

Über einige nicht alltägliche Krankheitsvortäuschungen durch Selbstbeschädigung.

Von

Obermedizinalrat Dr. OTTO SEIBERT,
Strafanstalt Straubing.

Mit 2 Textabbildungen.

(Eingegangen am 20. August 1948.)

Es wäre ein großer Irrtum zu glauben, daß Krankheitsvortäuschungen und betrügerische Selbstbeschädigungen alle oder auch nur in der Mehrzahl eine Manifestation von Psychopathie oder Hysterie darstellen. Viel besser wird man der Sachlage gerecht, wenn man sie als eine Ausweichhandlung einfach registriert, ohne daran psychiatrische Folgerungen zu knüpfen. Man wird selbstverständlich in jedem derartigen Falle stets nach Merkmalen fahnden, die etwa auf eine psychopathische Konstitution hindeuten; unter den Voraussetzungen des erzwungenen Freiheitsentzuges (Untersuchungs- und Strafhaft, Internierung, Zwangserziehung) und des Militärdienstes wird man jedoch sehr oft ausgesprochen zielbewußte, energische und keineswegs theatralische Naturen unter den Simulanten antreffen. Angesichts der Ubiquität menschlicher Verstellungskunst zu allen Zeiten und in allen Situationen nimmt dies weiter nicht wunder. Der Soldat, der sich — ins unentrinnbare Zielfeuer des feindlichen Scharfschützen geraten — bis zum Eintritt der Dunkelheit nicht mehr bewegt, um dessen Aufmerksamkeit von sich abzulenken, der von Mordbuben überwältigte Wehrlose, der sich tot stellt, um jene zu täuschen: sie alle empfinden normal und handeln richtig, um das gefährdete Leben zu retten. Wer wollte sie deshalb zu Psychopathen stempeln? Ähnlich müssen viele Fälle von Krankheitsvortäuschungen und von betrügerischer Selbstbeschädigung gewertet werden: Reine, überlegte, keineswegs triebhafte Zweckreaktionen, frei von inadäquatem Geltungsdrang.

Ihre Erfindung und erstmalige Verwirklichung setzt einen nicht alltäglichen Grad von Intelligenz, Vorstellungskraft und Selbstüberwindung voraus, doch darf man allerdings nicht erkennen, daß selbst ein primitiver, sogar dummer Mensch die Technik ohne allzugroße Anforderungen an die eben erwähnten Eigenschaften nachzuahmen lernt, wenn sie ihm vom erfahrenen Simulanten erklärt oder gar gezeigt wird. Das ist der Grund dafür, daß solche Selbstbeschädigungen unter gewissen Umständen, z. B. in Haftanstalten, Lagern, Lazaretten

usw., zeitweise geradezu endemisch aufzutreten. Eine wesentliche Vor-
aussetzung derartiger „Endemien“ bildet natürlich die Gleichartigkeit
der unerwünschten Zwangsschicksale, aus denen die Solidarität der
betroffenen Personen erwächst; dieselbe Solidarität liegt ja auch den
Komplotten zugrunde. Hingegen sind die verfeinerten Täuschungs-
manöver vielmehr eine Domäne des gerissenen Einzelgängers, der
grundsätzlich auch seinen Schicksalsgenossen mißtraut, ihnen die
Vorteile mißgönnt, die mit „seinem Dessin“ zu erschleichen wären,
und der die Früchte seines Handelns lieber allein genießen will.

Unter den vielfältigen Krankheitsvortäuschungen nehmen die
artifiziellen Emphyseme in verschiedener Hinsicht eine besondere
Stellung ein, da sie gewisse Kenntnisse und eine subtile Technik er-
heischen, wenn sie unerkannt bleiben sollen.

Lufteinblasungen in den Hodensack sind schon lange in betrüge-
rischer Absicht unternommen worden, sie sind natürlich leicht zu
erkennen. Moderner und ungleich schwerer nachweisbar, da an einen
vorhandenen Krankheits- oder Defektzustand anknüpfend, ist die in
den letzten Jahren sich ausbreitende Methode der subcutanen In-
sufflation durch ältere Hautnarben oder Fisteln. Dabei macht sich
der Simulant die allgemein wenig beachtete Eigenschaft der Gefühl-
losigkeit alter Hautnarben zunutze und rechnet damit, daß der Arzt
die künstlich erzeugte Veränderung (Schwellung, Entzündung) in ur-
sächliche Beziehung zu der alten Narbe setzen bzw. ein spontanes
Wiederauffackern eines Narbenherdes vermuten wird. Unter den
primitiven Verhältnissen des Freiheitsentzuges geht die Ausführung
folgendermaßen vor sich: Der Simulant sticht sich mit einem spitzigen,
möglichst feinen Instrument (Nadel, Draht usw.) in die gefühllose bzw.
minder empfindliche Hautnarbe und bläst sogleich mit dem fest auf
die Haut angepreßten Munde seine Atemluft unter möglichst starkem
Druck in diesen Stichkanal hinein. Doch werden auch selbst gefertigte
oder präformierte Röhrchen aus Blech, Pappe, ferner besonders gerne
die Kiele von Vogelfedern dazu verwendet, die man direkt auf die
Stichöffnung aufsetzen oder gar in sie einführen kann. In ähnlicher
Weise werden vorhandene alte Wundfisteln benutzt.

Je nach Ort, Gewebe und Technik entwickelt sich dabei zunächst
eine derbe oder pralle Infiltration in dem Narbengebiete und dessen
Umgebung, welche zum Teil auf der unmittelbaren Gewebesspaltung
durch die eingepreßte Luft selbst beruht, zum Teil aber durch die ent-
zündliche Reaktion des Gewebes auf den Reiz, also durch reaktives
Ödem bewirkt wird. Ist die Luft einmal in die subcutanen Lymph-
spalten der Narbenumgebung vorgedrungen, so kann man bei aufmerk-
samer Palpation nicht selten eine flach-rundliche, feinknisternde Ver-
dickung des Unterhautzellgewebes fühlen oder eine größere Schwellung

auch sehen. Diese primären Schwellungen (Primäremphyseme) bilden sich überraschend schnell zurück, indem sie schon bis zum Abend spurlos verschwinden können, ohne Schaden anzurichten. Hat die Manipulation aber eine Infektion gesetzt, dann pflegt die Schwellung mehr oder weniger rasch zuzunehmen und sich auszubreiten; es tritt Rötung und Hitze, Schwellung der regionären Lymphdrüsen, schmerzhafte Bewegungseinschränkung und Fieber auf. Dann entwickelt sich meist eine subcutane Phlegmone, welche zum Fortschreiten und zur Nekrose neigt und ausreichende Spaltungen und Drainagen notwendig macht. Es gibt besonders raffinierte Schwindler, welche solche Entzündungen in der Nähe von Gelenken, besonders der Kniegelenke, erzeugen, so daß dann tatsächlich bedrohlich aussehende Bilder scheinbarer akuter Kniegelenksentzündung zustande kommen, ja es fehlen dann auch nicht die reaktive entzündliche Schwellung des periartikulären Gewebes und die reaktiven (kollateralen) Ergüsse in den Recessus und Schleimbeuteln. Bei genauerer Inspektion ist dann oft die ursächliche Selbstverletzung an den alten Narben längst nicht mehr auffindbar, welche sich erfahrungsgemäß überraschend schnell und unsichtbar zu schließen pflegt. Das darf angesichts des Faserreichtums von altem Narbengewebe, der eine lokale Infektion oder gar Entzündung an der Stichstelle selbst kaum zuläßt, eigentlich nicht wunder nehmen. Infektions- und reaktionsbereit ist ja das subcutane Fettgewebe außerhalb der eigentlichen Narbensubstanz. Beim operativen Einschnitt entleert sich meist eine mißfarbene, vorwiegend seröse, manchmal mit feinen Gasbläschen durchsetzte Brühe, die geruchlos oder jauchig-eitrig sein kann. Diese eigentümliche Eiterbeschaffenheit kann den mit solchen Selbstbeschädigungen nicht vertrauten Arzt zur Fehldiagnose „Gasödem“ verleiten. In Wirklichkeit ist es die eingeblasene Luft, welche im Falle der Infektion nicht mehr vom entzündeten Gewebe resorbiert werden konnte. Während der folgenden Tage und Wochen kommt es nicht selten zu umfangreichen subcutanen Nekrosen des Fettgewebes und der Faszie mit rahmigem oder jauchigem Eiter und Abstoßung größerer Gewebsfetzen, manchmal zu schweren Krankheitsbildern von septischer Prägung. Es kommt vor, daß derselbe Patient sein Manöver kürzere oder längere Zeit nach Eintritt der Heilung wiederholt, ja sogar mehrmals nacheinander.

Geradezu typisch für diese Fälle ist es, daß diese Veränderungen nur an den dem Simulanten selbst erreichbaren Körperstellen auftreten. Es eignen sich dazu besonders die erreichbaren Partien der Beine und Arme, besonders die an subcutanem Fettgewebe reicher Stellen an der distalen Vorderfläche der Oberschenkel. An Nacken, Rücken, Gesäß habe ich wenigstens diese Zustände noch nie gesehen. Es wäre durchaus denkbar, daß sie von einer Hilfsperson auch dort

erzeugt werden könnten, jedoch wird das im Gefängnis jedenfalls kaum geschehen, weil der Häftling seinen Mitgefangenen nicht so viel Vertrauen entgegenzubringen pflegt, und weil er für sich selbst in der Strafhaft kaum je Gelegenheit finden dürfte, sich einer Injektionspritze zu bedienen. Somit bleibt er auf die seinen Augen und seinem Munde — direkt oder vermittelst eines Röhrchens — zugänglichen Körperteile angewiesen.

Eine ganz neue, mir selbst bisher unbekannte und auch in der mir zugänglichen Literatur nirgends erwähnte Methode betrügerischer Selbstbeschädigung konnte ich in den beiden letzten Jahren mehrfach beobachten und aufklären. Es handelt sich dabei um umschriebene Anschwellungen des Gesichtes und Halses, welche je nach Intensität und Ausdehnung bald mehr einem QUINCKESCHEN Ödem, bald mehr einem Mumps ähneln und die durch Einpressen von Luft von der Mundhöhle aus erzeugt werden. Ihre Diagnose gibt dem Kundigen keine Rätseln auf, hingegen kann die Überführung der Schwindler sehr große Schwierigkeiten bereiten. Die Technik besteht im allgemeinen darin, daß der Simulant winzige Einstiche an verborgenen Stellen seiner Mund- oder Rachenschleimhaut vornimmt, meist hinter den letzten Backenzähnen, und bei zugehaltener Nasenöffnung sogleich die in Mund- und Nasenhöhle eingeschlossene Luft unter Druck setzt, ähnlich wie beim VALSALVASCHEN Versuche. Binnen wenigen Minuten verbreitet sich die durch die Stichkanäle eingepreßte Luft im subcutanen und interstitiellen Bindegewebe und gelangt in diesen Gewebsspalten in die Fossa retromaxillaris und in das Trigonum submaxillare, weiterhin eventuell in den Wangen bis in die Augenlider und diffus am Halse entlang abwärts. Die Ohrläppchen werden durch die Gewebsspannung abgedrängt wie bei einem Mumps. Bis zur Aufsaugung dieses Weichteilemphysemes vergehen mehrere Tage. Trotzdem weisen dieselben nur in den ersten Stunden nach der Entstehung das bekannte Phänomen des Knisterns bei der Betastung auf, es läßt sich auch öfters lufthaltiger Perkussionsschall nachweisen. Das Röntgenbild zeigt die netz- oder wabenartig auseinander gedrängten Gewebsspalten sehr schön. Außerdem ist das Fehlen echter sonstiger Krankheitszeichen, wie Fieber, Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes, Versiegen der Speichelsekretion, infektiöses Blutbild usw. ein zuverlässiges Leitsymptom: denn gerade die im übrigen negative Symptomatik läßt eine echte Parotitis oder ein entsprechend schweres QUINCKESCHES Ödem oder eine Parulis mit Sicherheit ausschließen. Findet man weiterhin noch mit dem Zahnspiegel die versteckten Stichverletzungen der Mund- oder Rachenschleimhaut etwa an Stellen, an denen Spontanverletzungen beim Kauen erfahrungsgemäß nicht vorkommen, und ertappt man den Patienten bei gründlicher Visitation von Kleidern, Bett, Nachttisch

usw. im unmotivierten Besitz von Nadeln (etwa gar von ausgeglühten!) und eines Spiegels, so ist meist der schlüssige Beweis für die artifizielle Erzeugung der Schwellungen erbracht.

Es gibt aber sogar Künstler, welche dazu weder Instrumente noch Selbstverletzungen anwenden und welche ohne jedes Hilfsmittel einen geradezu klassischen Lokalbefund der Parotitis epidemica vorzutäuschen vermögen, wie ich das kürzlich bei einem Strafgefangenen erlebt habe. Dieser Mann preßt nämlich die Luft unmittelbar retrograd in seine beiden Ohrspeicheldrüsengänge und in die Drüsen selbst hinein, mit dem Ergebnis, daß die erzeugte prallderbe Schwellung genau auf



Abb. 1. Luftgeblähte Parotisdrüsen.



Abb. 2. Normales Aussehen.

die Parotiden begrenzt bleibt und das Zustandsbild ganz verblüffend einem Mumps gleicht. Der lufthaltige Klopfschall und das Emphysemknistern bleibt hier natürlich genau innerhalb der topographischen Grenzen der Drüsen und es läßt sich in den ersten Stunden ein wenig wäßriger Schaum aus den Ausführungsgängen herausmelken. Auch hier ist die Mundfeuchtigkeit normal und krankhafte Allgemeinsymptome fehlen. Das technisch leider nicht wohl gelungene Lichtbild zeigt das typische Mumpsgesicht mit den abstehenden Ohrläppchen, der Röntgenfilm ließ die beiden luftgefüllten Parotiden und deren geblähte Ausführungsgänge deutlich erkennen. Epikritisch betrachtet ist die eigene Anamnese des Simulanten recht lehrreich: Er war nämlich wegen seiner hartnäckig immer wiederkehrenden „Speicheldrüsentzündung“ als Soldat von 1942 bis zum Kriegsende dauernd in Wiener Reservelazaretten gehalten worden!

Diese Anamnese hat mir einen wesensverwandten Fall von raffinierter Simulation während des letzten Krieges jetzt wieder ins Gedächtnis zurückgerufen. Der betreffende Wehrmachtsangehörige, ein

älterer Reservist, hatte sich damit über 3 Vierteljahre lang in einem internistischen Fachlazarett Norddeutschlands halten können. Er erzeugte mittels heimlicher Umschnürungen seines Oberschenkels ein einseitiges chronisches Stauungsödem des Beines. Dieses artifizielle Ödem wurde zuerst vom Truppenarzt, sodann im genannten Reserve-lazarett ungefähr 1 Jahr lang als „Thrombose“ und „Thrombo-phlebitis“ aufgefaßt, wie die umfangreiche Krankengeschichte auswies. Die dortige Behandlung bestand in Lagerung, Umschlägen, Zinkleim-verbänden und Bestrahlungen. Gleichzeitig „litt“ der Soldat aber auch noch an „schweren, rezidivierenden Darmblutungen“, infolge „chronischer Colitis“; er erhielt deshalb dort sogar mehrere Blut-transfusionen. Wegen der Schwere und Unheilbarkeit der Erkrankung wurde er schließlich ins Heimatlazarett verlegt. Hier konnte gleich am zweiten Tage unter dem Zinkleimverband die verborgene Schnürfurche am Oberschenkel entdeckt und das dazu benutzte Schnürband sichergestellt werden. Um trotzdem noch weiter als krank zu gelten und im Lazarett bleiben zu dürfen, „bekam“ er am folgenden Tage prompt wieder „seine“ profuse Darmblutung, die er auf dem Klosett demonstrativ in eine Leibsüssel entleerte. Sofortige Rektoskopie deckte in der Ampullenwand genau gegenüber der Sphincteröffnung 2 oder 3 dicht beisammenstehende, stecknadelkopfkleine, noch frisch blutende Schleimhautverletzungen auf, deren Umgebung nicht die geringsten Reaktionserscheinungen aufwies, ebenso wie sich auch die gesamte übrige Rectumschleimhaut überall als normal und frei von Entzündungszeichen präsentierte. Desgleichen fehlten Fissuren oder Hämorrhoiden. Die Visitation förderte einen noch mit frischen Blutspuren behafteten Taschenspiegel und einen blutbeschmierten, harten, dünnen Draht zutage, welche der Patient in seinem Bette versteckt hatte.

Beten möchte ich ausdrücklich, daß keiner der bisher erwähnten Simulanten ein Psychopath oder sonst geistig abnorm war.

Zuweilen lassen sich Ärzte bei der Auskultation der Lungen durch absichtlich mittels Kehlatmung erzeugte giemende Rhonchi täuschen, wie es öfters bei militärischen Tauglichkeitsuntersuchungen und in Gefängnissen vorkommt. Der Horchbefund ist manchmal von demjenigen einer echten Bronchitis sicca nicht zu unterscheiden. Erst die erneute Behorchung unter sicherem Ausschluß der Mundatmung klärt dann den Sachverhalt auf.

Die in den letzten Jahren zur Mode gelangten Vortäuschungen von Gelbsucht bedeuten ein recht unerquickliches Vermächtnis des letzten Krieges. Merkwürdigerweise werden nicht wenige Ärzte getäuscht. Die Kenntnis der Methode verdanken die ehemaligen Wehrmachtsgeschäftigen usw. der Atebrinbehandlung der Kriegsmalaria, und gar

manche von ihnen haben damit schon während des Krieges betrügerischen Mißbrauch getrieben. Auch Trypaflavin und Rivanol werden, wenn auch seltener, zu diesem Zwecke benutzt. Wahrscheinlich gibt es noch andere gelbfärbende Chemikalien, die sich dafür eigneten. Pikrinsäure kommt, da toxisch, dafür nicht in Betracht. Vorläufig aber befindet sich wohl noch mehr als genug Atebrin in Händen, für die es nicht bestimmt ist. Der Verdacht auf einen solcherweise künstlich hervorgerufenen Pseudoikterus muß dem Arzt schon bei der Betrachtung im Tageslicht auftauchen wegen der eigentümlichen, nicht ganz genau hepatischen Nuance der Gelbfärbung in Verbindung mit dem guten Allgemeinzustand. Perkussion und Palpation des Bauches (Leber), vor allem aber die Beschaffenheit des Harnes wird diesen Verdacht verdichten. Denn der Harn ist dabei zwar intensiv gelb und fluoreszierend, aber niemals bierbraun, wie er es bei einer so intensiven Gelbsucht doch sein müßte, und alle Gallenfarbstoffproben fallen normal aus. Die chemische Untersuchung, welche am zweckmäßigsten von einer staatlichen chemischen Untersuchungsstelle angestellt wird, läßt *in den ersten Tagen* nach der Einverleibung den Farbstoff qualitativ nachweisen; dies zu wissen ist deshalb wichtig, weil eine später gewonnene Harnprobe erfahrungsgemäß schon negativ ausfallen kann, obwohl die künstliche Gelbfärbung des Körpers noch viele Tage länger andauert; ein negatives Untersuchungsergebnis bedeutet *dann* also nichts mehr.

Nicht allein im Rahmen der Simulationsmethoden, sondern auch als ein pathophysiologisches Experiment betrachtet, stellt die absichtliche Erzeugung von Gesichts- und Körperödemen durch unmäßiges löffelweises Salzessen, wobei innerhalb weniger Tage unter Umständen 1 Pfund Kochsalz und mehr geschluckt und vielliterweise Wasser nachgetrunken wird, ein besonders interessantes Betrugssphänomen dar. Verständlicherweise wird dabei fast gar keine Nahrung mehr verlangt und vertragen. Diese artifiziellen Salzödeme sind von Mangelödemen zunächst nicht sofort zu unterscheiden, zumal diese Leute natürlich auch rasch an Kräften herunterkommen. Die Eiweißproben und Sedimentbefunde des Harnes fallen bei diesen beiden Formen des Ödems negativ aus. Es fehlen auch besondere oder erhebliche Abweichungen an den Kreislauforganen. Silbernitratlösung zur Titration des ausgeschiedenen Kochsalzes steht heute nicht zur Verfügung. Man tut deshalb praktisch am besten daran, solche Leute streng zu isolieren, so daß sie auf gar keine Weise zusätzlich bzw. unkontrolliert Salz und Flüssigkeiten über das vom Arzt festgesetzte Maß hinaus erlangen können. Dann sind die „Salzödeme“ der Häftlinge innerhalb weniger Tage restlos verschwunden, auch ohne daß eine besondere Diät verabreicht wurde. Dies und das Fehlen von Kreislaufveränderungen

läßt zusammen mit dem negativen Harnbefunde ein echtes Hungerödem oder eine echte nephrogene oder kardiale Erkrankung sicher ausschließen, selbst wenn unsere gegenwärtige Armut eine quantitative Kochsalzbilanz nicht gestattet.

Früher wurden nicht selten tuberkulöse Drüseneiterungen durch subcutane Injektionen von Erdöl vorgetäuscht, um Haftunfähigkeit zu demonstrieren. Die solcherweise erzeugten Abscesse und Fisteln waren überaus hartnäckig und unterschieden sich äußerlich oft kaum von tuberkulösen, ja sogar aktinomykotischen Prozessen, sobald die akute Reizung abgeklungen und das Erdöl ausgestoßen war. Nach überaus langwierigem Verlaufe kam es endlich zu sehr entstellenden Narben. Diesem Umstande und der Schmerhaftigkeit des Verfahrens dürfte es zuzuschreiben sein, daß die Petroleumabscesse seit mehr als 10 Jahren allmählich aus der Mode geraten sind.

Schon im ersten Weltkriege haben sich Soldaten künstlich fremden Trippereiter in die eigene Harnröhre eingimpft und sich durch solche immer wiederholte Impfgonorrhoe Jahr und Tag dem Kriegsdienst entzogen, auch Strafgefangene wenden diese Methode gelegentlich an.

• Sogar fremdes Sperma ist schon hier und da bei Vaterschafts- und Ehestritten untergeschoben worden. Ein Mann, dessen erste Untersuchung des mitgebrachten eigenen Spermias eine Azoospermie ergeben hatte, der aber unbedingt als „ehetauglich“ testiert werden wollte, wurde auf seinen Einspruch gegen den Erstentscheid erneut vorgeladen; er sollte diesmal das Ejakulat zur Vitalitätsprüfung gleich in der Untersuchungsstelle produzieren. Im Nebenzimmer rücksichtsvoll allein gelassen, entleerte er fremdes Sperma, das er diesmal vorsorglich in einem Condom körperwarm in seinem Munde mitgebracht hatte, in die Glasschale und übergab es dem Gerichtsarzte als sein eigenes! Ein nicht weniger unappetitliches, dabei gefährliches Pendant hierzu leistete sich ein Betrüger, welcher — er wußte bereits, daß man ihm mißtraute — das Sputum eines Offentuberkulösen in den Mund nahm und es sodann vor dem untersuchenden Arzte „frisch aushustete“.

Erstaunlicherweise finden Schwindler aber sogar mit ganz primitiven Betrugsmethoden vertrauensselige Opfer unter den Ärzten: Künstliches Hochtreiben des Fieberthermometers, Vortäuschung schwerer chronischer Durchfälle durch einfaches Verrühren des Kotes mit Harn oder Wasser, artifizielle Blutbeimischungen zu Harn, Kot und Auswurf, Zuckerzusatz zum Harn usw. sind beliebt; auch das Unterschieben fremden tuberkulösen Sputums, fremder Röntgenaufnahmen, Elektrokardiogramme und anderer Krankenblattbeilagen gefährden die eigene Gesundheit nicht direkt und sind schmerzlos. Eine größere Selbstbeherrschung erfordert die Vortäuschung von Nervenlähmungen und Gliedversteifungen und -verkürzungen, von

Nervenanfällen, Zittern, Stottern, Blindheit und Taubheit. Beträchtliches an Selbstüberwindung dürften aber die meisten erheblichen und viele fortgesetzten Selbstbeschädigungen schmerzhafter Art voraussetzen, wie z. B. manche absichtliche Heilungsverzögerungen an Wunden und Fisteln durch Einreiben mit Salz oder Mörtel und das Einbringen von Textilfasern, Erde, Glassplittern, Holzsplittern, Draht und anderen Fremdkörpern, auch das Einbringen von Kalkmörtel oder Kopierstift in den Bindegewebsack und anderes mehr. Manche „wiederaufgebrochenen Kriegswunden oder Erfrierungen“ sind in Wirklichkeit künstlich erzeugt durch Andrücken der Körperteile an Heizkörper, eventuell mit nachfolgender Salzeinreibung; gewiegte Simulanten kommen damit erst dann zum Arzt, wenn die typischen Initialstadien der Verbrennung bereits einem uncharakteristischen Zustand der Hautnekrose oder der entzündeten Hautwunde Platz gemacht haben.

Das Fremdkörperschlucken, eine seit alters geübte Methode, um angebliche Haftunfähigkeit glaubhaft zu machen, will ich nur deshalb erwähnen, weil nur die allerzwingendste, eindeutig vitale Indikation den Anlaß zu operativem Eingreifen abgeben sollte; pflegen doch die allermeisten verschluckten Fremdkörper unter cellulosereicher Kost spontan abzugehen, wenn sie nicht über groß oder sperrig geformt sind. Auch an die Krankheitszustände, welche durch das Einführen von allerlei Fremdkörpern in die natürlichen Körperöffnungen hervorgerufen werden — sei es zu simulatorischen Zwecken oder aus psychopathologischen Gründen —, möchte ich nur der Vollständigkeit halber erinnern.

Das Ziel, das ein Häftling mit seinen Vortäuschungen im Auge hat, ist ja klar: er will Ausnahmenvorteile erzwingen. Vor allem möchte er als haftunfähig gelten und deshalb in ein öffentliches oder wenigstens in das Gefängnishospital eingewiesen werden, wo er im Vergleich mit dem regulären Haftvollzuge einer Reihe von Annehmlichkeiten teilhaftig wird und wo er vielleicht die geplante Flucht leichter zu bewerkstelligen hofft. Ähnlich verständliche Ziele verfolgt der dienstscheue Soldat, der unzufriedene Versicherte und der Rentenjäger. Einen geistigen Defekt setzt solches Handeln aber keineswegs voraus.

Obermedizinalrat Dr. OTTO SEIBERT, (13a) Straubing, Strafanstalt.