

### Résumé

Enquête sociale sur 185 patientes s'étant présentées au cours des années 1949 à 1952 à la Policlinique psychiatrique pour demander un préavis pour l'interruption de grossesse. 85 patientes ont obtenu un préavis psychiatrique positif et 100 patientes en ont obtenu un négatif. Sur ces 100 patientes, 45 ont donné naissance à un enfant vivant. Nous avons interrogé 64 patientes personnellement et avons constaté que les patientes qui ont subi un avortement, qu'il soit légal ou illégal, expriment rarement des regrets. Leur mauvaise situation sociale justifie souvent, à leurs yeux, la mesure prise. Après le refus du psychiatre 23 patientes ont subi une interruption de grossesse par d'autres médecins, pour des raisons sociales le plus souvent. Une meilleure collaboration entre médecin, psychiatre et assistante sociale serait nécessaire pour résoudre d'une façon plus approfondie et adaptée ces cas sociaux.

### Zusammenfassung

Untersuchung der sozialen Verhältnisse von 185 Patientinnen, welche sich in den Jahren 1949 bis 1952 an der psychiatrischen Poliklinik für ein Gutachten für Schwangerschaftsunterbrechung gemeldet haben. 85 Patientinnen haben ein Gutachten für die Unterbrechung der Schwangerschaft erhalten, 100 Patientinnen ist es verweigert worden. Von diesen 100 Frauen haben 45 ein lebendes Kind geboren. Wir haben 64 Patientinnen persönlich gesehen und haben feststellen können, daß diejenigen Frauen, welche eine Unterbrechung, sei sie legal oder illegal gewesen, durchgemacht haben, es selten bedauern. Ihre schlechte soziale Lage rechtfertigt oft, in ihren Augen, diese Maßnahme. Nach der Verweigerung des Psychiaters ist die Schwangerschaft von 23 Patientinnen durch andere Ärzte unterbrochen worden, meistens aus sozialen Gründen. Eine bessere Zusammenarbeit zwischen Arzt, Psychiater und Fürsorgerin wäre nötig, um die Entscheidungen für diese sozialen Fälle richtiger und gründlicher fällen zu können.

## Die chirurgischen Berufskrankheiten

von H. Schiller, Stuttgart<sup>1</sup>

Die chirurgischen Berufskrankheiten sind ein vielumstrittenes Thema, über das Kliniken, Berufsgenossenschaften, Sozialgerichte, Fachärzte und Werksärzte sowie die Gesetzgeber von jeher gestritten haben und auch in Zukunft noch streiten werden. Die klare Abzweigung dieser Erkrankung auf die Berufsarbeit ist teilweise sehr schwierig, denn sie hängt nicht allein vom klinischen Befund ab, sondern auch von der Konstitution des einzelnen und nicht zuletzt von der Tätigkeit des Betroffenen.

Die meisten Begutachtungen auf diesem Gebiet krankten daran, daß nur ein verschwindend kleiner Teil von Gutachtern die Möglichkeit hat, den Arbeitsvorgang selbst aus eigener Anschauung zu beurteilen, um daraus selbst Rückschlüsse auf eine eventuelle Berufskrankheit zu ziehen. Die meisten Gutachter sind auf die Beschreibung des Arbeitsvorganges durch den Rentenbegehrer angewiesen. *Anerkannterweise werden nur in wenigen europäischen*

---

<sup>1</sup> Autor: Dr. med. H. Schiller, Facharzt für Chirurgie, Werkarzt Daimler-Benz AG, Stuttgart-Untertürkheim.

*Ländern die Werksärzte, die mit den Arbeitsvorgängen am meisten vertraut sind, bei der Begutachtung von Berufskrankheiten herangezogen.* Dies bedeutet eine Lücke! Man kann es doch einem Klinik-Chef oder frei praktizierenden Facharzt nicht übelnehmen, wenn er sich nicht die Zeit nehmen und die Mühe machen kann, den zur Begutachtung nötigen Arbeitsvorgang an Ort und Stelle selbst kennenzulernen.

Die chirurgischen Berufskrankheiten sind in der V. Berufskrankheiten-Verordnung vom Jahre 1952 festgelegt.

Der Preßluftschaden, der als 1. chirurgische Berufskrankheit im Jahre 1929 anerkannt worden ist, zeigt schon, wie wichtig es ist, in der Vorgeschichte die Eindeutigkeit des Arbeitsvorganges mit einem Preßluftwerkzeug festzustellen. In der Literatur sind Untersuchungen veröffentlicht, in denen mitgeteilt wird, daß 99,8% aller Preßluftarbeiter keine Verschleißerscheinungen an den Gelenken haben. Das bedeutet, daß ein Preßluftschaden, wie überhaupt alle chirurgischen Berufskrankheiten, im allgemeinen zu den seltenen Krankheitsbildern gehört. Im Laufe der Jahre hat man festgelegt, daß die Schlagzahl des Preßluftwerkzeuges zwischen 1000 und 3000 in der Minute liegen muß, um einen eventuellen Schaden hervorzurufen. Weiter wurde festgelegt, daß ein Arbeiter mindestens 2 Jahre mit einem Preßluftwerkzeug gearbeitet haben muß, um einen solchen Schaden anerkannt zu bekommen. Nach diesem Gesichtspunkt wird nun geurteilt, ob nun die betreffende Veränderung krankhafter Natur ist oder ob es sich um eine arbeitspathologische Veränderung handelt.

Meines Erachtens sind starre Maßnahmen bei solchen Begutachtungen nicht statthaft. Ich glaube nämlich, daß ein Arbeiter, der z. B. ein Vierteljahr täglich mit einem Preßluftwerkzeug arbeitet, eine Schädigung davontragen kann. Der Grund liegt doch darin, daß es konstitutionsmäßig stärkere und schwächere Menschen gibt. Man kann jedoch für solche Berufskrankheiten nicht allein die Konstitution verantwortlich machen, sondern am Ende den Faktor, der die Konstitution krankhaft beeinflusst, also die Arbeit z. B. mit dem Preßluftwerkzeug.

Das Krankheitsbild ist hinreichend bekannt; es sei hier lediglich noch einmal in großen Zügen zusammengefaßt.

Die betreffenden Personen bekommen Schmerzen infolge lokaler Gefäßkrämpfe in den Gelenken, sie haben in der Muskulatur das Gefühl eines Muskelkaters. Die Gelenksveränderung verläuft auffallenderweise bei jüngeren Menschen viel stürmischer als bei älteren. Die zunächst nur entzündliche Veränderung, die im Röntgenbild noch nicht einmal eindeutig einen Befund ergeben muß, aber den Patienten zwingt, die Arbeit aufzugeben, schreitet auch dann weiter fort, wenn der Patient nicht mehr arbeitet. Wir sehen also noch nach Wochen und Monaten bei Röntgen-Kontrollen an dem betreffenden Gelenk einen weiter um sich greifenden Befund. Aus diesem Grunde ist es wichtig,

daß wir bei allen Gelenkerscheinungen, die uns in der Ambulanz als Werk-  
arzt begegnen, beim ersten Mal klar die Arbeits-Anamnese festlegen und ein  
Röntgenbild des betreffenden Gelenkes anfertigen. Nur so kann man später  
bei weiterhin bestehenden Beschwerden und beim Eintritt eines pathologi-  
schen Befundes auf dem Röntgenbild sehen, ob eine arbeitsbedingte Schädigung  
d. h. in diesem Falle ein Preßluftschaden vorliegt oder nicht. Die Serien-Röntgen-  
Aufnahmen ergeben dann oft kleinste Strukturveränderungen, die wir bei einer  
nur einmaligen Röntgen-Aufnahme längere Zeit nach den ersten Beschwerden  
vielleicht übersehen hätten. Häufig ist es doch so, daß man von einer Röntgen-  
Aufnahme absieht, wenn nicht ein Unfallereignis vorliegt, und die geklagten  
Beschwerden werden dann auf Rheuma oder anderes zurückgeführt!

Die Frage, was nun zur Schädigung führt, kann im Rahmen dieses Vor-  
trags unmöglich abgehandelt werden. In der Literatur findet man noch immer  
keine eindeutig klare Entstehungsursache des Preßluftschadens. Man kann  
aber wohl sagen, daß vasomotorische Störungen infolge längerer Gefäßkrämpfe  
mit Gefäßintimawucherungen, im Sinne einer Endangitis obliterans, Folgen  
dieser beruflichen Schädigung sind. Es kommt zu Periostwucherungen und  
Spornbildungen in den Gelenkpartien. Die unphysiologische Mittelstreck-  
stellung der Hand bei der Arbeit am Preßlufthammer hat z. B. eine schlechte  
Blutversorgung des Mondbeines zur Folge, wodurch es dann zur Nekrose  
dieses Knochens kommen kann. (Laarmann.)

Auch im Bereich des Ellbogen- und Schultergelenks finden wir Abnützung-  
erscheinungen. Es kann zum Krankheitsbild der Osteochondrose dissecans  
kommen mit freier Gelenkkörperbildung. Man hüte sich aber davor, diese  
Erkrankung ohne weiteres auf einen Preßluftschaden zurückzuführen, denn  
es ist Ihnen bekannt, daß auch andere Gelenksaffektionen zu diesem Krank-  
heitsbild führen können. Deswegen wiederhole ich noch einmal, und das gilt  
für alle chirurgischen Berufskrankheiten, nicht nur das eine betroffene Gelenk  
zu röntgen, sondern auch das Gelenk der entgegengesetzten Extremität mit-  
zuröntgen, da mit diesem Vergleich eine eventuelle Systemerkrankung ausge-  
schlossen werden kann. Auf diese Weise habe ich berufliche Schädigungen  
mehrfach einwandfrei nachweisen können.

Die Therapie liegt je nach Lage der Dinge zunächst primär in einem  
Arbeitsplatzwechsel, in der Förderung der Durchblutung, Ruhigstellung, in  
Bädern, oder aber, wenn freie Gelenkkörper vorhanden, sie ist operativ, wobei  
man allerdings am Ellbogengelenk außerordentlich vorsichtig sein soll, weil  
dort häufig Streckdefekte zurückbleiben.

Die Berufskrankheit der Überbeanspruchungsschäden von Sehnen-  
scheiden, Muskel- und Sehnenansätzen ist ein Schlachtfeld geworden, auf dem  
sich die verschiedenen Richtungen und Meinungen erst langsam zu einem  
Kompromiß entschließen können. Es würde zu weit führen, Ihnen auch das  
Gesetz und die Auslegung desselben noch einmal vorzulesen; Sie kennen es!

Man hat aber bei der gesetzlichen Verankerung dieser Erkrankungen sicher zu vor-  
eilig gehandelt und nicht genügend Arbeitsmediziner und Werksärzte bei der Aus-  
arbeitung der Ausführungsbestimmungen dieser Berufskrankheit gehört. Man  
kann an dem beruflichen Ursprung einer großen Anzahl Tendovaginitiden  
bei entsprechender Arbeit nicht zweifeln. Wenn es sich um eine Überbean-  
spruchung bei ungewohnter oder leider aber häufiger stereotyper Arbeit  
handelt, hat der Muskel nicht genügend Zeit, sich zu erholen, und häufig werden  
Muskel und Muskelgruppen als Hilfsmuskulatur eingesetzt, die normal nicht  
so stark beansprucht werden.

Der anatomische Sitz dieser Erkrankung ist nicht eigentlich die anatomische  
Sehnenscheide, sondern das die Sehnen außen einhüllende Gewebe. Dort spielt  
sich der Vorgang ab, den wir äußerlich als «Schneeballenknirschen» fühlen.

Eine akute Sehnenscheidenentzündung mit «Schneeballenknirschen» kann  
bei sofortiger geeigneter Therapie und Ausschließung der Noxe zur Ausheilung  
gebracht werden, so daß sie niemals in das chronische Stadium eintritt.  
Schallock hat entzündliche Prozesse an den Sehnenscheiden von Leichen ver-  
unfallter junger Menschen festgestellt. Im pathologisch-histologischen Bild  
fanden sich deutlich entzündliche Veränderungen an den Sehnen. Die Nach-  
frage bei den Angehörigen ergab, daß zu Lebzeiten keinerlei Beschwerden  
des Betreffenden vorgelegen haben. Wir sehen also daraus, daß im Bereich  
der Sehnenscheiden sicher häufig entzündliche Prozesse auftreten, deren Ur-  
sache wir noch nicht kennen. Weiterhin brauchen solche entzündliche Prozesse  
keinerlei Beschwerden hervorzurufen.

Wie kann eine Überbeanspruchung entstehen?

- a) Durch individuelle Überbeanspruchung bei schwachem Bandapparat,
- b) wenn eine ungünstige ungewohnte Arbeit ausgeführt wird und
- c) wenn eine das Maß des Arbeitsüblichen übersteigende Mehrarbeit vorliegt.

Dieses Stadium der Überbeanspruchung wird aber niemals chronisch wer-  
den, wenn wir sofort die entsprechende Therapie einschalten. Diese besteht  
wiederum mit einer Beendigung des Arbeitsprozesses bzw. mit einem Arbeits-  
platzwechsel und Ruhigstellung der betreffenden Extremität. Meist klingen dann  
die Beschwerden in kürzester Zeit ab. Der Amerikaner Bunell warnt allerdings  
bei zu langer Ruhigstellung vor Verwachsungen. Bei dieser Berufskrankheit  
wurde die Fokal-Infektion sowie krankhafte Prozesse im Bereich der Hals-  
wirbelsäule verantwortlich gemacht. Die These z. B., daß eine Osteochondrose  
der Halswirbelsäule eine Berufskrankheit der Ziffer 22 ausschließe, ist falsch;  
eine echte Sehnenscheidenentzündung und eine Überbeanspruchungserschei-  
nung kann nicht durch eine Osteochondrose ausgelöst werden. Wenn wir nun  
bei der Untersuchung eines Patienten, bei dem klinisch nichts mehr festge-  
stellt wurde als nur subjektive Beschwerden, so kann dieser trotz einer Osteo-  
chondrose der Halswirbelsäule je nach seiner Beschäftigungsart, die man eben

genau kennen muß, einen Überbeanspruchungsschaden haben. Ob dieser nun unter das Gesetz fällt oder nicht, entscheidet die Dauer und das eventuelle Rezidiv. Wir wissen, daß Tausende von Menschen mit Osteochondrose an der Halswirbelsäule herumlaufen (besonders an den Halswirbeln 5–7), ohne die geringsten Beschwerden zu haben. Leider werden diese Befunde aber im Zusammenhang mit Überbeanspruchungsschäden überwertet. Bei der Beurteilung dieser Erkrankung am Unterarm sollte man auch die beiderseitige Röntgenaufnahme zum Vergleich nicht vergessen. Ich habe auf diese Weise aseptische Knorpelknochen-Nekrosen diagnostiziert, die vorher in der Gruppe der Ziffer 22 eingestuft waren.

Bei einem Fall war ein in den Weichteilen sehr tief liegender linsengroßer Metallsplitter, der äußerlich keinerlei Erscheinungen hervorgerufen hat und von dessen Existenz die Patientin auch nichts wußte, was bei der Größe des Splitters durchaus möglich sein könnte. Sie hatte einen schweren Bombenangriff hinter sich und deswegen wahrscheinlich die kleine Verletzung nicht bemerkt. Dieser Splitter hatte sich in der Tiefe entzündet, und fälschlicherweise wurde daraus eine Berufskrankheit der Ziffer 22 gemacht.

Das Ganglion und der schnellende Daumen bzw. der schnellende Finger haben keine arbeitsmedizinische Ursache.

Die Prüfung, ob eine Neuritis oder ein Zervikalsyndrom vorhanden ist, darf nicht vergessen werden.

Die Fokalinfektion ist für den Gutachter eine wesentliche Angelegenheit, und daher ist es notwendig, bei akuter Sehnenscheidenentzündung nach toxischen Ausstrahlungen zu fahnden. Häufig liegt der Locus minoris resistentiae in den Sehnenhüllen, die durch die ungewohnte Arbeit überanstrengt werden und deshalb keine Widerstandskraft haben, um virulente Aussaaten des Focus im Lymph- und Blutstrom abzuwehren. Diese Aussaaten haben dann die Möglichkeit, sich in den Sehnenhüllen festzusetzen und dort einen entzündlichen Herd zu bilden. Hier ist dann der berufliche Faktor für die akuten Erscheinungen das auslösende Moment; die Ursache liegt aber nicht im Arbeitsvorgang, sondern in der Pathologie des Menschen selbst.

Die Epycondylitis kommt häufig zur Begutachtung. Es handelt sich dabei um eine periostitische Reizung als eigentliche Ursache der Beschwerden. Schuld daran ist der Muskelzug; man bezeichnet diese Erkrankung, zu der auch die Styloiditis radii gehört, als Muskelzug-Periostose. Als Folge einer solch langwierigen Erkrankung kann es zu Spornbildung und Kalkablagerungen kommen. Diese Erscheinungen sind im Rahmen der Berufskrankheiten-Verordnung häufig entschädigungspflichtig. Auch hier ist es wichtig, daß man durch eine beidseitige Röntgenaufnahme eine Systemerkrankung ausschließt; noch wichtiger ist es, den Arbeitsprozeß des Patienten zur lückenlosen Begutachtung heranzuziehen. Dieser letzte Satz gilt für keine Berufskrankheit so sehr wie für die Ziffer 22. Ohne die Kenntnis des Arbeitsprozesses nützen

uns großangelegte klinische Untersuchungen bei der Beurteilung von Berufskrankheiten nichts.

In der Ziffer 23 ist die Nervendrucklähmung als Berufskrankheit festgehalten, sie ist im Gegensatz zur Ziffer 22 wesentlich eindeutiger. Die N. fibularis und N. tibialis an den unteren Extremitäten werden vor allen Dingen bei Gärtnern, Landwirten, Bergleuten und Plattenlegern durch das Hocken bzw. Kniën in Mitleidenschaft gezogen. Bei Lastenträgern sind Drucklähmungen im Gebiet des N. dorsalis scapulae, N. toracicus longus und N. axillaris beobachtet worden. Differential-diagnostisch ist daran zu denken, daß Blei, Arsen, Quecksilber, Nikotin, Vitaminmangel, Diabetes, multiple Sklerose, Typhus und Lues auch als Ursache dieser Ausfallerscheinungen in Frage kommen können.

Darum auch hier wieder die Forderung nach einer eingehenden Arbeits-Anamnese, die mindestens ebenso genau sein muß wie die allgemeine Anamnese.

Es hat sich merkwürdigerweise herausgestellt, daß z. B. der N. radialis niemals von einer Drucklähmung betroffen wird, sondern daß es sich bei einer Lähmung dieses Nerven eigentlich immer um toxische Schäden handelt. Das gleiche gilt für den N. ischiadicus.

Wichtig ist für die Beurteilung, daß die Nervendrucklähmung im Anschluß an das verantwortlich gemachte Arbeitsereignis eintritt. Es kommt allerdings auch vor, daß der Nerv durch einen Dauerdruck zunächst sensibilisiert wird und dann bei einer späteren Gelegenheit ausfällt. Niemals aber kommt es längere Tage oder gar Wochen nach Unterbrechung der schädigenden Einwirkung noch zum Auftreten von Lähmungserscheinungen, und das ist ein wesentliches Moment. Wenn nämlich der in Frage kommende Arbeitsprozeß mehrere Wochen zurückliegt und eine Lähmung in den letzten Tagen den Patienten in Ihre Sprechstunde führt, dann dürfen Sie mit Sicherheit annehmen, daß hier keine Berufskrankheit der Ziffer 23 vorliegt. Als Therapie werden die Anwendung von galvanischen und faradischen Strömen, Bewegungsübungen, Vitaminpräparate sowie Strichninpräparate empfohlen. Bürkle de la Camp warnt davor, regelmäßige Erschütterungen und anschließend auftretende Nervenlähmungen als Berufskrankheit anzuerkennen. Es dürfte wohl kaum einen Arbeitsvorgang geben, der eine so starke Reizung auslöst, daß eine eventuelle Lähmung entstehen kann.

In der Ziffer 24 werden die chronischen Schleimbeutelentzündungen festgelegt. Wir finden häufig diese Erkrankung im Bereich der Bursa praepatellaris, infra-patellaris, olecrani und subacromialis. In der Hauptsache sind es Bergleute, Plattenleger und Hausangestellte, bei denen diese Erkrankung anerkannt worden ist. Auch hier ist zur endgültigen Anerkennung eine eingehende Arbeits-Anamnese erforderlich. Eine bakterielle Entzündung auf Grund irgendeiner Verletzung ist keine chronische Schleimbeutelentzündung im Sinne des Gesetzes. Es ist notwendig zur Anerkennung, daß etwa nicht nur ein Dauer-

druck in Frage kommt, sondern daß eine wiederholte, auf längere Zeit hinaus gewohnheitsmäßige Arbeitsüberbelastung den Schleimbeutel zur Entzündung gebracht hat.

Die Therapie besteht in Punktionen, Injektionen von Mitteln, wie z. B. Clauden oder Hydrocortison; die Operation sollte man möglichst hinausschieben, da das Narbengebiet häufig große Beschwerden macht.

Die Ermüdungsbrüche der Halswirbelsäule, die sogenannte «Schipperkrankheit», stehen in der Ziffer 25. Diese Erkrankung entsteht nicht durch Gewalteinwirkung. Wir erleben das Krankheitsbild an anderen Knochen als Marschfraktur, als Hustenfraktur und auch als Ermüdungsbruch am Kahnbein. Es handelt sich dabei um ein Mindestverhältnis zwischen Belastungsfähigkeit und Entlastung infolge Dauerbeanspruchung, d. h. der dauernde Wechsel von Be- und Entlastung ist für das nicht trainierte Knochengewebe zu belastend.

Den Ermüdungsbruch erkennen wir sehr leicht an seiner querverlaufenden Bruchlinie. Wenn diese bei Unterbrechung der Überbelastung vernarbt, sieht man sie im Röntgenbild als strichförmige querverlaufende knöcherne Zone (Loosersche Umbauzone). In der Literatur wird berichtet, daß diese Frakturen häufig in den ersten 6 Wochen auftreten, in denen der Patient dieser außergewöhnlichen Belastung ausgesetzt ist. Die Wirbeldornfortsatzbrüche an der Halswirbelsäule sowie *eine* Veröffentlichung von Querfortsatzbrüchen (LW III Laarmann) sind nach einer Ruhigstellung von 3 bis 4 Wochen so weit abgeheilt, daß eine weitere Behandlung nicht erforderlich ist. Auch hier wird gewarnt, die Bruchstellen durch Massage, Kurzwelle, Ultraschall oder gar Operation zu beunruhigen.

Die Ziffer 26 widmet sich dem Meniskus. In der Beurteilung der berufsbedingten Meniskuserkrankung sind wir durch pathologisch-histologische Untersuchungen wesentlich weitergekommen. Hier sind die Arbeiten aus der Schule Bürkle de la Camp und seiner Schüler besonders wichtig, und wir sehen daraus, daß nicht nur das klinische Bild, sondern auch das histologische Bild von unendlicher Wichtigkeit für die Klärung einer wirklichen Berufskrankheit sein kann. Leider ist es nicht möglich, daß wir bei anderen Erkrankungen das feingewebliche Hilfsmittel immer heranziehen können.

Wir wissen heute vom Meniskus auf Grund der obengenannten Forschungsarbeiten, daß er schon im verhältnismäßig jugendlichen Alter einem normalen Degenerationsprozeß unterliegt, der für die Begutachtung eine außerordentliche Rolle spielt.

Wenn zu dieser, sagen wir einmal, normalen physiologischen Degeneration noch die Überbelastung der Arbeit kommt, dann wird der Degenerationsprozeß dadurch beschleunigt. Bei einem Bergmann sind die Verhältnisse ohne weiteres gegeben, da durch die kniende Haltung, das ständige Gehen auf unebenem Boden und das Arbeiten mit halb gebeugten Knien der am Tibiakopf

befestigte Meniskus dauernd kniekehlenwärts verschoben ist. Es kommt also nicht nur zu einer dauernden Gewebiszerrung, sondern zu einer Stauung und Drosselung der zu- und abführenden Gefäße. Durch diesen Vorgang, der über Jahre hinausgeht, ist also erklärlich, daß ein Defekt am Meniskus auftritt und als Berufskrankheit anerkannt werden muß. Ob es hier richtig ist, sich an die Mindestarbeitszeit von 3 Jahren zu klammern, um die Berufskrankheit zu erkennen, möchte ich insofern bezweifeln, als die Konstitution des einzelnen bzw. die Konstitution des Gewebes des einzelnen so verschieden sein kann, daß schon eine kürzere Einwirkung zu einer Berufskrankheit führen kann. Die Klärung der Anerkennung einer Berufskrankheit ist aber meist noch vom Operationspräparat bzw. dessen Untersuchung abhängig.

(Interessant ist hier eine Beobachtung von *Henschel*. Er hat einen 27jährigen Bodenleger, der 12 Jahre ohne Kniepolster und Kissen gearbeitet hat, in Behandlung gehabt, welcher im Schlaf eine Meniskusruptur erlitten hat.)

Die Therapie ist grundsätzlich klinisch oder vom Facharzt durchzuführen. Auch hier ist zur Beurteilung, ob die Berufskrankheit anerkannt werden soll oder nicht, die eingehende Arbeits-Anamnese unumgänglich.

Nicht nur die chirurgischen Berufskrankheiten, sondern die Berufskrankheiten alle sind in ihrer Begutachtung häufig sehr umstritten, und man sollte sich deshalb nicht nur auf das jeweilige Gutachten eines Facharztes oder einer Klinik stützen, sondern sollte mindestens gleichzeitig das Gutachten des Arbeitsmediziners bzw. des Werksarztes mit heranziehen.

#### *Zusammenfassung*

In diesem Vortrag wurde versucht, eine oberflächliche Übersicht über die wichtigsten chirurgischen Berufskrankheiten zu geben. Insbesondere aber ging es mir darum, auf eine Lücke im Gutachterwesen der Berufskrankheiten hinzuweisen, die darin besteht, daß meistens der Arbeitsmediziner bzw. Werksarzt nicht zu den Begutachtungen der Berufskrankheiten zugezogen wird.

#### *Résumé*

Dans cette conférence on a essayé de donner un aperçu superficiel des principales maladies professionnelles de type chirurgical. En particulier on a attiré l'attention sur l'imperfection de l'expertise en matière de maladies professionnelles. Cette imperfection est due au fait que, dans la plupart des cas, les médecins du travail ne sont pas consultés pour ces expertises.

#### **Literatur**

*Balthasar*: Vortrag bei der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde 1953 in Bad Neuenahr.

*Bürkle de la Camp*: Handbuch der gesamten Unfallheilkunde.

*Blumensaat*: 61. Jahrgang, Heft 12, Monatschrift für Unfallheilkunde.

*Laarmann*: Die Chirurgischen Berufskrankheiten und 60. Jahrgang, Heft 5, Monatschrift für Unfallheilkunde.

*Mohing*: Der medizinische Sachverständige, August 1956, Nr. 4.

*Reischauer*: 60. Jahrgang, Heft 11, Monatsschrift für Unfallheilkunde.

*Schiller*: Band 7/57, Heft 10, Zentralblatt für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz.

*Weisbach*: 61. Jahrgang, Heft 4, Monatsschrift für Unfallheilkunde.

*Wittgens*: Der ärztliche Dienst der Deutschen Bundesbahn, 16. Jahrgang, Heft 11.

## Referate

### Jahresbericht der Zentralstelle für Eheberatung in Zürich für 1958

« Dans un monde qui va trop vite, j'ai décidé de vivre lentement. » Diesen Ausspruch von Albert Camus möchte ich an den Anfang unseres Jahresberichtes stellen. Wenn wir die Tätigkeit eines Jahres überblicken, so fällt es schwer, sie auf einen Nenner zu bringen; und doch, ist es nicht gerade dieser Ausspruch von Camus, der die Problematik unserer Zeit zusammenfaßt und gleichzeitig auch das Abwehrmittel andeutet? Die Probleme der Ratsuchenden spiegeln die Nöte und Schwierigkeiten unserer Zeit wider. Auf der langen Liste, die man hier aufzählen könnte, steht an der Spitze der allgemeine Eindruck, daß es immer mehr Ratsuchende gibt, die der Belastung des Lebens deshalb nicht gewachsen sind, weil sie einer irgendwie gearteten Tradition oder einer tragenden Weltanschauung entbehren. Sie erliegen daher nur allzu leicht den Suggestionen der technischen Zivilisation. Auf der Jagd nach deren Errungenschaften vergessen sie, was uns allen so nötig ist wie das tägliche Brot, die Besinnung auf oft nur verschüttete, höhere Werte. Gelingt es der Beratung, hier anzusetzen, so stößt sie auf Möglichkeiten der Sanierung. Auf diese Weise überschreitet die Eheberatung immer wieder den relativ engen Rahmen dessen, was statistisch erfaßbar ist.

Wenn unsere Beraterinnen berichten, daß sie auch von ratlosen Eltern aufgesucht werden, die mit ihren Kindern, vor allem in den Pubertätsjahren, nicht fertig werden, so zeigt sich auch hier der enge Zusammenhang zwischen Ehe- und Familienberatung. Nur zu oft spiegeln sich in den wirklichen – oder vermeintlichen – Konflikten mit den Kindern die mehr oder weniger eingestandenen Ehekonflikte der Eltern. Das ist nur eines von vielen Beispielen, die sich statistisch nur mit dem Stichwort unserer Hauptrubrik « Allgemeine Eheschwierigkeiten » zusammenfassen lassen. Bedrückend bleibt das Problem, wie den Kindern aus schlechten, gefährdeten, getrennten oder geschiedenen Ehen zu helfen sei.

Trotz großer Bemühungen gelang es uns nicht, an der SAFFA, so, wie wir es gewünscht hätten, gemeinsam mit allen öffentlichen Eheberatungsstellen der Schweiz in zweckentsprechender Weise unsere Bestrebungen zur Darstellung zu bringen. Wir mußten uns damit begnügen, in der Halle « Eltern und Kinder » ein Flugblatt mit dem Verzeichnis der Eheberatungsstellen in der Schweiz und einige von unseren Broschüren aufzulegen.

Über die Tätigkeit im Berichtsjahr gibt die nachfolgende Statistik Auskunft.

Zwei Vorträge wurden veranstaltet und waren gut besucht. Es sprachen am 10. Januar 1958 Dr. jur. F. Nehrwein über « Wo kann der Eheschutzrichter helfen? » und am 14. Februar 1958 Frl. Dr. jur. S. Bovet über « Das Recht der Frau in der Ehe ».

Wir möchten diesen Jahresbericht nicht schließen, ohne einer mutigen Vorkämpferin, Frau Dr. Marie C. Stopes, zu gedenken. Sie starb hochbetagt am 2. Oktober 1958. Ihre Schriften, wie « Weisheit in der Fortpflanzung », « Glückhafte Mutterschaft » und « Liebe in der Ehe », haben auch in deutscher Sprache weite Verbreitung gefunden.

Der Stadt Zürich, sodann der Direktion der Fürsorge des Kantons Zürich, der David Rosenfeldschen Stiftung, dem Verein « Zürcher Brockenhaus » und der « Gemeinnützigen Gesellschaft des Bezirkes Zürich », die uns im vergangenen Jahr durch namhafte Beiträge in unseren Bestrebungen unterstützten, danken wir auch an dieser Stelle bestens.

Der Präsident:

Dr. med. W. Deuchler

Zürich, im Februar 1959.