne einer Verschlimmerung, durch diese Verschlimmerung E. M. von 30%, trotzdem nach dem Gutachten Erwerbsunfähigkeit vorlag. Der Sitzungsarzt hatte überhaupt keine Verschlimmerung anerkannt. Ein jetzt gestellter Rentenerhöhungsantrag mit der Begründung, daß seine Frau nicht mehr so arbeiten könne, wurde von mir abgelehnt, da für die Kriegsfolgen 30% rechtskräftig festgesetzt seien.

Ich empfahl keinen berufungsfähigen Bescheid zu erteilen.

Ein ähnlicher Fall ist folgender:

F. M., geb. 1876. Einziehung 1915. 1918 Krankmeldung wegen „Erkältung infolge starken Schwitzens und plötzlicher Abkühlung in den Nachtquartieren“. Es fand sich eine *Tabes*, für welche der Lazarettarzt D. B. ablehnte. Dieselbe wurde schließlich vom Versorgungsgericht und dann vom Reichsversorgungsgericht 1923 anerkannt. Das Leiden sei eine Folge von Syphilis, für seine Entstehung könne der Militärdienst nicht verantwortlich gemacht werden. Eine für 1916 durch Zeugen festgestellte Gangstörung beruhe auf der naturgemäßen Fortentwicklung des im Kläger schlummernden Leidens. Es sei aber wahrscheinlich, daß die Entwicklung des Leidens durch die Erkältung, welche der Kläger im Mai 1918 erlitten hatte, beschleunigt worden sei. Die im Anschluß an diese Erkrankung aufgetretene Verschlimmerung des tabischen Leidens spreche dafür, daß zwischen beiden ein ursächlicher Zusammenhang bestehe. Für die Erkältung sei D. B. anzunehmen. Der Senat sei daher der Überzeugung, daß die Krankheit zwar nicht durch militärdienstliche Einflüsse ausgelöst, aber doch durch solche in der Fortentwicklung beschleunigt sei. Dem Kläger stehe deshalb ein Anspruch auf Versorgung zu, wie sie der durch dienstliche Einflüsse bedingten Verschlimmerung entspreche. Der Senat bemaß die auf D. B. zurückzuführende E. M. in freier Schätzung auf 40%. M. war z. Z. dieses Urteils schon erwerbsunfähig.

1926 stellte er Erhöhungsantrag, der vom Versorgungsgericht abgelehnt wurde, da die weitere Verschlimmerung in dem naturgemäßen Weiterverlauf der *Tabes dorsalis* begründet, aber nicht auf den Kriegsdienst zurückzuführen sei. Der 20. Senat des Reichsversorgungsgerichts entschied am 6. I. 1927 ebenso und wies den Rekurs des Klägers zurück.

Eigenartig ist im zweiten Fall die Rolle, welche einer im Krankenblatt gar nicht weiter berücksichtigten „Erkältung“ vom obersten Gerichtshof zugewiesen wird; Patient wurde 1918 unter der Diagnose „Magenbeschwerden, Durchfall“ ins Lazarett eingewiesen, wo er über Schmerzen im Unterleib und Durchfall klagte und als Ursache eine „Erkältung“ angab; es fand sich eine *Tabes*.

Nach Ansicht des Gerichts hat die als D. B. anzusehende Erkältung die Entwicklung der *Tabes* beschleunigt; die *Tabes* bestand mindestens

schon seit 2 Jahren, da für 1916 durch Zeugen eine Gangstörung festgestellt war. Der Grund jedoch, weshalb die Fälle hier angeführt werden, ist die gerichtliche Festsetzung eines bestimmten, ein für allemal bestehen bleibenden Prozentsatzes für die bei den beiden Tabikern durch D. B. bewirkte Verschlimmerung (30 bzw. 40%). Zur Zeit der Festsetzung lag schon Erwerbsunfähigkeit vor; es kam dann noch zur weiteren Verschlimmerung, für die Entschädigung im zweiten Fall auch vom Reichsversorgungsgericht versagt wurde. Der naturgemäße weitere Verlauf des Leidens, nach der durch D. B. bewirkten Verschlimmerung, führte also nicht zur Erhöhung der Rente.

Es ist also jedenfalls bei ähnlicher Sachlage sehr wichtig, im Fall der Anerkennung einer D. B. die Frage zu erörtern, ob es sich um eine Auslösung oder eine Verschlimmerung durch den Kriegsdienst gehandelt hat und wieviel im letzteren Fall der nur durch diese Verschlimmerung bedingte Rentensatz beträgt.

Bei den auf Syphilis beruhenden Erkrankungen des Zentralnervensystems erhebt sich die Frage, ob man den *Beginn der Erkrankung* etwa mit dem Zeitpunkt der Infektion gleich setzt. Bekanntlich können ja die Spirochäten schon ganz kurz nach derselben, wochenlang vor Auftreten der Roseola, im Blut kreisen und im Liquor nachgewiesen werden; es läßt sich, wie *Heuck* sich ausdrückt, eine Invasion von Spirochäten durch die Meningen schon in allerfrühester Zeit nicht in jedem Fall verhüten. Eigentlich nimmt also die Erkrankung retrospektiv mit der genitalen oder sonstigen Infektion ihren Anfang. Es liegt eine ununterbrochene Einheit von der Infektion bis zur Erkrankung des Zentralnervensystems vor, wenn auch die Symptome einer cerebrospinalen Lues erst nach Monaten oder Jahren aufzutreten pflegen, die deutlichen Zeichen der Tabes und Paralyse meist erst nach einer Reihe von Jahren. Wie das auch den sonstigen Erfahrungen entspricht, fanden sich in unseren Fällen bei Stellung der Diagnose regelmäßig schon mehrere ausgesprochene Symptome, wie Pupillenstörungen, Veränderungen der Sehnenreflexe, Ataxie usw. Die Erkrankung des Gehirns und Rückenmarks mußte also jedesmal schon geraume Zeit bestehen; ganz abgesehen von schon sehr frühzeitig positiven Liquorreaktionen erlebt man es ja häufig, daß eines der oben genannten Symptome isoliert lange Jahre oder auch Jahrzehnte das einzige Symptom der späteren Tabes oder Paralyse ist.

Aus den Akten geht hervor, daß in der Praxis die Ausdrücke „Auslösung“ und „Verschlimmerung“ nicht streng voneinander geschieden werden. Es wird häufig davon gesprochen, daß die „Auslösung“ des auf Lues beruhenden Leidens als „Verschlimmerung“ anzusehen sei. In den eben angeführten Gutachten wird die Verschlimmerung darin gesehen, daß die Tabes schneller zum Ausbruch gekommen und schneller ent-

wickelt sei, bzw. daß die Entwicklung der Tabes durch die Schädigung beschleunigt worden sei. Beiden Begriffen, der „Auslösung“ und der „Verschlimmerung“ ist gemeinsam, daß schon vorher etwas vorhanden war. Bei der Auslösung lag schon eine Bereitschaft, oder wie manchmal gesagt wird, der Keim zum Auftreten des Leidens vor; ein äußeres Moment gab dann den Anstoß zur sichtbaren Erkrankung. Als Verschlimmerung kann man z. B. bei Tabes streng genommen eigentlich nur den Fall ansehen, daß die Tabes schon bestanden hatte, wenn sie auch vielleicht noch nicht nachgewiesen war und daß sich dann von selbst oder durch den Einfluß von Schädigungen beschleunigt, das Leiden weiter entwickelte. Wenn man eine Auslösung der Tabes als Verschlimmerung bezeichnet, so meint man damit offenbar Verschlimmerung der Lues. Hier käme nun die oben gestellte Frage, ob mit der Infektion auch gewissermaßen schon die Tabes beginnt. Es klingt dies sehr sophistisch und man sieht, daß man praktisch eigentlich nicht weiterkommt, wenn man den Begriffen bis zu ihrem Grund nachgehen will, da sich klare Trennungen in der Praxis nicht durchführen lassen, jedenfalls nicht durchgeführt werden. Das Reichsversorgungsgesetz vermeidet beide Bezeichnungen und sagt im § 2 „herbeigeführt“, während im § 3 des Mannschaftsversorgungsgesetzes die Ausdrücke „verursacht oder verschlimmert“ stehen. Bei unseren Fällen wurde in den Gutachten und Gerichtsentscheidungen, die eine Anerkennung von D. B. aussprachen, fast immer das Wort „Verschlimmerung“ angewendet, manchmal dann zugleich auch, wie oben erwähnt, eine „Auslösung“ des Leidens als „Verschlimmerung“ aufgefaßt.

Was im Fall der Verschlimmerung die Festsetzung der E. M. betrifft, so liegt eine grundsätzliche Entscheidung des Reichsversorgungsgerichts vor (III. Senat, Urt. vom 28. V. 1920), in welcher unter anderm ausgeführt wird: „sobald die Erwerbsfähigkeit zur Zeit der Einstellung durch ein schon bestehendes Leiden um weniger als 10 vom Hundert gemindert war und durch Verschlimmerung dieses Leidens infolge Dienstbeschädigung bis zu einem medizinisch und wirtschaftlich meßbaren Grade steigt, muß die ganze nunmehr bestehende Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit als Folge der Dienstbeschädigung angesehen und der Berechnung der Rente zugrunde gelegt werden“. Ferner ist die grundsätzliche Entscheidung des III. Senats vom 24. XI. 1924 maßgebend: „Wenn ein vor der Einstellung in das Heer vorhanden gewesenes Leiden durch den Militärdienst verschlimmert worden ist, so ist nicht die Gesamteinwirkung des Leidens auf die Erwerbsfähigkeit, sondern nur die durch die Verschlimmerung herbeigeführte Steigerung des Grads der Erwerbsunfähigkeit der Versorgung zugrunde zu legen, doch muß einwandfrei feststehen, daß die Erwerbsfähigkeit schon bei der Einstellung um mindestens 10 vom Hundert gemindert war.

Sinngemäß wird man diese letztere Entscheidung dahin auslegen können, daß für den Fall, wo es sich nicht um eine Schädigung durch den Militärdienst im allgemeinen handelt, sondern um eine einzelne Schädigung, wie einen Unfall, besonders anstrengende Märsche, eine Infektionskrankheit u. dgl., das Leiden nicht schon vor Einstellung in das Heer, sondern vor Einwirkung der Schädigung vorhanden gewesen sein kann. So war ja in dem obigen Fall die Gangstörung schon vorhanden, als die als D. B. anerkannte Erkältung auf den Tabiker einwirkte.

In der Unfallversicherung herrscht ebenso, wie auch das Reichsversorgungsgericht in der eben genannten Entscheidung zur Begründung derselben mit anführt, der Grundsatz, daß nur das durch den Betriebsunfall bedingte Maß der Verschlimmerung eines bestehenden Leidens entschädigt wird.

Eine *grundsätzliche* Entscheidung des Reichsversorgungsgerichts liegt noch nicht vor über die fernere, oben schon erörterte Frage, ob dann auch die *weitere* Verschlimmerung nach der erstmaligen Rentenfestsetzung zu entschädigen ist, wenn es sich um ein schicksalsmäßig weiter verlaufendes Leiden handelt, wie z. B. bei Tabes. In den oben angeführten Urteilen wurde, und zwar einmal vom Reichsversorgungsgericht ein bestimmter Prozentsatz für die Verschlimmerung selbst festgesetzt, und seitdem eingetretene Verschlimmerung nicht entschädigt; die Entscheidung ist jedoch keine grundsätzliche und daher nicht bindend.

Entgegen dem Versorgungsarzt und dem Gerichtsarzt wurde vom Versorgungsgericht in folgendem Fall auch die weitere Verschlimmerung anerkannt, da die erste Anerkennung für „Auslösung“ erfolgt sei.

L. W., geb. 1847, Metzger. Früher angeblich nie krank. 12. II. 1915 eingezogen. 10. IX. 1915 Lazarett wegen Ischias, leide schon seit etwa 6 Jahren an Ischias. 17. XII. 1917 Kriegslazarett, seit 8 Tagen Gürtelgefühl, Schmerzen unter den Rippenbögen. Pupillen frei, Patellar- und Achillesreflexe fehlen, Wassermann positiv. Behandlung mit Hydrarg.-salic. Zur Truppe als a. v. H. — D. B., wenn vorhanden gewesen, durch Lazarettbehandlung ausgeglichen. E. M. 20%. Bei der Demobilmachung entlassen. 6. X. 1924 Antrag auf Rente. Nach meinem Befund vom 18. XI. 1924 hatte sich inzwischen die Tabes weiterentwickelt, es waren Ptosis und Pupillenstörungen dazugekommen; ferner Ataxie der Beine und Romberg. D. B. wurde von mir unter Bezugnahme auf das Urteil des Lazarettarztes und die alte Ischias abgelehnt, die E. M. auf 70% geschätzt. Das Versorgungsgericht nahm an, daß die Tabes nicht auf den Kriegsdienst, sondern auf eine in der Vorkriegszeit entstandene Lues zurückzuführen sei. Die allgemeinen strapaziösen Kriegseinwirkungen hätten die Auslösung derselben im Sinn einer Verschlimmerung bewirkt. Die Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit sei nicht im vollen Umfang dem Heeresdienst zur Last zu setzen; so sei die E. M. auch bereits im Kriegslazarett auf 20% abgeschätzt worden, so daß mindestens diese abzusetzen waren. Rekurs wurde nicht eingelegt. W. erhielt also 50%. 25. IX. 1925 stellte die Frau Antrag auf Rentenerhöhung wegen Verschlimmerung. Der Gutachter schätzte die E. M.

auf 100%, die jetzige Verschlimmerung beruhe jetzt nicht mehr auf Kriegsschädigung, sondern sei in der natürlichen Entwicklung des Leidens begründet. Der Erhöhungsantrag wurde daraufhin abgelehnt. Das Versorgungsgericht entschied am 25. VI. 1926, trotzdem der Sitzungsarzt die jetzt vorliegende Verschlimmerung als den natürlichen Verlauf bezeichnete, daß die jetzige Verschlimmerung eine Folge des Militärdienstes sei. Es stützte sich dabei auf das vorhergehende Urteil, welches die Auslösung der Krankheit im Sinn einer Verschlimmerung als Kriegsfolge angenommen habe. Da wohl die Möglichkeit, aber nicht die Wahrscheinlichkeit dafür spreche, daß diese Auslösung auch ohne den Kriegsdienst erfolgt wäre, sei auch die jetzige weitere Verschlimmerung eine Fortentwicklung des als D. B. anerkannten Leidenszustandes. E. M. 80% unter Abrechnung der im vorhergehenden Urteil als Vorkriegsschädigung angenommenen 20% von der tatsächlich bestehenden Erwerbsunfähigkeit. Rekurs wurde nicht eingelegt, wegen der Anerkennung als Auslösung. Jetzt hat sich eine Paralyse entwickelt, wegen deren sich W. jetzt in einer Anstalt befindet. Es ist weitere Erhöhung beantragt. Die Rente kann aber nach den Urteilen nicht erhöht werden. Es kommt nur Gewährung von Pflegezulage in Betracht. Da nun einmal Auslösung vom Gericht anerkannt ist, wird auch der ganze weitere Verlauf entschädigt und Pflegezulage gewährt werden müssen.

Hier wird vom Gericht eine „Auslösung im Sinn einer Verschlimmerung“ durch die allgemeinen strapaziösen Kriegseinwirkungen angenommen. Die E. M. sei nicht in vollem Maß dem Heeresdienst zur Last zu legen, weshalb die 20%, die schon im Kriegslazarett als vorher vorhanden gewesen angenommen waren, im Sinne der oben mitgeteilten grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversorgungsgerichts von den bei der Festsetzung vorliegenden 70% abgezogen wurden. Daß dann später bei weiterer Verschlimmerung auch diese entschädigt wurde, begründete das dann wieder angerufene Gericht damit, daß als D. B. Auslösung anerkannt sei. Dieser Grund war meines Erachtens nicht stichhaltig, da die „Auslösung“ ausdrücklich durch „im Sinn einer Verschlimmerung“ näher erklärt war und ja schon 20% E. M. bestanden hatten. Es kann sich also nicht um eine Auslösung im strengen Sinn des Worts gehandelt haben, indem der tabische Prozeß schon in Entwicklung war, wofür ja die 20% angenommen wurden; auch hatte Patient ja nach eigener Angabe schon seit Jahren Ischias, die doch wohl das erste Symptom der Tabes gewesen war. Da das Urteil rechtskräftig wurde, beruht nun auch die jetzt aufgetretene Paralyse auf D. B.

Eine wirkliche *Auslösung* der Neurolues läßt sich, wie oben angeführt, mit einiger Wahrscheinlichkeit nur annehmen in den seltenen Fällen der Einwirkung einer einzigen, zeitig begrenzten Schädigung (bei Paralyse und Lues cerebri Trauma des Gehirns, evtl. durch Erschütterung des ganzen Körpers, bei Tabes außerdem Trauma der Wirbelsäule, bei letzterer auch ganz außergewöhnliche körperliche Strapazen und Durchnässungen) und Auftreten krankhafter, wenn auch zunächst nur subjektiver Symptome nach einem gewissen Zeitraum (nach *Finkelburg* mehrere Wochen bis zu 1 Jahr). Bei länger wirkenden Schädigung

gungen, wie anhaltender körperlicher Überanstrengung bei Tabes, schwer erschöpfenden Krankheiten bei Tabes, Paralyse und Lues cerebrospinalis, liegt es immer näher, an *Verschlimmerung* einer schon vorhandenen, wenn auch nicht nachgewiesenen Neurolues zu denken; es sind dies jedoch Ausnahmefälle, da die genannten Krankheiten meist nur durch die Lues, ganz unabhängig von äußeren Einflüssen entstehen. Auch die eben genannten Traumen können natürlich eine akute Verschlimmerung bewirken.

Nach den mitgeteilten Beispielen wird man für diese *Verschlimmerung* einen bestimmten Prozentsatz festsetzen, oder die schon gewährte Rente darauf beziehen, wobei zum Ausdruck gebracht werden muß, daß weitere Verschlimmerung in der Art des doch an und für sich auf der früheren Lues beruhenden Leidens begründet sei, nichts mehr mit der anerkannten Schädigung durch den Dienst zu tun habe. Besonders bei langsam verlaufenden Fällen wird diese Beweisführung auch dem Gericht einleuchten, während ausnahmsweise progrediente Entwicklung des Leidens oder einzelner Symptome im Anschluß an die Schädigung, falls die Progredienz anhält, eher zur Anerkennung der gesamten Folgen führen wird. Die Auffassung, daß das Leiden schon vorher bestand, ehe es diagnostiziert wurde, beruht auf der Tatsache, daß die festgestellten Symptome längere Zeit zu ihrer Ausbildung erfordern. Daß eventuell voll gearbeitet und voller Dienst gemacht wurde, spricht natürlich nicht dagegen, da organisch Kranke oft lange Zeit arbeiten, trotzdem sie bei einer Untersuchung sicher als erwerbsbeschränkt angesehen würden. Die E. M. dadurch kann man nur frei schätzen; war dieselbe auf unter 10% zu veranschlagen, so ist nach der mitgeteilten Entscheidung die ganze E. M. zu entschädigen.

Für die weitere Verschlimmerung wird man dann meist D. B. ablehnen, falls nicht schon durch Rentenerhöhung eine Anerkennung derselben vorliegt, doch kommt es natürlich ganz auf die Lage des einzelnen Falles, besonders den Wortlaut etwaiger Gerichtsentscheidungen, an. Ist dagegen rechtlich tatsächlich eine Auslösung der Neurolues anerkannt, so wird man den ganzen Verlauf des Leidens, also auch eine Paralyse nach Tabes oder Lues cerebri auf den Dienst zurückführen müssen.

In letzter Zeit handelte es sich bei der Begutachtung öfter um den *zeitlichen Zusammenhang*, der nach einer vom Reichsarbeitsminister auf Ersuchen des Reichstags erlassenen Bestimmung unter gewissen Voraussetzungen zur Rentengewährung genügt, wenn der „ursächliche Zusammenhang zwischen dem Leiden und dem Militärdienst nicht ausreichend erwiesen ist.“ Als Krankheiten sind in erster Linie Geisteskrankheiten, organische Nervenleiden und Gehirnleiden genannt, so daß also die Neurolues unter diese Bestimmung fällt. Der Ausdruck

„zeitlicher Zusammenhang“ ist nicht näher erklärt; es ist daher zweifelhaft, ob ein erstes Auftreten des Leidens während des Kriegsdienstes gemeint ist, oder ob auch solche Fälle einschlägig sind, bei denen das Leiden schon vor dem Kriegsdienst bestand. Ich suche deshalb in meinen Gutachten auch im Fall sicherer Erkrankung während des Kriegsdienstes möglichst den Beginn des Leidens festzustellen, wobei ich die schon für die Zeit vor dem Kriegsdienst mitgeteilten Erkrankungen und subjektiven Beschwerden anführe. Ebenso bemerke ich, wenn nach der Art der erstmalig festgestellten Erscheinungen und dem Zeitpunkt dieser Feststellung anzunehmen ist, daß das Leiden schon vor dem Kriegsdienst vorhanden war.

Zur Zeit der Begutachtung muß der Kranke erwerbsunfähig sein oder über $\frac{2}{3}$ erwerbsunfähig, doch muß im letzteren Fall im weiteren Verlauf des Leidens völlige Erwerbsunfähigkeit zu erwarten sein.

Ein Rechtsanspruch besteht nicht, die Entscheidung trifft das Ministerium.

In einem Teil der Fälle kann man über den Beginn des Leidens nur zu einer „Möglichkeit“ kommen, da nach so langer Zeit sichere Feststellungen, besonders wenn keine Krankmeldung vorlag, vielfach nicht getroffen werden können.

Es sei noch bemerkt, daß hysterische und psychopathische Störungen selbstverständlich nicht unter diese im Wege des sogenannten Härteausgleichs erlassene Bestimmung fallen.

Literaturverzeichnis.

- ¹ *Arendts*: Das Reichsversorgungsgesetz. Berlin 1926. — ² *Bleuler*: Lehrbuch der Psychiatrie. 2. Auflage. — ³ *Boas, K.*: Die Tabes dorsalis der Kriegsteilnehmer und ihre militärärztliche Begutachtung. Stuttgart 1919. — ⁴ *Bratz*: Obergutachten über die Frage der Dienstbeschädigung bei Paralyse. Entscheid. d. Reichsversorgungsgerichts, 3, 285. 1924. — ⁵ *Finkelburg*: Lehrbuch der Unfallbegutachtung der inneren und Nervenkrankheiten. 1920. — ⁶ *Hahn*: Dienstbeschädigung bei Paralyse. Vortrag Ref. Münchener medizinische Wochenschrift 1917, S. 1014. — ⁷ *Hauptmann*: Beeinflußt der Krieg den Ausbruch und Verlauf der Paralyse? Vortrag Ref. Münchener medizinische Wochenschrift 1917, S. 1024. — ⁸ *Heuck*: Wandlungen und Fortschritte in der Behandlung der Syphilis. Münch. med. Wochenschr. 1927, Nr. 36. — ⁹ *Jolly, Ph.*: Zur Statistik der Ätiologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 44. 1907. — ¹⁰ *Klieneberger*: Klinische Betrachtungen über die progressive Paralyse, Tabes und Lues cerebrospinalis und die Beurteilung äußerer Ursachen, insbesondere des Krieges bei diesen Erkrankungen. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 70. 1924. — ¹¹ *Kollmeier*: Krieg und progressive Paralyse. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 62. 1920. — ¹² *Pilez*: Noch einmal Krieg und progressive Paralyse. Wiener med. Wochenschr. 1918. — ¹³ *Rosanes*: Das exogene Moment bei der Tabes. Münch. med. Wochenschr. 1925, S. 680. — ¹⁴ *Stiefeler*: Über die Begutachtung der Folgezustände nach Encephalitis lethargica bei Kriegsbeschädigten. Münch. med. Wochenschr. 1927, S. 1620.