

Aus dem Zentralkrankenhaus der Gefängnisbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg (Chefarzt: Oberregierungsmedizinalrat Dr. THURAU).

Seltene Artefakte.

Von

HEINZ THURAU.

Mit 6 Textabbildungen.

Das häufige Vorkommen von Artefakten in Kriegszeiten ist jedem Arzt im Dienst der Wehrmacht bei solchen Patienten geläufig geworden, die sich durch Simulation nervöser organischer Befunde dem Kriegsdienst zu entziehen versuchten. Das gleiche ist stets der Fall in den ersten Nachkriegsjahren, wo ein großer nicht immer leicht erkennbarer Teil von Rentenjägern sich zur Erreichung von materiellen Vorteilen Artefakte zufügte. Den in diesem einschlägigen Gebiet der Rentenbegutachtung arbeitenden Ärzten sind zahlreiche Manipulationen bekannt, und doch ist man bei allen Erfahrungen stets wieder überrascht, daß es immer noch neue ungeahnte Möglichkeiten der Täuschungsmanöver gibt. Die Definition der Begriffe der Simulation, Dissimulation und Aggravation sind dem Leserkreis bekannt und bedürfen an dieser Stelle keiner weiteren Erklärung. Wenn wir aus unserem großen klinischen Material von Untersuchungs- und Strafgefangenen berichten, so wird man meinen, daß die geschilderten Artefakte nur eine geringe Anzahl von Ärzten interessieren wird. Wir erleben es aber — da wir in dem hiesigen Milieu besonders mißtrauisch sind — immer wieder, daß Patienten mit einwandfreien Artefakten über Monate und Jahre in der Freiheit auch an großen Kliniken und Gutachterstellen behandelt worden sind, ohne daß überhaupt der Verdacht einer Simulation oder eines Artefaktes aufkam. Es besteht verständlicherweise bei öffentlichen Kliniken und frei praktizierenden Ärzten eine gewisse Scheu einem zunächst nicht geklärten Leiden eines Patienten mit Mißtrauen entgegenzutreten. Diese Scheu darf aber nicht so weit gehen, daß erst aus dem jahrelangen Verlauf des Leidens — und damit erheblicher Rentenzahlung — an die wahre Natur des Leidens gedacht wird. Es sollen an dieser Stelle auch keineswegs landläufige Fälle gebracht werden, sondern solche, die einen gewissen diagnostischen Aufwand benötigen.

Jedem Täuschungsmanöver liegt verständlicherweise ein Motiv unter. Die Fälle, die zu uns von außerhalb bereits mit fertigen Diagnosen kamen, bergen das Motiv des finanziellen Vorteils und dazu bei der Verhaftung das Ziel der Haftunfähigkeit. Die Fälle, die erstmalig in der Haftzeit auftreten, weisen fast immer das Ziel der Haftunfähigkeit auf

bzw. bei kleineren Artefakten das Ziel eines Vorteils innerhalb der Haftanstalt. Was es auch sei, ein Motiv ist immer aufzufinden. Die Überführung bzw. die Stellung der Diagnose „*Simulation*“ ist jedoch nicht immer ganz einfach und erfordert große Mühe von seiten des ärztlichen und Pflegepersonals, zumal gefordert werden muß, daß auch die Diagnose der Simulation mit exakten wissenschaftlichen klinischen Mitteln gestellt

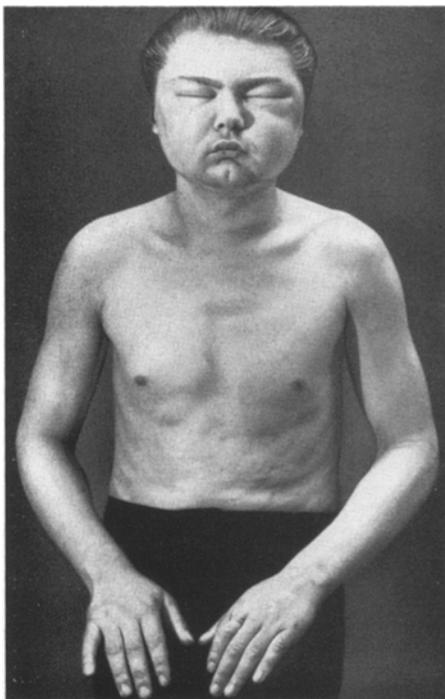


Abb. 1. Vom Scapulgürtel bis zur Stirn hinziehendes Hautemphysem.

wird, um nicht den Arzt in die entwürdigende Rolle eines Detektives zu drücken, der Intelligenz gegen Schläue setzen muß.

Im folgenden seien einige seltene Fälle von Artefakten mitgeteilt, wie sie im Bereich der Hamburger Gefängnisbehörde auftraten und in der Literatur, soweit sie bekannt, nicht veröffentlicht sind.

Fall 1. M. K., 6. 3. 26. Nachdem Patient einmal wegen Hungerstreiks und einmal wegen vorgetäuschten Lungenblutens versucht hatte ins Krankenhaus zu kommen, wurde er am 31. I. 49 unter der Diagnose — Gesichtsoedem — eingewiesen (s. Abb. 1). Gibt an, er hätte zusammen mit seinem Mitgefangenen Krach gemacht, sich in der Zelle verbarrikadiert und sei dann, da sie sich nicht ergeben wollten, mit dem starken Wasserstrahl gespritzt worden, bis sie nach $\frac{1}{2}$ Std den Widerstand aufgegeben hätten; seitdem seien die Schwellungen aufgetreten.

Befund. Guter EZ. und KZ. Das Gesicht ist kreisrund, ödematös, insbesondere die beiden unteren Augenlider. Beim Betasten fühlt man deutliches Knistern im Sinne eines Hautemphysems, welches bis über die Clavikel reicht. Der Nacken ist frei. Insbesondere ist die Gegend des Kehlkopfes besonders emphysematös. Rachen frei. Bei der Einlieferung war das linke Auge ganz zu, jetzt ist es zu einem breiten Spalt wieder geöffnet. Konjunktiven frei. Durchleuchtung: Röntgenologisch deutlich sichtbares Hautemphysem längs der ganzen Schultergürtel- und Schultermuskulatur. Lungen und Mediastinum frei. Übersichtsaufnahme der Lungen gemacht (s. Abb. 2 und 3).

Am 8. 2. fast abgeschwollen. 10. 2. wieder derselbe Zustand wie bei der Aufnahme. Rö.: Wieder kein Anhalt für von den Lungen ausgehendes Emphysem. Augenarztuntersuchung o. B. Ohrenarzt: Schleimhäute überall blaß, nicht gerötet, nicht ödematös. Trfl. o. B.

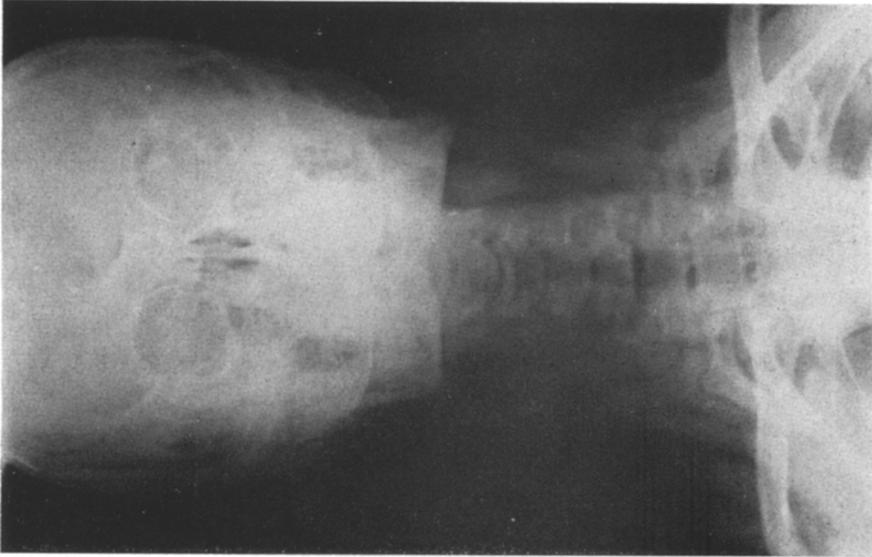


Abb. 3.

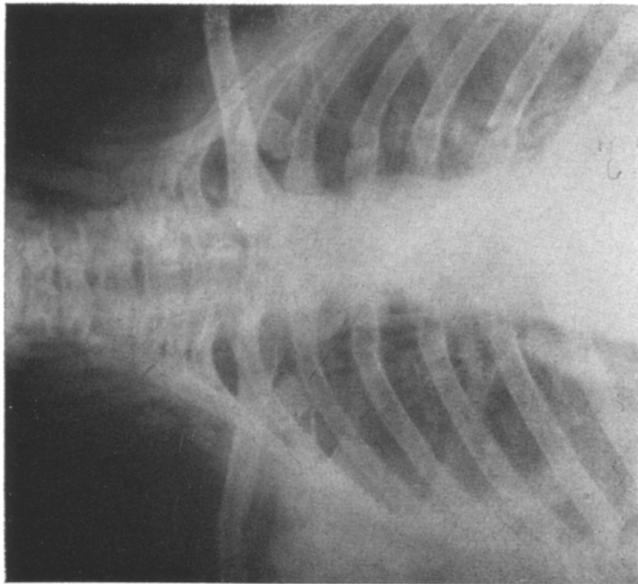


Abb. 2.

Abb. 2. u. 3. Zwischen den Muskelpartien deutlich erkennbares Emphysem.

Der Verdacht einer Simulation wird immer deutlicher. Ständiges Ab- und Anschwellen des Emphysems bis zum 19. 2., wo Patient völlig umgekleidet wird und in eine neue Unterkunft verlegt wird. Das Emphysem schwillt ab (s. Abb. 4).

Am 22. 2. wird der Patient G. mit denselben Erscheinungen hier eingeliefert. Hier werden deutlich 2 kleine Einstichstellen in der Wangenschleimhaut gefunden.

Darauf erneute Wangenschleimhautinspektion bei K., dessen Hautemphysem erneut beginnt. Befund: zwei kleine Einstichstellen. Es wird eine Fünfzehnerkanüle gefunden. Damit war des Rätsels Lösung da. Beide Patienten gestanden, sich durch Zuhalten von Mund und Nase das Emphysem zugefügt zu haben. Dieses hätten sie in ukrainischen Gefangenenlagern gelernt. Derselbe Vorgang tritt in der Glasbläserindustrie bisweilen auf.

Fall 2. W.E., 8. 6. 23. Familienanamnese o. B. Eigenanamnese: 1941 trat erstmalig Tuberkulose auf, und zwar Verschattung Mittelfeld rechte Lunge.

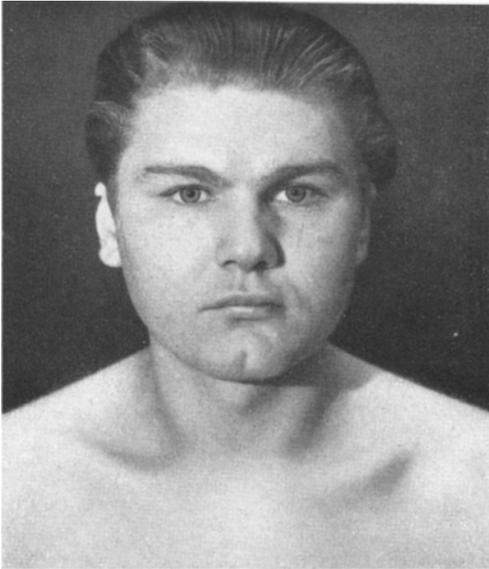


Abb. 4. Derselbe Patient von Abb. 1 im Normalzustand.

Oktober 1944 auf Grund des Lungenbefundes aus der Wehrmacht entlassen. Nach 1945 von der Lungenfürsorge überwacht. Er erhielt Rente und ständig Tuberkulosezulagen. Seit 1944 öfter Hämoptoe. Sputum immer negativ. Jetzt: 8. 7. 1949 aus der Lungenheilstätte hierher verlegt. Nachtschweiß, leichtes Fieber, Husten, Blutsturz etwa $\frac{1}{2}$ Tasse. Befund: 26jähriger Patient in genügendem EZ. und KZ. Haut und sichtbare Schleimhäute mäßig durchblutet. Thorax: Cor o. B. Lunge: Im rechten Mittel- und Unterfeld besonders vorn bronchiales Atemgeräusch ohne RG. Inspiratorisches Giemen, Dämpfung rechts unten. Röntgenaufnahmen der Lunge.

Befund. Im rechten Unter- geschoß finden sich 15 von 1—4 cm lange, nadeldünne auf der einen Seite angespitzte

Schattenstriche. Um diese Schattengebung herum, wolkig-konfluierende, etwa kindfaustgroße Trübung. Zum Herzen und zum Zwerchfell streifige Ansläufer.

Keine Aufhellungsfigur sichtbar. Im III. ICR liegt eine etwa 4 cm lange abgeknickte, nicht so intensive, strichförmige Abschattung. Die sonstigen Lungfelder sind frei von krankhaften Befunden. *Röntgendiagnose:* für Tuberkulose kein Anhalt. Im rechten Unterfeld Infiltratbildung um metallische Fremdkörper herum (Abb. 5).

Als Patient der Befund auf den Kopf zugesagt wird, beginnt er zunächst zu pöbeln; alle hätten eine Tuberkulose festgestellt, nur wir nicht. Er gibt dann aber zu, 1941 durch Einschuß verrosteter Nägel mittels einer Pistole in ein Lazarett gekommen zu sein. Die außerhalb gelegene zuständige Lungenfürsorge wurde von uns benachrichtigt.

Fall 3. K.L., 14. 2. 29. Anamnese: Kinderkrankheiten; 1946—1948 wegen offener Tuberkulose in öffentlichen Krankenhäusern. 1949 Krankenhaus in Magdeburg. Jetzt in Haft eingewiesen wegen Lungenbluten und geschwollenem linken Kniegelenk. Befund sowohl organisch wie röntgenologisch o. B. — 21. 9. 49. Trotzdem ständig Hämoptysen und Sputum + — Blutungsmenge etwa 300 cm³ — Hb konstant 85%. Mutmaßlich grobe Täuschung — Blutungsquelle nicht auffind-

bar. — 22. 9. 49. Wieder Blutung etwa 35—40 cm³. Mikroskopisch zeigt sich eine stark verdünnte Aufschwemmung, wahrscheinlich Kaffee. Keine Schleimfetzen oder Expektationsbestandteile. — 24. 9. 49. Patient bleibt ohne Kaffee; Blutungsmenge nur noch etwa 5—10 cm³. So geht es weiter bis 26. 9. 49. An diesem Tag wird eine halbe Rasierklinge im Bett versteckt gefunden. — 2. 10. 49. Erneute genaue Körperinspektion ergibt, daß Patient an fast allen Fingerbeeren parallel zu den Nägeln feinste Schnitte aufweist, aus denen er durch Ansaugen das Blutgemisch produziert hat. Entsprechende tobende Reaktion; gibt zuletzt alles zu, auch daß er seit Jahren sich immer in allen Krankenhäusern positives Tuberkulose-sputum besorgt hätte. Entlassung und Meldung Lungenfürsorge.

Fall 4. W. K., 4. 5. 26.

30. 10. 48 Einweisung z. B. Magen. Familienanamnese: Großvater an Magencarcinom gestorben. In der väterlichen Linie seien weitere Glieder an Magencarcinom gestorben. Selbst: 1947 hätte er ein Ulcus ventriculi gehabt, operiert. Befund: Leib weich, keine Resistenzen. Reizlose, verheilte Magenoperationsnarbe. Nach vorgelegten Röntgenaufnahmen handelte es sich um ein übernähtes Ulcus im mittleren Drittel. Nach 3wöchiger Kur entlassen, da beschwerdefrei. Wird als Hausarbeiter am 30. 11. 48 entlassen. 11. 12. 48 erneut eingewiesen wegen Blutbrechen. Befund: Zunge feucht, belegt. Leib weich, kein Druck-

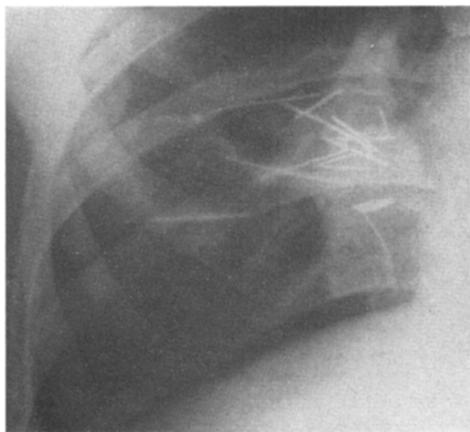


Abb. 5. Infiltratbildung um metallische Fremdkörper.

schmerz, keine Resistenzen. Erneute Kur (wegen Filmmangel wurde auf Rö.-Aufnahme verzichtet). Entlassungsbefund: Es handelt sich wahrscheinlich um einen chronischen Ulcusträger. Die Beschwerden sind nicht so ganz glaubhaft. Entlassung 21. 1. 49, kaum Beschwerden. 23. 1. 49 erneut mit Blutsturz eingewiesen. Befund: Status idem. Im Mundwinkel dunkles geronnenes Blut. Chemische Untersuchung: Stuhl auf Sanguis 2mal negativ. Die Simulation wird ihm auf den Kopf zugesagt, Patient leugnet. Gibt zu, Furcht vor Verlegung in eine andere Anstalt zu haben. Bei einer erneuten Einlieferung gibt Patient zu, daß er sich aus der linken Ellenbeuge, wo eine Fistel nach Kriegsverwundung besteht, durch Anstechen der Vene und danach Ansaugen mit dem Mund, Blut aus der Vene entnommen habe. Die Punktionsstellen waren durch die chronische Fisteleiterung kaum erkennbar.

Fall 5. E. S., 25. 1. 06. 14. 10. 49 wegen Nieren-Blasenkolik eingeliefert. FA. o. B. EA.: Nie ernstlich krank gewesen. 1944 Nierenquetschung durch Verschüttung; hätte Blut im Urin gehabt. Jetzt: Schon am letzten Sonntag wegen einer Kolik Dolantin erhalten, ziehende Schmerzen. Organischer Status o. B., auch Nierenlager frei. Urin: E (+), Sed.: Leuko und Ery. Verdünnung 1001—1015. Patient hat aber außerdem getrunken. 17. 10. 49: Unter heftigen Koliken geht ein erbsengroßer Nierenstein ab. Nieren-Leeraufnahme o. B. Augenhintergrund o. B.

7. 11. 49. Gibt ziemlich genau an. Hat schon 9mal einen Ureterstein herunterwandern fühlen. Glaubt, daß jetzt wieder ein Stein, etwa handbreit im kleinen Becken sitzen müsse, dicht über der Blase. Es soll versucht werden, von der Blase aus die Ureter zu erweitern.

9. 11. 49. Als er zur Cystoskopie heraufgebracht wird, klagt er über Schmerzen in der Harnröhre. Man fühlt in dem hinteren Teil der Harnröhre den Stein. Er läßt sich ohne Schwierigkeiten nach vorn bis zur Harnröhrenmündung austreichen. Es handelt sich um einen flachen, 11×9 mm großen, viereckigen roten Stein.

11. 11. 49. S. gibt erneut heftige Koliken an. Allem Anschein nach ist ein neuer Stein, bereits der vierte infolge der vorherigen Abtreibungsversuche mit 10 E Hypophysin (s. Kurve) aus dem rechten Nierenbecken abgegangen. S. klagt laufend über heftige Koliken. Er erhält Dolantin, Dilaudid und M-Atropin im Wechsel. Der Urin ist stark sanguinolent und eiweißhaltig, so daß S. täglich Bärentraubenblätterttee erhält.

20. 11. 49. Es gelingt mittels 10 E Hypophysin und reichlich Tee erneut einen 10×9 mm großen Stein abzutreiben, der zum Schluß aus der Harnröhre herausgedrückt wird.

23. 11. 49. Erneuter Steinabgang in derselben Größe.

26. 11. 49. Es wird erneut ein etwa bohnen großer Stein aus der vorderen Harnröhre exprimiert. Im übrigen ist der Urin weiterhin stark sanguinolent. S. erhält laufend zur Behandlung seiner Cystopyelitis Bärentraubenblätterttee und Urotropin. Eine erneut durchgeführte Nierenleeraufnahme ergibt infolge technischer Mängel keinen verwertbaren Befund.

28. 11. 49. Im hinteren Teil der Harnröhre ist wiederum ein ziemlich großer Stein vorhanden, der sich jedoch nicht mit Sicherheit fühlen läßt. S. erhält bei starken Schmerzen Dolantin und bei noch stärkeren Schmerzen M. Zwischendurch hat S. auch mehrere Male, da er sehr nach Narkotica verlangte Aqua dest. gespritzt erhalten sowie Novalgin, ohne daß eine beruhigende Wirkung aufgetreten wäre. Um den im hinteren Teil befindlichen Stein nach vorn zu treiben, erhält er erneut einen Wasserstoß. Anticystitische Behandlung wie bisher.

29. 11. 49. Steinabgang. Es ist noch ein 2. Stein in der Harnröhre vorhanden. Erneut Wasserstoß.

1. 12. 49. Erneuter Steinabgang.

10. 12. 49. Seit dem 3. 12. 49 ist ein neuer Stein aus dem Nierenbecken abgewandert, der mit Hypophysingaben (10 E) je Dosis, Paraffinöl mit heißer Milch bis in die Blase getrieben werden konnte. Bei den starken Schmerzen erhielt S. Dolantin und Atropin, wobei jedoch wegen der Vorgeschichte etwas zurückhaltend verfahren wurde. Urin: E +, viele Leuko, reichlich Ery., Rest-N 35 mg-%.

12. 12. 49. Es geht ein Stein ab.

18. 12. 49. Es ist in den letzten 3 Tagen zu starken Koliken gekommen, wobei S. sich ziemlich wild gebärdet und trotz einer Injektion Morphium 0,02 es vor Schmerzen nicht aushalten könnte. Es wurde auch Erbrechen gemeldet, was zum Teil als Brechreiz von mir persönlich beobachtet wurde. Am Sonntagabend wurde aus der Harnröhre aus etwa 3 cm Tiefe ein dreieckiger, gebogener Knochensequester entfernt. Artefakt oder Sequester??

Patient war dann beschwerdefrei. Sequester und die gesammelten Steine sind bei dem Auftauchen des Verdachtes eines Artefaktes an das physiologisch-chemische Institut der Universitätsklinik Eppendorf eingesandt, desgleichen der Sequester an das pathologische Institut (Abb. 6).

Befund. Die rosafarbene Probe hat nicht die Merkmale eines Nieren- bzw. Blasensteines. Der deutliche Bleigehalt verbietet die Annahme einer organischen Herkunft. Inzwischen waren die letzten Recherchen eingetroffen — Patient inzwischen in Freiheit entlassen — die ergaben, daß Patient seit Jahren süchtig war.

Am 25. 4. 52 wurde Patient bei erneuter Inhaftierung nach 3 Jahren unter denselben Symptomen hier eingeliefert, wo er sofort der Simulation überführt wurde und auch alles zugab, daß er sich die Steine selbst bis in die Blase manipuliert habe. Das Material entstammte den im Krankenhaus aufgestellten Blumentöpfen.

In der Zwischenzeit war er aber in verschiedenen Krankenhäusern gewesen, wo ebenfalls der Verdacht noch später auftauchte, *ja es war sogar 2mal die rechte Niere und 1mal die Blase freigelegt werden.*

Fall 6. H. Sch., 18. 4. 28. Dieser Patient fällt weniger unter das Thema „Artefakte“, ist aber doch nennenswert. 7. 6. 46 mit Querschnittslähmung eingeliefert. FA. o. B. EA.: 1943 bei Fliegerangriff verwundet. Jetzt: Konnte sich morgens nicht mehr erheben und nicht die Beine bewegen. Ähnlicher Vorgang 1944, doch nicht in dem Ausmaß, im Ausweichkrankenhaus B. Mit Spritzen behandelt, worauf die Lähmung zurückging. Befund: Organisch o. B., normales Reflexverhalten, sonst das Zustandsbild einer kompletten Lähmung beider Beine und einer völligen Anaesthesie für alle Qualitäten hinten von der Glutäalfalte, vorn von

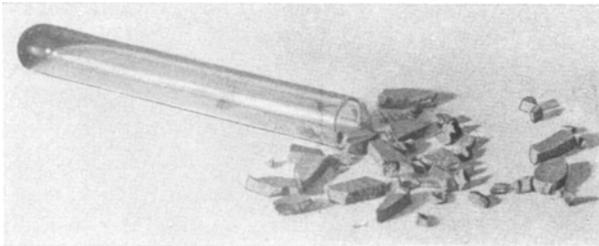


Abb. 6. Artifiziell eingeführte Harnsteine. Originalsteine sind bei der Untersuchung in Verlust geraten. Die Abbildung zeigt in ungefähr die derzeitige Zahl und Form.

der beidseitigen Leistengegend abwärts. Sonst normale elektrische Erregbarkeit. Es wurde sofort an eine psychogene Lähmung gedacht. Trotz Zuredens und stärksten Elektrisierens gab Patient nicht auf. Bei der Visite fielen von mir nachdenklich die Worte „merkwürdig, daß Patient Stuhl und Urin halten kann“. Prompte Reaktion 1 Std später. Patient beschmutzte das Bett völlig. Damit war auch der letzte Zweifel geschwunden. Wegen Haftentlassung wurde Patient in demselben Zustandsbild in ein öffentliches Krankenhaus entlassen, wo er nach etwa 3 Wochen sein Verhalten aufgab. Interessant sind Krankengeschichten aus dem Jahre 1943, wo Patient mit Cardiazolschock behandelt wurde und weiterhin, daß Patient alle Prozeduren wie Lumbalpunktionen, elektrische und neurologische Prüfungen usw. ohne mit der Wimper zu zucken über sich ergehen ließ.

Man mag bei dem reinen Lesen der Krankengeschichten leicht auf den Gedanken kommen, daß die Überführung solcher Patienten nicht so sehr schwierig sein dürfte. Doch alle, welche sich mit derartigen Dingen beschäftigen müssen, werden bestätigen, daß die Diagnose „*Simulation — Artefakt*“ bisweilen eine der schwersten ist.

Zusammenfassung.

Es wird über eine Anzahl von seltenen Artefakten aus dem Krankengut des Zentralkrankenhauses der Gefängnisbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg berichtet.

Literatur ist beim Verfasser anzufordern.

Oberregierungsmedizinalrat Dr. HEINZ THURAU,
Zentralkrankenhaus der Gefängnisbehörde, Hamburg 36, Holstenglacis 3.