Ueber Simulation und ihre Entlarvung in der Unfallchirurgie.

Von G. Ledderhose in Straßburg i. E.

Die Frage, in welchem Umfange Unfallverletzte den ärztlichen Untersucher über ihren körperlichen Zustand zu täuschen versuchen, hat häufig deshalb eine präzise Beantwortung nicht gefunden, weil man sich zu streng an die sozusagen wissenschaftliche Definition der Bezeichnungen Simulation und Aggravation gehalten hat. Definiert man Simulation als die bewußte Vortäuschung überhaupt nicht bestehender Krankheitszustände oder Beschwerden, so muß man, wie ich dies auch selbst schon mehrfach öffentlich betont habe, zu der Ansicht gelangen, daß uns diese echte Simulation in der Unfallchirurgie nur selten begegnet. Und versteht man unter Aggravation die jedem Menschen angeborene Neigung, bei der Schilderung von körperlichen Beschwerden, zumal dem Arzte gegenüber, zu übertreiben, so kann es geschehen, daß man über die Aggravation der Unfallverletzten als etwas fast Selbstverständliches zu leicht hinweggeht. Dasjenige aber, was dem in der Unfallchirurgie ausgiebig tätigen Arzt fast täglich in peinlicher Weise entgegentritt und ihm gelegentlich sein Arbeiten zu verleiden geeignet ist, liegt auf dem Gebiete bewußter Täuschungsversuche von seiten der Untersuchten, wofür die scharf definierte Bezeichnung Simulation nicht paßt oder zu streng ist, während Aggravation einen zu milden Ausdruck bedeutet. Nun hat aber der Sprachgebrauch sich längst dahin entschieden, die enge Begrenzung der Bezeichnung Simulation aufzugeben und denjenigen einen Simulanten zu nennen, welcher in bewußter Weise über das Maß seiner Erkrankung oder seiner Beschwerden zu täuschen sucht. In diesem Sinne ist Simulation bei männlichen und weiblichen Unfallverletzten leider sehr verbreitet, und die Siebung, welche die Genossenschaften vornehmen, indem sie aus der Masse der Rentenanhänger oder -empfänger die schwierigeren und zweifelhaften Fälle gewissen ärztlichen Untersuchungszentren zuweisen, bringt diese nur allzu oft mit Simulanten der geschilderten Art in Berührung.

Bezüglich der Häufigkeit der Simulation kann man verschiedene Kategorien von Unfallverletzten unterscheiden. Wird nach Abschluß der ersten Behandlung oder der medikomechanischen Nachbehandlung der Entlassungsstatus festgestellt, so begegnet man oft einer gewissen Verzagtheit und pessimistischen Auffassung über das Maß der wiedererlangten Leistungsfähigkeit, welche auch zu Täuschungsversuchen betreffs der noch bestehenden Unfallfolgen Anlaß geben kann; doch ist der Verletzte in diesem wichtigen Uebergangsstadium von der ärztlichen Behandlung zur Arbeitsübernahme nicht selten von so schwerwiegenden sozialen Sorgen und auch von nervösen Einflüssen beherrscht, daß man mildernde Umstände für eine zutage tretende Unzuverlässigkeit seiner Angaben gelten lassen kann. Wenn es sich aber darum handelt, eine abgelehnte Rentenbewilligung, zumal in den höheren Instanzen, zu erkämpfen, oder wenn der Verletzte befürchten muß, durch die ärztliche Untersuchung seiner bisherigen Rente teilweise oder ganz verlustig zu gehen, oder wenn ein Aspirant auf die Invalidenrente genau weiß, daß von dem Ausfall der Untersuchung die Bewilligung oder Verweigerung der Rente abhängt, unter diesen Umständen wird wohl in der Mehrzahl der Fälle in mehr oder weniger offenkundiger Weise simuliert, d. h. es wird versucht, den Untersucher über das Maß der Beschwerden, über die lokale und allgemeine Funktionsfähigkeit zu täuschen. Am wenigsten Wahrheitsliebe finde ich immer bei solchen Personen, welche sehr verspätet sich bemühen, etwa eine Tuberkulose, einen Tumor oder ein Ulcus cruris in ursächlichen Zusammenhang mit einem zweifelhaften Unfall zu bringen. Aber gerade in diesen Fällen ist den Patienten sehr oft, wenn sie zum Arzt kommen, bereits das Bewußtsein der Unwahrheit ihrer Angaben verloren ge-

gangen, nachdem sie vorher aus eigenem Empfinden und durch fremde Einwirkung ein gefälschtes Bild von der Sachlage konstruiert hatten. Man darf deshalb auch nicht von jedem Unfallverletzten, welcher unwahre Angaben macht, ebenso wenig wie von jedem Zeugen vor Gericht in gleicher Lage, voraussetzen, daß er im Augenblicke seiner Aussage in bewußter Weise täuscht; es kann vielmehr das Stadium des Bewußtseins in ein solches des Unbewußten übergegangen sein.

Wenn ich oben gesagt habe, daß unter bestimmten Verhältnissen die Simulation bei den Unfallverletzten sehr häufig festzustellen ist, so soll damit kein einseitiger Vorwurf der versicherten Arbeiterklasse gegenüber erhoben werden, vielmehr wird jeder, der in die Lage kommt, häufiger für private Versicherungsgesellschaften oder für die Zivilgerichte Rentenansprüche wegen körperlicher Schädigungen zu begutachten, zugeben, daß die Simulation als Mittel zum Zweck in jeder Gesellschaftsklasse floriert.

Daß eine sorgsame Beobachtung der Verletzten während der Zeit der Krankenhausbehandlung, daß eine auf Grund reicher Erfahrung und in möglichst gerechter Weise erfolgende Abschätzung der Unfallfolgen der Simulation wirksam vorzubeugen imstande sind, ist selbstverständlich, besonders aber erwarte ich von der Verallgemeinerung der Uebernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaften vor der dreizehnten Woche einen merklichen Rückgang der Simulation. Es würde mich zu weit führen, wollte ich noch weiter darauf eingehen, welche bei der Durchführung der sozialen Gesetze sich geltend machenden Momente geeignet erscheinen, die Simulation groß zu ziehen und zu fördern, und in welcher Weise hier im einzelnen Wandel geschaffen werden könnte.

Wenn ich mich der Frage zuwende, durch welche Mittel der simulierende Unfallverletzte entlarvt werden kann, so muß ich an die Spitze die eingehende sachkundige Untersuchung stellen. Wird ein genauer Vergleich zwischen gesunder und verletzter Seite durch Inspektion, Palpation, Umfangs- und Winkelmessung, sowie durch Funktionsprüfung vorgenommen, so steht der Verletzte häufig ohne weiteres von dem inszenierten Täuschungsversuch ab, oder der Untersucher überzeugt sich, ohne daß er zu speziellen Mitteln zu greifen braucht, die ihn vor Täuschung schützen sollen, in zweifelfreier Weise, daß simuliert wurde. Von diesen Mitteln aber ist das wertvollste und unentbehrlichste die Beobachtung des Verletzten vor und nach der Untersuchung. Im Krankenhaus, wo in der Regel mehrere Verletzte gleichzeitig untersucht werden und mehrere Aerzte an den Untersuchungen teilnehmen, läßt sich die unauffällige Beobachtung naturgemäß leichter und wirksamer durchführen als im Sprechzimmer des Arztes. Die Art, wie der Verletzte die Kleider und die Schuhe aus- und anzieht, wie er den Untersuchungstisch besteigt und wieder verläßt, wie er beim Sprechen gestikuliert, wie er sich fortbewegt, vervollständigt oft in entscheidender Weise das durch die Untersuchung gewonnene Bild. Unumgänglich scheint mir in zahlreichen Fällen die Beobachtung des Verletzten auf der Straße bezüglich seiner Gehfähigkeit zu sein; es ist erstaunlich, wie häufig Verletzte, die, wenn sie im Zimmer ihre Gangart demonstrieren sollen, stark hinken, sich auf einen Stock stützen und Gelenke steif halten, sobald sie sich auf der Straße unbeobachtet glauben, den Stock unter den Arm nehmen und flott daherschreiten, als wenn die Beine in tadellosem Zustande wären. Das Pflegepersonal im Krankenhaus an der Beobachtung der aufgenommenen Verletzten bezüglich der Glaubwürdigkeit ihrer Angaben teilnehmen zu lassen, erscheint mir nur in ganz seltenen Ausnahmefällen zulässig, noch weniger kann ich es gutheißen, wenn den der Simulation verdächtigen Patienten Wärter etwa zur Bahn nachgeschickt werden, um sie unauffällig zu beobachten. Man sieht gelegentlich Gutachten, die sich auf derartige Wahrnehmungen stützen. Ueberhaupt halte ich es für angezeigt, daß der untersuchende Arzt sich in bezug auf die Fahndung nach Simulation und auf Entlarvungsversuche in gewissen Grenzen hält. Selbstverständlich wird man bei jeder Untersuchung zu prüfen haben, ob die vorgebrachten Klagen, ob die gemachten Angaben, ob die de-

monstrierten Funktionsstörungen tatsächlich begründet sind; dabei braucht der Verletzte aber garnicht zu merken, daß der Arzt ihm eine gewisse Skepsis entgegenbringt. Im allgemeinen muß entschieden das Vertrauensverhältnis, wie es zwischen Arzt und Patient bestehen soll, auch bei den Unfalluntersuchungen aufrecht erhalten bleiben, und die Untersuchungen dürfen nicht einen inquisitorischen Charakter annehmen oder der Vernehmung eines Angeschuldigten durch den Untersuchungsrichter ähnlich werden. Ich habe immer den Standpunkt vertreten, lieber einmal einen raffinierten Simulanten „durchschlüpfen“ zu lassen, als sich bei den Untersuchungen der Unfallverletzten zu sehr von den rein ärztlichen Grundsätzen zu entfernen. Unliebsame Mittel und Erörterungen lassen sich in verdächtigen Fällen dadurch am sichersten vermeiden, daß mehrtägige Beobachtung in einem Krankenhaus eingeleitet wird. Dabei ergibt sich fast immer ohne weiteres und, ohne daß irgendwelche Zwangsmaßnahmen angewendet zu werden brauchen, was objektiv begründet und was simuliert ist.

Die in der Unfallchirurgie gesammelten Erfahrungen müssen zweifellos zu großer Vorsicht in bezug auf die Annahme von Simulation solchen behaupteten Beschwerden gegenüber führen, für deren Erklärung jeder objektive Befund fehlt. Ist es doch häufig vorgekommen, daß krankhafte Symptome solange für simuliert angesehen wurden, bis die fortschreitende Wissenschaft, z. B. auf radiographischem Gebiet, zugunsten der Verletzten entschied. Und wie zahlreiche Unfallverletzte, die an funktionell-nervösen Unfallfolgen leiden, werden noch heute für Simulanten erklärt! Darum halte ich es nicht für berechtigt, Simulation per exclusionem zu diagnostizieren, vielmehr muß der positive Nachweis erbracht sein, daß der Betreffende sich der Simulation schuldig gemacht hat.

Jeder erfahrene Unfallarzt hat sich im Laufe der Zeit manche Modifikationen der bekannten Untersuchungsmethoden herausgebildet, die ihn vor Täuschungen durch die Verletzten schützen sollen, ohne daß es sich lohnt, diese Verfahren bekannt zu geben. Ich will in folgendem auch nur solche zur Entlarvung von Simulanten dienliche Methoden besprechen, die vielleicht allgemeineres Interesse beanspruchen können.

Es wird viel darüber geklagt, daß es so schwer sei, objektiv festzustellen, ob an Stellen, die von den Verletzten als schmerzhaft bezeichnet werden, tatsächlich Schmerzen zustande kommen. Wenn es sich darum handelt, ob Schmerzhaftigkeit erheblichen Grades besteht oder nicht, so kommt man durch die in mehrfacher Richtung variierte Untersuchung doch meist zu einem richtigen Urteil, während man allerdings bezüglich nur mäßiger oder geringgradiger Schmerzen oft auf die Glaubwürdigkeit des Untersuchten allein angewiesen bleibt. Die Beschleunigung des Pulses oder die Erweiterung der Pupillen bei Druck auf tatsächlich schmerzhaft Stellen sind gewiß wertvolle Symptome; bleiben sie aber aus, so ist es absolut nicht angängig, das Bestehen von Schmerzhaftigkeit zu leugnen; Prüfung der angeblichen Druckschmerzhaftigkeit bei abgelenkter Aufmerksamkeit, Prüfung der bekannten Druckpunkte der sensibeln Nerven, vor allem Beobachtung der mit den angeblich schmerzhaften Körperteilen ausgeführten Bewegungen lassen doch, wie gesagt, in den meisten Fällen nicht im Stich.

Mit am schwierigsten gestaltet sich die Aufgabe, tatsächlich begründete Beschwerden von simulierten zu unterscheiden, nach Kopfverletzungen. Einmalige Untersuchung reicht hier häufig nicht aus, sie muß vielmehr wiederholt oder durch mehrtägige stationäre Beobachtung ergänzt werden. Die Untersuchung hat immer zunächst zu entscheiden, ob organische Veränderungen des Gehirns oder der Sinnesorgane anzunehmen oder auszuschließen sind, dann ist zu prüfen, ob aus dem Verhalten der Reflexe, der Sensibilität oder der Herzaktion auf das Bestehen einer funktionellen Erkrankung geschlossen werden kann. Sind etwa für Neurasthenie charakteristische, allgemeine Symptome gegeben, so wird man in der Beurteilung der vorgebrachten Klagen sehr vorsichtig sein müssen und sich nur bei klarer Sachlage für Simulation entscheiden dürfen. Am meisten ist gerade bei Kopfverletzten der allgemeine

Eindruck zu verwerten: ein Verletzter, der leidend aussieht, der ununterbrochen klagt, schlecht schläft, nicht richtig ißt, sich im Krankenhaus isoliert hält und immer verstimmt ist, der dürfte nicht so leicht in den Verdacht kommen, zu simulieren.

Nach Verletzungen der Brust oder des Rückens ist der Versuch, den Untersucher über die Intensität der Unfallfolgen zu täuschen, dadurch erleichtert, daß so ungemein häufig bei Personen der arbeitenden Klasse, wenn sie das mittlere Lebensalter erreicht oder überschritten haben, Asymmetrien und Formveränderungen an den Rippen, dem Brustbein und der Wirbelsäule gefunden werden, deren Deutung große Schwierigkeiten macht. Folgen von in der Jugend durchgemachter Rachitis, von langdauernder, abnormer Belastung, von Altersveränderungen, von chronisch-entzündlichen Prozessen sind wir meist nicht imstande, scharf von Unfallfolgen zu trennen; und wenn man weiter bedenkt, daß die genannten Abweichungen von der Norm lange Zeit symptomlos bestehen, aber durch einen Unfall in ernste Krankheitsbilder umgewandelt werden können, so begreift es sich, daß der Begutachter in solchen Fällen nicht selten außerstande ist, den Einfluß des Unfalles auf die Erwerbsfähigkeit genau zu präzisieren. Sind nun gar noch, wie so häufig, funktionell-nervöse Störungen vorhanden, so muß zuweilen der allgemeine Eindruck, den der Untersucher von dem Verletzten bekommt, entscheiden. Werden bei Leuten, die über lebhaft Beschwerden nach Kontusionen des Thorax klagen, keine Zeichen von Rippenfrakturen gefunden, erweisen sich beide Brusthälften auf Druck als in gleichem Maße elastisch, verhalten sich die Brustorgane gesund, sind besonders die unteren Lungenränder bei der Atmung frei verschieblich, tritt keine Störung der Beweglichkeit des Rumpfes zutage und zeigen die Druckpunkte der Inter-costalnerven keine vermehrte Empfindlichkeit, so darf man wohl das Bestehen wesentlicher Beschwerden in Abrede stellen.

Wenn bei Nachuntersuchungen bezüglich der Folgen von Rückenverletzungen über die Intensität der geklagten Beschwerden und Funktionsstörungen Zweifel auftauchen, so pflege ich stets besonderen Wert auf die Vorgeschichte zu legen. Ist der Verletzte abgestürzt, war er bewußtlos, mußte er von der Unfallstelle fort in das Bett getragen werden, war ein vielwöchentliches Krankenlager notwendig und bestanden gar krankhafte Erscheinungen von seiten des Rückenmarkes, dann wird man sich nicht darüber wundern dürfen, wenn noch jahrelang ernstere Störungen sich geltend machen. Im übrigen ergibt die Prüfung der Nervendruckpunkte, die Feststellung der Gestalt der Wirbelsäule und ihrer Beweglichkeit, besonders auch in seitlicher Richtung, ferner die Untersuchung darauf, ob die Wirbelsäule verkürzt ist und ob deshalb eine abnorme Annäherung der untersten Rippen an die Beckenkämme stattgefunden hat, endlich das Verhalten des Verletzten beim Aus- und Ankleiden, beim Aufheben von Gegenständen vom Boden, beim Niedersitzen auf den Boden und Wiederaufstehen fast immer eine bestimmte Auskunft darüber, ob erhebliche Beschwerden tatsächlich bestehen.

Bei langdauernden Rückenbeschwerden mit auffallendem Rückgang des Allgemeinbefindens darf man nie die Möglichkeit einer schleichenden Wirbeltuberkulose außer acht lassen. Ich kenne Fälle, wo Patienten unter diesen Bedingungen so lange irrtümlich für Simulanten erklärt wurden, bis ein kalter Abszeß als Entlastungszeuge zum Vorschein kam.

An keinem Gelenk ist es relativ so leicht, eine Bewegungshemmung vorzutäuschen, und geschieht dies auch so häufig wie am Schultergelenk. Kommt der Untersucher bei dem stehenden oder sitzenden Verletzten nicht zu einem bestimmten Urteil, so empfiehlt es sich, die Rückenlage einnehmen zu lassen. Simulanten lassen sich oft dadurch leicht überführen, daß man sie auffordert, sich zu bücken und die Arme gerade nach vorn auszustrecken; dabei kann dann die normale Streckfähigkeit des Armes im Schultergelenk zum Vorschein kommen. Oder man ergreift ganz leicht die beiden Hände des Verletzten und versucht, während er der Aufforderung, sich zu bücken, Folge leistet, dieselben ad maximum zu erheben. Bei den übrigen Gelenken des Armes und auch bei den Fingergelenken kann man sich wohl stets durch entsprechend lange und viel-

seitige Prüfung vor Täuschung schützen. Wenn geklagte Schmerzen sich nicht durch Druckschmerzhaftigkeit der Nervenstämmen erklären lassen, wenn krankhafte Veränderungen an den Gelenken fehlen und die Muskeln gut entwickelt sind, so darf man die Glaubwürdigkeit des Verletzten anzweifeln. Bei der Feststellung der Handkraft wird vielfach simuliert. Ich habe gefunden, daß sich in Fällen, wo am Dynamometer ohne plausiblen Grund kein Ausschlag erzielt wird, zuweilen eine ganz respektable Handkraft produzieren läßt, wenn man die Hand des Verletzten wie zum Händedruck ergreift und selbst einen langsam steigenden Druck ausübt. Dies pflegt bei dem Untersuchten einen mehr oder weniger starken Gegen- druck auszulösen. Daß man spastisch-hysterische Muskelkontrakturen am Arm oder Tremor der Hände für längere Zeit nicht zu simulieren vermag, sei in diesem Zusammen- hange kurz betont.

Auf die Simulationsfrage nach Verletzung der Bauch- wand oder der Bauchorgane will ich nicht näher eingehen. Die funktionellen Untersuchungsmethoden sind heutzutage für die Bauchorgane so weit ausgebildet, daß es, zumal bei Krankenhausbeobachtung, und nachdem die Frage, ob funk- tionell-nervöse Störungen anzunehmen sind, zur Entscheidung gebracht ist, in den meisten Fällen gelingt, tatsächlich be- gründete und simulierte Beschwerden voneinander zu unter- scheiden.

Daß man für die Beurteilung der Gehfähigkeit in zweifel- haften Fällen nicht ohne eine unbemerkte Beobachtung des Verletzten auf der Straße auskommt, wurde bereits oben be- tont. Mit dem Gebrauch des Stockes als Stütze ist es eine eigene Sache. Ich kenne Verletzte, denen man nach- weisen kann, daß sie sich garnicht auf das von ihnen benutzte, dünne Stöckchen stützen, und dennoch schreiten sie mit dem- selben flott daher, während sie ohne dasselbe stark hinken. In anderen Fällen ist die Belastung des Stockes statt des ver- letzten Beines zu einer üblen Gewohnheit geworden: wieder- holte eingehende Untersuchung läßt an dem Bein absolut keine Veränderung mehr nachweisen, die den Gebrauch des Stockes verständlich machen könnte, trotzdem sind die Verletzten auch bei längerer Einwirkung im Krankenhause nicht dazu zu bringen, auf den Stock beim Gehen zu verzichten. Krankhafte Vorstellung über vorhandene Schwäche und verminderte Leistungsfähigkeit darf man gewiß nur mit Vorsicht zur Er- klärung eines sonst unverständlichen Verhaltens der Verletzten heranziehen, aber in jenen Fällen muß man doch zuweilen auf diese Annahme rekurren.

Passiven Bewegungsversuchen der Hüftgelenke wird nicht selten ein kräftiger Muskelwiderstand entgegengesetzt, man kommt dann weiter, wenn man, statt in der meist üblichen Flexionsstellung des Gelenks auf die in erster Linie in Betracht kommende Rotationsfähigkeit zu prüfen, das auf der Unterlage ruhende Bein nach außen und innen rollt. Ob Ischias besteht und welche Intensität sie besitzt, kann man in der Regel durch Untersuchung auf die charakteristischen objektiven Symptome des Leidens ermitteln, wenn auch ein Simulant, der durch häufige Untersuchungen mit der Methodik dieser Prüfung vertraut ist, ohne besondere Schwierigkeit im- stande ist, den Arzt zu täuschen. Zeigt die Muskulatur der entsprechenden Gesäßhälfte und des Beines keine wesentliche Abmagerung und Erschlaffung, und erfolgen die Körper- bewegungen ungehindert, so darf man wohl bestimmt einen höheren Grad von Ischias ausschließen.

Die Erkenntnis der ungemein zahlreichen im Kniegelenk vorkommenden Krankheitszustände und Verletzungsfolgen hat in den letzten 20 Jahren recht ansehnliche Fortschritte ge- macht. Ich erinnere nur an die Quadricepsinsuffizienz, die abnorme seitliche Beweglichkeit, die Frühdiagnose der Gelenk- mäuse und der Tuberkulose, die Verletzungen des Meniscus. Trotzdem bleiben auch für denjenigen Untersucher, welcher alle die möglichen pathologischen Zustände des Kniegelenks aus eigener Erfahrung kennt, einzelne Fälle durchaus unklar. In bezug auf die Intensität tatsächlich vorhandener Beschwerden und Funktionshemmung wird vielfach simuliert, aber es ist im allgemeinen nicht schwer, an den Resultaten eingehender Untersuchung und Beobachtung die Glaubwürdigkeit der ge-

machten Angaben zu messen. Doch habe ich immer gefunden, daß es kaum anderswo so schwierig und verantwortungsvoll ist, entgegen den Klagen des Verletzten, bei negativem objek- tivem Befund Simulation und ungestörte Arbeitsfähigkeit an- zunehmen wie gerade beim Kniegelenk. Ich kann mich nicht erinnern, daß eine gerade in dieser Beziehung von mir ge- handhabte, große Vorsicht in irgend einem Falle als unberech- tigt sich herausgestellt hätte. Vielen Untersuchern muß man es zum Vorwurf machen, daß sie bei der Begutachtung von Unfallfolgen am Kniegelenk zur Negierung objektiver Verände- rungen kommen, wo besser unterrichtete Sachverständige wichtige Abweichungen von der Norm festzustellen imstande sind.

Das Studium der funktionellen Folgen von Unterschenkel- und Knöchelfrakturen ist besonders geeignet, zu zeigen, wie große individuelle Verschiedenheiten bezüglich der An- passung an Unfallschädigungen existieren. Unter den gleichen Bedingungen wird der eine Unfallverletzte in kurzer Zeit wieder arbeitsfähig, während der andere monate- und jahrelang an den Folgen seines Beinbruchs zu laborieren hat. Sobald sich ein Mißverhältnis zwischen der seit dem Unfall verflorenen Zeit, sowie dem objektiven Befund einerseits und der Intensität der Klagen, sowie der angeblichen Funktionsstörung andererseits er- gibt, ist selbstredend in erster Linie zu prüfen, ob sich keine natürlichen Erklärungsgründe auffinden lassen. Wo ausge- sprochene trophische Störungen der Muskeln, akute Knochen- atrophie, ungünstige Heilung im Röntgenbild im Gegensatz zum Palpationsergebnis, zu geringe Berührungsfläche der ver- wachsenen Bruchenden, verminderte seitliche Beweglichkeit des Fußes, Abweichung desselben in Valgusstellung mit Schmerz- punkten, hartnäckige Oedeme festzustellen sind, da wird man nicht leicht an Simulation denken. Garnicht selten aber läßt sich aus der unbemerkten Beobachtung des Verletzten, aus der schwierigen Beschaffenheit der Hände und aus glaubwürdigen Angaben über seine tatsächlichen Arbeitsleistungen der positive Schluß ableiten, daß er den Arzt über das Maß der zurück- gebliebenen Funktionsstörung zu täuschen sucht. Weil aber gerade bei den Rekonvaleszenten nach Beinbrüchen die indivi- duelle Anpassungsfähigkeit und psychische Einflüsse, sowohl physiologischen als pathologischen Ursprungs, eine große Rolle spielen, sollte Simulation auch hier nur dann angenommen werden, wenn ihr positiver Nachweis gelungen ist. Nicht selten behaupten derartige Verletzte, daß der verletzt gewesene Fuß am Abend noch beträchtlich anschwellen. Zeigt es sich, daß die zumal in der Knöchelgegend aufgehobenen Hautfalten dieselbe Dicke und Konsistenz haben wie am gesunden Fuß, so ist zeitweises Auftreten von nennenswertem Oedem nicht anzunehmen.

Wenn ich die große Zahl von Gutachten und Obergut- achten überblicke, in welchen ich mich in Uebereinstimmung mit den Vorinstanzen oder auch im Gegensatz zu denselben dafür ausgesprochen habe, daß eine Gelenktuberkulose, eine Osteomyelitis, eine maligne Neubildung mit über- wiegender Wahrscheinlichkeit als Unfallfolge zu be- trachten sei, so muß ich mir sagen, daß die abgegebenen Urteile zwar der gegebenen Sachlage und auch der Absicht des sozialen Gesetzgebers wohl entsprachen, daß jedoch gewiß in vielen Fällen das Endresultat des Streites gleichbedeutend war mit dem Gelingen eines wenigstens in den Anfangsstadien bewußten Täuschungsversuches. Was häufig die Ursache dieses vom allgemein-moralischen und sozialen Standpunkte gleich bedauerlichen Ausganges ist, haben mich kürzlich zwei gleich- zeitig beobachtete Fälle von neuem gelehrt. Der eine betraf eine landwirtschaftliche Arbeiterin mit spinaler progressiver Muskelatrophie, die ihre Erkrankung auf einen bestimmten Un- fall zurückführen wollte, der andere eine ältere Frau, welche für die operativ behandelte Einklemmung eines Schenkelbruchs, ebenso wie für die Entstehung des Bruchs selbst einen land- wirtschaftlichen Unfall verantwortlich machen wollte. Wie ge- wöhnlich schienen die sogen. Unfalluntersuchungen beiden Patientinnen recht zu geben. Jedoch die Nachfrage in zwei klinischen Instituten, in welchen die Frauen früher behandelt waren, ergab, daß die erste damals ihre Erkrankung auf In- fluenza bezogen hatte, während bezüglich der zweiten die kli-

nische Krankengeschichte aussagte, daß es sich nach eigener Angabe der Patientin um einen seit 20 Jahren bestehenden, bereits mehrfach eingeklemmt gewesenen Bruch handelte und daß für die letzte Einklemmung ein Unfall nicht verantwortlich gemacht wurde. Diese Fälle sind typisch und lehren, daß manchen Täuschungsversuchen der Erfolg versagt bleiben würde, wenn die erstbehandelnden Aerzte regelmäßig bei bestimmten Krankheitskategorien die Anamnese aufnehmen und sich entsprechende Notizen machen würden, wenn ferner auch die Unfalluntersuchungen früher, als es in der Regel geschieht, stattfänden und wenn endlich die entscheidenden Instanzen solchen Fällen von Erkrankungen mehr Skepsis entgegenbringen würden, die erfahrungsgemäß überhaupt nur selten traumatisch bedingt sind, bei denen die Unfallanzeige sehr verspätet erstattet wird, und wo in den Aussagen des Rentenbewerbers selbst sowie der Zeugen die Geschehnisse im Verlauf des Streitverfahrens immer mehr eine Färbung zugunsten der klagenden Partei annehmen.

Im ganzen, möchte ich sagen, bereitet das leidige Simulieren der Unfallverletzten dem erfahrenen Untersucher wohl manchen Aerger, aber keine ernste Sorge, da er weiß, daß bei eingehender Untersuchung und sorgfältiger Beobachtung wohl Irrtümer in mäßigen Grenzen der prozentualen Abschätzung möglich sind, daß aber grobe Täuschungen kaum in Betracht kommen. Und wenn es ausnahmsweise einem abgefeimten Simulanten gelingt, den Arzt und die rechtsprechenden Instanzen zu hintergehen, so kann sich der Arzt meist mit dem Bewußtsein trösten, daß bezüglich der Verfolgung und Entlarvung des Betruges der ärztlichen Sachverständigentätigkeit gewisse Grenzen gezogen sind.