



Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

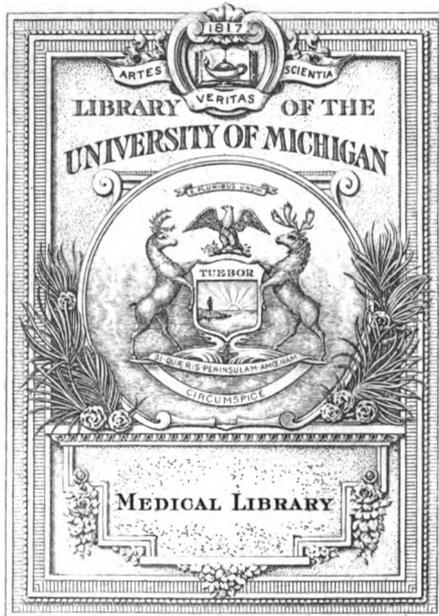
Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.



A

3 9015 00382 752 7

University of Michigan - BUHR



610.5

A44

Z5

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN



UNTER DER MITREDAKTION VON
BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-
Berlin-Dahlem, KLEIST-Frankfurt a. M.

DURCH
GEORG ILBERG
DRESDEN

ACHTUNDNEUNZIGSTER BAND



BERLIN UND LEIPZIG
WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEM'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGS-
BUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP.

1932

11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

—
Alle Rechte vorbehalten.
—

Archiv-Nr. 58 05 32

Inhalt.

Originalien.

Kann die Versorgung der Geisteskranken billiger gestaltet werden und wie? Von Sanitätsrat Dr. <i>E. Brats</i> -Berlin-Wittenau	1
Über liquornegative und liquorsanierte Paralysefälle der psychiatrischen Uni- versitätsklinik Burghölzli-Zürich. Von <i>Hans Schöffeler</i> -Romanshorn ...	41
Die postencephalitischen-psychischen Zustände der Kinder und Jugendlichen in klinischer, forensischer und fürsorglicher Beziehung. Von Dr. <i>Franz</i> <i>Bier</i> -Berlin	71
Über Geistesstörungen bei perniziöser Anämie. Von Regierungsmedizinal- rat Dr. <i>Francke</i> -Großschweidnitz	93
Über Schizophrenie im Kindesalter. Zugleich ein Versuch an Hand zweier Fälle die Grundsymptome der Schizophrenie Erwachsener bei der kind- lichen Schizophrenie nachzuweisen. Von Dr. med. <i>R. Niedenthal</i> -Franken- thal (Pfalz)	105
Anschauungen, Beobachtungen und Erfahrungen über die Unterbringung ge- meingefährlicher Geisteskranker in dem festen Bewahrrhause der Provin- zialheilanstalt zu Eickelborn in Westfalen. Von Dr. <i>Ferdinand Hürten</i> - Eickelborn	122
Beitrag zum inneren Erleben der Schizophrenie und zur seelischen Verar- beitung therapeutischer Bemühungen. Von <i>Adolf Friedemann</i> -Berlin- Buch	140
Vortäuschungen von Unfällen und ihren Folgen in gewinnstüchtiger Absicht. Von <i>Marianne Conen</i> -Bonn	150
Erfahrungen mit der Diagnostentabelle 1930 zur Statistik der Geisteskrank- heiten. Von <i>Kurt Schneider</i> -München	172
Bibliographische Übersicht der Literatur aus dem Gebiete: „Geisteserkrank- ungen bei den Juden.“ Von Dr. med. <i>Rafael Becker</i> -Otwock bei Warschau	241
Über Kriminalbiologie. Vortrag (Febr. 1932) in der Münchener jurist. Studien- gesellschaft. Von Ob.-Med.-Rat Dr. med. <i>Th. Vierstein</i> -München ..	277
Über den Anaschá-Rausch. Von Professor Dr. <i>N. Skliar</i> und Dr. <i>A. Iwanow</i> - Astrachan	300
Das psychopathische Kind im Rahmen der Schulgesundheitspflege. Von Oberarzt Dr. <i>Paul Würfler</i> -Eberswalde	331
Die Physiognomie des Kindes als Hilfsmittel der Schulerziehung. Von Dr. phil. <i>Herbert Schmidt</i> -Lamberg	372
Kinder als Brandstifter. Von Dr. phil. <i>Herbert Schmidt</i> -Lamberg	377
Der Neubau der preußischen Universitätsklinik für Nerven- und Gemüts- kranke in Münster i. W. Von Professor Dr. <i>F. Kehrer</i> -Münster	381
Die Ausschaltung der Minderwertigen aus der Gesellschaft. Von Privatdozent Dr. <i>B. Kühn</i> -Erlangen	387

Zur Klinik der Narkolepsie. Von <i>Ludwig Giesen</i> -Freiburg/Br.	405
Mikroptische Halluzinationen in einem Falle von Epilepsie. Von San.-Rat, Dr. <i>Rudolf Ganter</i> -Wormditt	413
Zur Rechtsprechung des Reichsgerichts in der Frage der Geschäftsfähigkeit. Von <i>Walther Riese</i> und <i>Otto Rothbarth</i> -Frankfurt a. M.	417
Makrobasie bei chronischer Encephalitis epidemica. Von <i>Wilhelm Lange</i> - Chemnitz-Altendorf	423
Intravenöser Morphinmißbrauch. Von Dr. <i>Ahmed Schükrü</i> -Istanbul	426
Über drei mit Lähmung des nervus abducens beginnende Encephalitisfälle und ihre Behandlung mit intra-venösen Urotropineinspritzungen. Von <i>Ihsan Schükrü</i>	427
Aus unserer psychiatrischen Gutachtertätigkeit.	
Gutachten über einen Fall von Verstümmelung des Ehegatten. Von Dr. <i>Harald Siebert</i> und Dr. <i>Ludwig Neimanis</i> -Libau	177
Berichte über das Irrenwesen des Auslandes.	
Türkischer Verein für Psychiatrie und Neurologie in Istanbul	429
Der gegenwärtige Stand der progressiven Paralyse in der Türkei. Von Prof. Agr. Dr. <i>Fahrreddin Kerim</i>	430
Neueres aus englischen Untersuchungen zum Kapitel „Alkohol und Geistes- störung“. Von Dr. <i>Flaig</i> -Berlin.	434
Verhandlungen psychiatrischer Vereine.	
Protokolle der Forensisch-Psychiatrischen Vereinigung zu Dresden. 216.— 232. Sitzung	184
54. Jahresversammlung südwestdeutscher Psychiater am 24. und 25. Oktober 1931 in der Klinik für Gemüts- und Nervenranke Frankfurt a. M.	437
Kleinere Mitteilungen.	
Nekrolog <i>Vorkastner</i>	213
<i>Reich</i>	216
<i>Schlegel</i>	217
Personalia	219, 471
Buchbesprechungen: <i>Bunke</i> , 8. Band des Handbuchs für Geisteskrankheiten	220
<i>Lersch</i> , Gericht und Seele	238
<i>Peritz</i> , Nervenkrankheiten des Kindesalters	239
<i>Bogen</i> und <i>Lipmann</i> , Gang und Charakter	240

Autoren-Register.

Becker 241	Iwanow 300	Schmidt-Lamberg 372,
Bier 71	Kehrer 381	377
Bratz 1	Kerim 430	Schneider 172
Conen 150	Kihn 387	Siebert 177
Flaig 434	Lange 423	Skliar 300
Francke 93	Neimanis 177	Schükrü 426
Friedemann 140	Niedenthal 105	Schükrü 427
Ganter 413	Riese 417	Viernstein 277
Giesen 405	Rothbarth 417	Würfler 331
Hürten 122	Schäffeler 41	

Kann die Versorgung der Geisteskranken billiger gestaltet werden und wie?

(Vom Deutschen Verein für Psychiatrie gestellte Preisarbeit.)

Von

E. Bratz, Direktor der Berlin-Wittenauer Heilstätten *).

Inhalt.

Einleitung:

Die Gutachten des Reichssparkkommissars. Bisher erfolgte Verbilligungsmaßnahmen.

Sachliche Ausgaben:

Heizung, Beleuchtung, Beköstigung, Kleidung, Arzneiverordnung, Bauten. — Arbeitstherapie. Landwirtschaft.

Krankenverteilung, Aufnahmen und Entlassungen:

Die einzelnen Krankheitsgruppen. Wissenschaft und Forschung. Sonderabteilungen, Offene Fürsorge. Familienpflege. Pflegeheime. Pflegeanstalten.

Ärzte, Pflege- und sonstiges Personal.

Zusammenfassung der Ergebnisse.

Anlagen:

Anlage 1: *Sabath*, Zusammenfassung der bisherigen Sparkommissar-Gutachten betr. Heil- und Pflegeanstalten.

Anlage 2: Bisherige Sparmaßnahmen in der deutschen Geisteskrankenfürsorge.

Anlage 3: Deutscher Städtetag: Rundfrage über die Kosten der offenen Fürsorge für Alkoholiker.

Anlage 4: Erfolgsstatistik über die Alkoholikerbehandlung.

a) Dtsch. med. Wschr. 1931.

b) Zählkarte des Verbandes Deutscher Trinkerheilstätten.

Anlage 5: *Baar*: Allg. Ztschr. Psychiatr. 1929, betr. Wirtschaftlichkeit einer Sonderabteilung für Nervöse.

Anlage 6: Dienstplan — Diagramm betr. Verteilung des Pflegepersonals.

Anlage 7: Leitsätze betr. wirtschaftliche Arzneiverordnung.

*) Vom Deutschen Verein für Psychiatrie mit dem I. Preise bedacht.
Zeitschrift für Psychiatrie. XCVIII.

Anlage 8: Die Dienstzeiten des Pflegepersonals in den preußischen Provinzen.

Anlage 9: Wirtschaftliche Auswirkung eines Abstinenz-Sanatoriums.

Anlage 10: Wirtschaftlicher Nutzen der Pflegeheime.

Dem Preisrichterkollegium waren auch die oben als 1, 4, 5, 6 und 8 benannten Anlagen unterbreitet, die hier zur Kürzung des Druckumfanges weggelassen sind, aber Interessenten durch die Berlin-Wittenauer Heilstätten zugänglich gemacht werden können.

Der Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie hat Vorschläge zu größerer Wirtschaftlichkeit und damit zum Sparen, erforderlichenfalls zum Abbauen gewünscht. Es ist dabei — sicher mit voller Absicht — uns zunächst die Frage »ob überhaupt« vorgelegt und dann die Frage »wie«.

Da der harte Zwang des Sparenmüssens, der alle Stellen unseres Vaterlandes und damit auch unsere Anstalten und Fürsorgeeinrichtungen gebieterisch betrifft, dem Deutschen Verein natürlich nicht unbekannt ist, so faßt der Verfasser dieser Arbeit die vorsichtige Formulierung des Themas dahin auf: Was kann, wenn bisher im wesentlichen die Behörden die Führung bei den Verbilligungsmaßnahmen gehabt haben, von uns Psychiatern in dieser Richtung geschehen? Wie kann unter des Psychiaters maßgebender Mitwirkung an den richtigen Stellen das Sparen einsetzen, d. h. in der Weise, daß die Heilung und Besserung des Zustandes unserer Kranken in der Gegenwart und daß die Gesamtentwicklung der psychiatrischen Fürsorge für die Zukunft keine wesentlichen Schäden erleidet?

Diese Auffassung der Ziele des Preisausschreibens wird bestärkt durch das Studium der Gutachten des Herrn Reichssparkommissars. Insbesondere wird auf ihre durch den Oberreg.-Rat *Sabath* gegebene Zusammenfassung verwiesen ¹⁾. Wenn man diese Gutachten sorgfältig prüft, wenn man dazu die Mühe sich nimmt, zum Vergleiche aus den dicken und dünnen Bänden wenigstens einige Gutachten über die anderen Gebiete der Staatsverwaltung zu studieren, so wird man zunächst der befolgten Methodik bis zu einem gewissen Grade folgen müssen. Man wird erkennen, wie der nach Verbilligung strebende Verwaltungsbeamte, wenn er auch das einzelne Fach nicht beherrscht, doch nicht ohne sorgsam aufgebaute Grundlagen seine Vorschläge macht, wie er überall die ähnlichen deutschen Einrichtungen, ihre Bedingungen und ihre Kosten vergleicht und dann zu der Forderung vordringt, an der Stelle zu sparen, welche gleiche oder geringere Leistungen nur mit höheren Ausgaben vollbringt. Man wird weiter sehen, daß der

¹⁾ Verlag J. Heß, Stuttgart 1931. Sonderheft aus »Reich u. Länder«, V. Jahrgang.

Sparkommissar und seine Mitarbeiter im Laufe ihrer Bemühungen seit dem Gutachten für Hessen von 1929 bis zu der Zusammenfassung von 1931 ihre Anschauungen genauer umschrieben haben und jetzt nach der Mitarbeit des Psychiaters und nach Beibringung statistischen Materials geradezu rufen. Wir Psychiater werden uns dieser Mitarbeit, dieser von *Sabath* geforderten »Belebung der Diskussion«, so verantwortungsvoll sie ist, in vaterländischem und unserer Kranken Interesse nicht entziehen. Mag vielleicht die anfängliche Kritik unserer Fachgenossen 1929 hier und da hart gewesen sein, ein gedeihliches Vollbringen erfordert kaum auf anderem Gebiete mehr die Mitwirkung des Fachmannes als bei der Geisteskrankenfürsorge. Der Fachmann allein wird die großen Unterschiede überblicken können, welche bezüglich Verbilligung der Fürsorge zwischen den verschiedenen Formen der psychisch Erkrankten, zwischen Schizophrenen, Paralytikern, Senil-Dementen, Psychopathen, Epileptikern und Schwachsinnigen bestehen. Der Geisteskranke kostet — was die Sparkommissargutachten an keiner Stelle berücksichtigen — Aufwendungen nicht nur durch Anstaltsbehandlung und Außenfürsorge. Der Geisteskranke verursacht nicht nur der Familie, sondern auch der Öffentlichkeit ohne jede organisierte Hilfe oft ungeheure Aufwendungen. Man denke an die Kosten, welche der Alkoholist durch Unfälle, Krankenhausbehandlung, von ihm hervorgerufene Streitigkeiten, polizeiliches und strafgerichtliches Einschreiten, Vormundschaft und Wohlfahrtsunterstützung für sich, Frau und Kinder verursacht. Auch der Beigeordnete des Verbandes der preußischen Provinzen, *Zengerling*, welcher auf der Dezernentenkonferenz der deutschen Irrenanstaltsverwaltungen, einer allerdings nur beratenden Instanz, das Referat über Verbilligung der Geisteskrankenfürsorge 11. Dezember 1931 erstattet hat, steht auf dem Standpunkt, daß zu diesem Thema der Psychiater das Wort ergreifen solle (vgl. *Zengerling*, Dtsch. Ztschr. f. Wohlfahrtspf. 1931).

Was ist nun bereits an Sparmaßnahmen geleistet? Während nach Kriegsende infolge der deutschen Organisationsänderungen und des Bedürfnisses nach sozialen Taten vielerorts statt eines Abbaues eine Vermehrung des behördlichen Apparates und der Fürsorgeeinrichtungen eintrat, waren die Irrenanstalten entleert infolge eines durch Unterernährung 1917 bis 1919 erfolgten Massensterbens. Ein Teil der Krankengebäude der Anstalten wurde 1919 als Wohnungen für Vertriebene eingerichtet, Ärzte und anderes Personal wurde abgebaut. Merkwürdigerweise ist diese erste Welle der Sparmaßnahmen, welche über die Geisteskrankenfürsorge bereits hinweggegangen ist, in den einschlägigen Veröffentlichungen kaum erwähnt. Es hat zwar der Krankenzustrom innerhalb einiger Jahre nach Kriegsende überall die Bestände an Patienten wieder-

aufgefüllt, aber der damalige Ärzteabbau ist nur etwa zur Hälfte wieder rückgängig gemacht worden.

Die zweite stärkere Welle hat uns jetzt, diesmal gemeinsam mit dem gesamten Vaterlande, getroffen. Es galt in den letzten Jahren und gilt weiter, jede Ausgabe, wo nur irgend möglich, zu drosseln, um der gegenwärtigen Not der öffentlichen Kassen zu unserem kleinen Teile abzuhelfen. Über die Augenblicksnot hinaus wird noch viele Jahre strenge Sparsamkeit erforderlich sein.

Was bisher zur Verbilligung der Geisteskrankenfürsorge in Deutschland geschehen ist, ist für diese Darlegung durch eine Umfrage bei den Verwaltungen erfaßt und — stark gekürzt — als Anlage beigelegt. Interessenten steht der ausführliche Text bei den Berlin-Witt. Heilstätten zur Verfügung. Eine ähnliche Sammlung, durch Umfrage bei den Anstalten selbst, hat neuerdings *Nitsche-Sonnenstein* angelegt.

Sachliche Ausgaben.

Wenn auch vielfach die sachlichen Ausgaben den Stand der Vorkriegszeit zum Teil schon unterschritten haben, so bleibt hierbei doch zu berücksichtigen, daß in weiten Kreisen der Bevölkerung die gesamte Lebenshaltung sich verschlechtert hat. Soweit nicht der Heilerfolg unmittelbar berührt wird, kann und muß daher auch bei der Versorgung der Kranken der entsprechende Maßstab bei der Schaffung von Einrichtungen und der Bemessung von Ausgaben zugrundegelegt werden. Ausgaben, die an sich wünschenswert sind, aber nur der Bequemlichkeit oder dem besseren Aussehen dienen und keinen wirtschaftlichen Nutzen aufweisen, können unbedenklich unterlassen werden. Die Hauptsumme der sachlichen Ausgaben sind Heizung, Beleuchtung, Beköstigung, Wäsche, Lagerung und Unterhaltung der Bauten und Anlagen. Ins Gewicht fallende Summen könnten nur hier eingespart werden.

Heizung. Zunächst fällt hier die Leitung des Sparens neben den Fachbehörden dem Betriebsingenieur zu. Wesentlich ist die Ermittlung der für die Heizanlage wirksamsten Kohlenart, um eine möglichst rationelle Ausnutzung der Brennstoffe zu erzielen. Vielfach wird man dann auf die teuersten Kohlensorten verzichten können. Die Bedienung der Heizanlage erfordert weiter dauernde Überwachung, um unnützen Verbrauch an Brennstoffen zu verhindern. Für den Betriebsbeamten ist es nun wesentlich, welche Anforderungen an Wärmelieferung seitens der ärztlichen Leitung gestellt werden. Der ärztliche Direktor kann, solange die Notzeiten dauern, die Verantwortung übernehmen, für die meisten Kranken die Herstellung dauernd behaglicher (Luxus-) Wärme nicht zuzulassen. Die Besserung unserer Chronisch-Schizophrenen wird nicht schädlich beeinflusst, wenn nachts bei geringerer Heizung

der Kranke durch Ausgabe einer zweiten Woldecke vor Frieren geschützt wird. Es genügt, für akut Erkrankte und Heilbare einige Abteilungen oder Zimmer mit gleichmäßiger Erwärmung in der Anstalt zu haben, auch für solche Kranke, denen unzufriedene, nörgelnde Stimmung wirklich schaden würde.

Erforderlich sind für die Durchführung drakonischer Sparsamkeit in der Beheizung selbstregistrierende Thermometer, welche eine Kontrolle etwaiger Klagen jederzeit ermöglichen, Sinken unter die zugelassene Minimaltemperatur anzeigen. Auch wird durch diese ein Vergleich zwischen analogen Abteilungen, etwa zwischen den Aufnahmehäusern der Anstalt, möglich. Bei Klarstellung der Sparsamkeitsziele und periodischer Besprechung mit den Ärzten und beteiligten Verwaltungsbeamten bis zu den Heizern wird das Verständnis und der Wetteifer der Beteiligten belebt.

Es kann gelingen, die Etatsansätze an Brennstoff um 10—20 Prozent zu unterschreiten.

Ähnlich liegen die Verhältnisse bei der Beleuchtung. Der nachträgliche Einbau von Sonderzählern auf allen Häusern, um Vergleichung und Wetteifer zu gewinnen, wie bei der Heizung soeben geschildert, kann allerdings teurer werden als die dadurch zu ersparenden Summen.

Aber auch hier kann das verständnisvolle Zusammenarbeiten aller Beteiligten, insbesondere die Mitwirkung der Ärzte, das Abstellen vieler Lampen für viele Stunden ermöglichen, ohne daß Unfälle geschehen und ohne daß ihre Möglichkeit übertreibend und den Sparer hemmend an die Wand gemalt wird. Die zweckmäßige Anbringung der Lampen — keine Deckenbeleuchtung bei hohen Räumen — kann den Ersatz starker Glühlampen durch schwächere zulassen. Eine Änderung der Diensterteilung für die Wintermonate, so daß die Kranken eine Stunde später aufstehen, die Hauptdienstzeit des Pflegepersonals die gleiche Stunde später beginnt, trägt ebenfalls zu Ersparnissen bei, da hierdurch auf die Beleuchtung der Häuser in den Frühstunden verzichtet werden kann.

Die Beköstigung bietet erhebliche Sparmöglichkeiten. Wie die Umfrage zeigte, werden bereits in allen deutschen Anstalten bedeutende Summen bei diesem Titel eingespart, wobei allerdings die sinkenden Nahrungsmittelpreise zu Hilfe kamen. Siehe Anlage 2.

Der ärztliche Direktor kann hier auf sicherer Grundlage die Verantwortung für die Herabsetzung der Beköstigungssumme übernehmen, wenn er die Gewichte seiner Kranken regelmäßig, etwa allmonatlich, feststellen läßt. Aus den Durchschnittsziffern oder Kurven kann er ablesen, ob Kostverminderungen das Durchschnittsgewicht wesentlich sinken lassen und ob das Gewicht der in der Anstalt bleibenden Kranken besser ist als das Aufnahme-gewicht.

Unsere Chronisch-Kranken wie die Schizophrenen, Senildementen, defekt gebliebenen Paralytiker brauchen im allgemeinen in der Anstalt keine bessere Kost zu erhalten als sie zu Hause gewöhnt waren. Wo der Einzelfall reichliche und besondere Ernährung erfordert, wie bei akuten Psychosen, wird Extraverordnung eingreifen. Bei der Verordnung von Zulagen wird der Arzt daran denken müssen, daß diese infolge der feststehenden Summe des Beköstigungsetats nur auf Kosten der allgemeinen Beköstigung möglich sind, so daß eine Beschränkung der Extraverordnungen auf die unbedingt erforderlichen Fälle auch im unmittelbaren ärztlichen, allen Kranken dienenden Interesse liegt.

In vielen Anstalten und Krankenhäusern sind Maßnahmen bereits in der Praxis ausprobiert, die dahin gehen, daß die sparsam auskalkulierte und liebevoll und sauber zubereitete Kost auch an den Mann kommt, auch genügend ausgenützt wird. Nicht nur die Eßportionen, sondern auch die Brotrationen müssen, je nach dem Bedarf der Kranken bemessen, ausgeteilt werden. Regelmäßige Kontrolle der Speiserestekübel ist selbstverständlich. Sobald von einem Hause mehrfach viel Speisereste zurückkommen, muß automatisch Regelung der Zufuhr erfolgen. Nicht ausgeteilte Speisen dürfen nicht in die Speiserestkübel geschüttet werden, sondern müssen unverzüglich nach Austeilung des Essens wieder der Küche zur Verfügung gestellt werden, der die Entscheidung obliegt, in welchem Umfange sie noch verwandt werden können.

Das vielerörterte Problem des zentralen Einkaufes für die Anstalten gleicher Verwaltung, das für Lebensmittel, aber auch für andere Dinge bedeutsam ist, wird auch der Anstaltsdirektor verfolgen müssen. Die Entscheidung kann der Psychiater den Verwaltungsbehörden überlassen. Hierbei muß aber darauf hingewiesen werden, daß die Anstalten vielfach nicht in der Lage sind, die erzielten Ersparnisse voll ihrem Haushaltsplan zuzuführen, da infolge der ungünstigen Kassenlage die Behörden dazu übergegangen sind, unter Verzicht auf den etwa 3% betragenden Skontoabzug die Zahlungen an die Lieferanten nicht in bar, sondern gegen drei Monate Ziel auszuführen. Die Sachansätze der Anstalten werden daher automatisch auf diesem Wege um 2—3% gekürzt.

Kleidung. Man hat vorgeschlagen, dadurch die Kosten für Anstaltskleidung herabzumindern, daß man die Kranken ihre eigenen Sachen — nach stattgehabter Desinfektion — tragen läßt. Die meisten Anstaltsdirektoren werden keine psychiatrischen Bedenken dagegen erheben, daß die Uniformität der Anstaltskleidung noch mehr verschwindet, zumal wir schon jetzt vielerorts diejenigen Kranken, welche ordentliche Kleidung besitzen und sonst geeignet sind, dieselbe tragen lassen. Mit Rücksicht auf den mit Jahreszeit und Verschleiß sowie für die Entlassung erforderlichen Ersatz dürfte

keine erhebliche Ersparung von solcher Regelung zu erwarten sein. Soweit die Anstalten Bekleidung und Bettwäsche in eigenen Betrieben unter Beschäftigung der Kranken herstellen und instandhalten, werden sich auf diesem Gebiete große Ersparnisse kaum noch erzielen lassen. Entgegengetreten werden muß dem Bestreben der einzelnen Häuser auf Vorratswirtschaft. Weiter muß Bedacht gelegt werden auf sorgfältige Prüfung und sparsame Aussonderung der Wäschestücke.

Vielfach wird zur Lagerung der unsauberen Kranken Holzschliff verwendet. Ob unbedenklich zu dem in der Kriegszeit verwandten viel billigeren Sägemehl zurückgegriffen werden kann, hängt von der Eignung, insbesondere der Aufsaugfähigkeit des gelieferten Materials ab.

Die Arznei-Verordnung stellt ein Gebiet dar, auf dem in den Irrenanstalten fortlaufend und mit zu Buche schlagendem Erfolge gespart werden kann. Es geht nicht an, sich damit zu entschuldigen, daß neuerdings Insulin, Leber- und Hormonpräparate, allerhand Sera mit hohen Preisen gebraucht werden. Sie betreffen nur Einzelfälle. Stärkerer Arzneiverbrauch in größerem Umfange ist nur durch die Beendigung der Malariakur mit Chinin und durch die Nachkur mit Neosalvarsan oder Wismut erforderlich geworden.

Von den Schlaf- und Beruhigungsmitteln und überall sonst können die billigeren bevorzugt werden. Das Arzneiverordnungsbuch der deutschen Arzeneikommission gibt dazu eine ausgezeichnete, noch viel zu wenig beachtete Anleitung.

Praktisch sind auch die in Anlage 7 wiedergegebenen Leitsätze von *Wiehl*.

Manchenorts hat man eingeführt, daß in den Arzneiverordnungsbüchern regelmäßig der Preis der Medizinen vom Apotheker vermerkt wird, damit der Stationsarzt fortlaufend belehrt wird. Am wirksamsten für die Durchführung des Sparens ist regelmäßige Kontrolle durch den Anstaltsdirektor und Vergleiche zwischen den verschiedenen Stationen, hier wie sonst mit der schon für andere Gebiete empfohlenen regelmäßigen Offenlegung der Ergebnisse für alle Beteiligten.

Mancher Anstaltsleiter hat früher mit Recht darauf gehalten, den neu aufgenommenen und vielen anderen mit Beschwerden behafteten Kranken auch aus psychotherapeutischen Gründen Medizin verschreiben zu lassen. Solche Verordnung muß, wie *Vonessen* (Zeitschr. f. d. ges. Krankenhauswesen 1931, S. 633) betont, jetzt bis auf weiteres wegfallen. Der Anstaltsleiter muß dafür Sorge tragen, daß nicht einzelne Stationsärzte aus mangelnder Einsicht oder aus Schlendrian die planvolle Absicht des Ganzen stören.

Wenn hier bezüglich der sachlichen Ausgaben des ordentlichen Haushalts die Forderung vertreten wurde, daß für die Durchführung der Sparmaßnahmen das Interesse der Ärzte, Verwaltung und Pflegepersonen wachgerufen und wachgehalten werden muß, so mag in dieser Beziehung noch eine Anregung gestattet sein: Vielleicht ist es möglich, nach Abschluß des Haushaltsjahres einen kleinen Bruchteil des am Etat Ersparten der Anstalt für Kranke und die Wissenschaft wieder zur Verfügung zu stellen. Solcher Lohn würde als sichtbare Prämie für den Spareifer im ganzen Haushaltsjahr winken und den Gedanken des Sparens einmal von anderer Seite als von der Anstaltsleitung in die Köpfe aller Beteiligten einhämmern.

Bauten. Neubauten, sei es ganzer Anstalten, sei es nur einzelner Häuser, sind besonders kostspielig und müssen in dieser Zeit vermieden werden. All unser psychiatrisches Sinnen und Planen muß also, sofern neue Bedürfnisse durch Krankenzuwachs eintreten, dahin gehen: wie können wir den neuen Anforderungen ohne Neubauten genügen? Im folgenden wird davon mehrfach die Rede sein. Kleine Umbauten wie Türdurchbrüche und dgl. können zulässig sein, wenn sie die Überwachung der Räume mit weniger Pflegepersonal ermöglichen und dadurch eine Einsparung bringen, welche die baulichen Kosten übertrifft. In letzterer Beziehung wird hier die Ansicht von *Sabath* geteilt, der sagt: »In älteren und unübersichtlich angelegten Anstalten lassen sich oft mit geringen Aufwendungen bauliche Verbesserungen wie Vergrößerung der Räume und Beseitigung störender Zwischenräume und Flure anbringen, welche die Wirtschaftlichkeit des Anstaltsbetriebes wesentlich erhöhen. Soweit ein wirtschaftlicher Nutzen aber nicht erzielt wird und es sich nur um Verbesserungen des Aussehens handelt, kann von Ausgaben abgesehen werden.« Die Erneuerung von Wandanstrichen wird sich bei gründlicher Reinigung mit Wasser und Seife geraume Zeit hinausschieben lassen, so daß im Einzelfall vielleicht nur das wenige Kosten verursachende Weißen der Decken erforderlich wird.

Arbeitstherapie. Manche Behörden versprechen sich von einem Ausbau der Arbeitstherapie, von einer gut aufgezogenen Beschäftigung der Kranken nennenswerte, den Betrieb der Anstalt wesentlich entlastende Einnahmen. Aus jahrzehntelanger Erfahrung muß leider dem Sparkommissar und anderen Behörden gesagt werden, daß solche Hoffnungen zu weit gespannt sind. Ein solcher Ertrag der Krankenarbeit hat sich bisher nur hier und da ergeben, wo offiziell oder offiziös die Erzeugnisse an die Industrie verkauft werden konnten. Eine derartige Konkurrenz für die erwerbslosen Geistesgesunden kann aber bei der jetzigen Zeit nicht verantwortet werden. Bleibt übrig die Arbeit für den eigenen Bedarf

der Anstalt. Mit dieser, wenn sie in weitestem Umfange betrieben wird, lassen sich allerdings für die öffentliche Hand fortlaufend Ersparnisse erzielen. Nicht nur Wäsche, Matratzen, Strümpfe usw. können von unseren Kranken gefertigt werden. Alle kleineren Bauten und Umbauten und nicht nur der Maleranstrich lassen sich von den Kranken unter Aufsicht des Anstaltsbetriebsbeamten und der Handwerkerpfleger herstellen. Bei größeren von Kranken auszuführenden Arbeiten, beispielsweise der Errichtung einer Liegeveranda, Anlegung eines befahrbaren Weges wird die Anstalt technischen Rat, Kostenanschlag und Ausführungsüberwachung der zuständigen Bauinstanz nicht entbehren mögen.

Erhebliche Ersparnis kann die gut geregelte Arbeit der Kranken aber an Personal bringen. Im Waschhaus und in der Küche, an allen Stellen, wo sonst Hauspersonal benötigt wird, sind ja schon seit Jahrzehnten in den Anstalten Kranke eingesetzt und könnten hier und da noch mehr tätig sein.

Manche Rücksichten haben uns früher an ausgedehnter Verwendung der Kranken zu Schreib- und Sekretärarbeiten gehindert, vor allem die Furcht vor der zwar seltenen, aber doch gelegentlichen Durchbrechung der Diskretion durch Kranke. In dieser Notzeit sollte man dergleichen als das kleinere Übel ansehen und die Kranken mit dem Abschreiben von Krankheitsgeschichten, Reinschriften von wissenschaftlichen Arbeiten und Gutachten, Hilfssekretärdiensten in allen Büro- und Verwaltungszweigen der Anstalt beschäftigen, naturgemäß die Aufsicht planmäßig regeln.

Landwirtschaft. Im Zusammenhang mit der Beschäftigung der Kranken wird in den Sparkommissar-Gutachten die Frage erörtert, ob große landwirtschaftliche Flächen, die von der Anstalt sich nicht mit Gewinn bewirtschaften lassen, nicht besser abgestoßen werden. Jede Anstalt braucht einen Gürtel freien Landes um die Krankengebäude, zum Schutze gegen Einblick und Belästigung, zur Bewegung der Kranken, für reine Luft. Ein Teil von Garten-, Gemüse- und Obstplantagen wird ferner zur Beschäftigung der Kranken gebraucht. Der verstorbene Psychiater *Moeli* hat einmal gesagt, die Fragestellung dürfe nicht lauten: Wieviel Landfläche brauche eine Anstalt, sondern mit wie wenig könne sie auskommen.

Bei einer Verwirklichung solcher Erwägung, bei einem wirklichen Abstoßen großer Gutsflächen an einen benachbarten Privatbesitzer wird es sehr auf die örtlichen Verhältnisse ankommen, wieweit den Kranken bei einer Verkleinerung des Anstaltsgeländes noch Ruhe und Spaziergang in frischer Luft gewährleistet ist. Außerdem könnte wohl zumeist nur Verpachtung, kein Verkauf in Betracht kommen, um für bessere Zeiten Erweiterung der Anstalt nicht abzuschneiden.

Krankenverteilung.

A. Aufnahmen.

Die Gutachten des Reichssparkommissars schlagen vor, die Anstaltsfürsorge dadurch zu verbilligen, daß der Krankenstand zwiefach gesenkt wird: erstens durch raschere Entlassung von Kranken im Sinne der bekannten, in der Psychiatrie seit Jahren geübten Frühentlassung der Schizophrenen und durch die Versetzung der Anstaltspatienten aus der verhältnismäßig teuren Anstalt in die etwa $\frac{1}{3}$ kostende Familienpflege oder in die noch billigere Außenfürsorge. Zweitens sollen die Zugänge gedrosselt, Maßnahmen getroffen werden, um die Aufnahmen in die Anstalt mehr zu erschweren als es jetzt der Fall ist. Ein Kreisarzt oder Vertrauensarzt soll vor der Aufnahme sein Urteil abgeben, um der Anstaltsleitung die Verantwortung für die Ablehnung abzunehmen. Systematischerweise wollen wir die Entlassungen später erörtern, mit der geforderten Erschwerung der Zugänge beginnen. Wir möchten aber von vornherein keinen Zweifel lassen, daß wir in diesem Punkte die Vorschläge des Reichssparkommissars für abwegig erachten. Aufnahmeerschwerung kann — sofern überhaupt — nur unter besonders psychiatrisch geregelten Umständen erfolgen, sonst muß sie zu schweren Schäden für die Kranken ausschlagen, ohne wirkliche Ersparnisse zu bringen. Hier ist einer der Punkte, wo eine psychiatrisch differenzierende Betrachtung der einzelnen Krankheitsgruppen erforderlich erscheint, aber leider von den Sparkommissar-Gutachten gar nicht versucht wird. Statt von Erschwerung der Aufnahmen der Geisteskranken im allgemeinen zu sprechen, wollen wir die Wirkung solcher Drosselung für die wesentlichen einzelnen Krankheitsgruppen prüfen.

Rund die Hälfte der Zugänge in unsere ländlich gelegenen Anstalten sind Schizophrene. Sie kommen in den ersten Jahren der chronischen Seelenstörung oder — sofern diese mit Remissionen verläuft — im ersten oder einem späteren Schube der Geisteskrankheit zur Aufnahme. Bei den Anstalten mit größeren Städten in ihrem Aufnahmebezirk und mehr noch bei den Großstadt-Anstalten wie Dresden, Breslau, Berlin, Hamburg, Düsseldorf, Köln, Leipzig kommen anteilmäßig mehr Psychopathen, Trinker, Morphinisten und Paralytiker zur Aufnahme, so daß der Prozentsatz der Schizophrenen auf $\frac{1}{3}$ bis $\frac{1}{4}$ der Gesamtzugänge sinkt. Überall doch massenhaft das Problem, wie die Schizophrenen, diese chronisch Geisteskranken, bald wieder aus der Anstalt entlassen werden können. Es ist nicht zu bestreiten, daß die moderne Behandlungsart, die Schizophrenen sofort nach Eintritt in die Anstalt zu beschäftigen, oftmals die Entlassungsfähigkeit rascher herbeiführt. Aber fast noch sicherer ist die Tatsache, daß die Entlassungsaussichten im

allgemeinen um so geringer werden, je später nach Krankheitsausbruch der Patient in die Anstalt gebracht wird. Die vielen verkrampten, in einförmiger Haltung umherstehenden, sogenannten katatonen Schizophrenen der alten Irrenanstalten waren keineswegs nur Anstaltsartefakte, wie manche jungen Beschäftigungstherapeuten gern glauben möchten, sondern kamen bereits in solchem Zustande aus jahre- und jahrzehntelanger häuslicher Verwahrlosung. Also: ein Fernhalten der Schizophrenen von der Anstalt würde keine Ersparung, sondern letzten Endes durch längerdauernde Anstaltsbehandlung eine Erhöhung der Aufwendung bewirken.

Die Paralytikeraufnahmen zu erschweren, wäre ein Verbrechen. Es werden bei den jetzigen Zuständen, wo die Paralytiker leider vielfach zu spät zur Anstalt geschickt werden, etwa 30% der Behandelten wieder voll erwerbsfähig, so daß sie keine Kosten mehr verursachen. Bei Beschleunigung der Aufnahmen, die an manchen deutschen Anstalten durch Angliederung einer offenen Nervenklinik erreicht ist, werden 50% voll erwerbsfähig (siehe *Heinrich*, »Erfolge der Malariatherapie bei progr. Paralyse«, Abh. Neur. usw. H. 65, Karger-Berlin 1931). Unsere künftigen Bestrebungen müssen dahin gehen, die unerkannten Paralytiker durch Reihenuntersuchungen in den Fabriken und sonst im Leben aufzuspüren, aber beileibe nicht dahin, die Aufnahmen zu verzögern. Es werden durch Frühaufnahme mehr Paralytiker voll erwerbsfähig und es bleiben weniger defekte in Fürsorge.

Die dritte zahlenmäßig ins Gewicht fallende und nach dem Altersaufbau der deutschen Bevölkerung voraussichtlich noch zunehmende Gruppe sind die Arteriosklerotischen und Senil-Dementen. Ländliche und städtische Anstalten haben an dieser Gruppe der Zugänge gleichen Anteil. Es ist richtig und soll noch besprochen werden, daß viele von ihnen bald wieder aus der Anstalt in die eigene Familie, in Fremdfamilienpflege, in Pflegeheime, in Hospitäler verpflanzt werden können. Aber wer in aller Welt soll denn die nötige stationäre Beobachtung, welche zu solcher Verteilung dieser Unglücklichen auf die endgültige Verpflegungsart erforderlich ist, wer soll die Verteilung selbst besser leisten als die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten?

Die vierte — in den städtischen Anstalten zahlenmäßig bedeutsamere — Krankheitsgruppe ist die der Alkoholisten. Auf der einen Seite stehen hier die unheilbaren Trinker, für unsere Betrachtungen gleichgültig, ob sie aus schwer psychopathischer Anlage oder erst durch Trunk verkommen, unheilbar sind. Ihre rasche Herausschaffung aus der teuren Irrenanstalt, selbst ihre Fernhaltung wird zu erörtern sein. Aber gerade aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten sind hier auf der anderen Seite zu betrachten die Trinker im Anfangsstadium, die sogenannten Früh-Alkoholiker,

welche durch rechtzeitige Behandlung zu dauernder Enthaltbarkeit gebracht werden können. Viele von ihnen wird man schon durch offene Fürsorge, durch das Zusammenwirken der Fürsorgestellen für Alkoholkranke mit den abstinentzerischen Organisationen behandeln können. Aber die Tätigkeit der offenen Fürsorge wäre völlig lahmgelegt, wenn sie nicht die widerstrebenden Trinker durch den Zwang der Anstalt auf die Bahn der Abstinenz zu bringen versuchen könnte, bekanntlich einen nennenswerten Bruchteil auch mit Erfolg. Die Dinge liegen bezüglich der Alkoholikerbehandlung rein wirtschaftlich gesehen so: In der offenen Fürsorge kostet, nach dankenswerter Auskunft des deutschen Städtetages, welche als Anlage 3 beigelegt ist, die Unterstützung jedes Trinkers und seiner Familie jährlich 400 M. Es beträgt der Kostenaufwand der Fürsorgestellen für jeden behandelten Trinker jährlich 12 M. Rechnen wir hier, daß auch nur 30% der mit 12 M. pro Kopf jährlichem Aufwande von deutschen Städten behandelten 47 362 Trinker aus der Masse der Unterstützten verschwinden, so sind die 12 M. pro Kopf glänzend angelegt.

In der Anstaltsbehandlung sind die wirtschaftlichen Ergebnisse verwickelter als in der offenen Fürsorge, zumal es sich hier um die schwerer zu behandelnden Kranken handelt. Es werden von offenen und geschlossenen Trinkerheilstätten bei vorsichtiger Schätzung folgende Ergebnisse erreicht. Diese Schätzung geht absichtlich noch erheblich unter die offiziellen Resultate der einheitlichen Erfolgsstatistik der Trinkerheilstätten und Abstinenzsanatorien, welche auf Anregung neuerdings aufgestellt ist. Es werden von den anstaltsbehandelten Trinkern 15% abstinent gemacht, weitere 25% so gebessert, daß sie wieder erwerbsfähig sind. Das macht 40% der anstaltsbehandelten Früh-Alkoholisten. Jeder Alkoholist kostet durch Anstaltsbehandlung, die im allgemeinen auf 6 Monate gedacht ist, oft früher abgebrochen wird, durchschnittlich 500 M. Er braucht also nach der Entlassung nur ein Jahr unterstützungsfrei zu sein, um die Kosten seiner Anstaltsbehandlung eingebracht zu haben. Jeder der erwerbsfähig gemachten Alkoholisten braucht es nur 2½ Jahre zu bleiben, um die Kosten der gesamten Anstaltsbehandlung der Früh-Alkoholisten, also einschließlich seiner ungebesserten Gefährten, mit gedeckt zu haben. Genauere Berechnungen finden Interessenten in dem Referat über Behandlung des Alkoholismus, das ich Mai 1932 dem Deutsch. V. f. Psychiatrie zu Bonn erstattet habe. Auch vom wirtschaftlichen Standpunkt aus muß also unsere Forderung so lauten: die Alkoholiker müssen, wenn die offene Fürsorge keinen Erfolg erreichen kann, in Heilstättenbehandlung kommen, wenn möglich, in die offene Heilstätte, bei Widerstreben in die geschlossene Anstalt. Den Irrenanstalten müssen gesonderte Trinkerabteilungen an-

gegliedert werden, wie in Wien, Konstanz, Berlin-Wittenau, Allenberg mit Erfolg geschehen ist.

In solchen gestaffelten Anstalten werden durch die konsequente, auf Erziehung zur dauernden Enthaltbarkeit gerichtete Behandlung die widerstrebenden und haltlosen, mehrfach rückfälligen Trinker als solche erkannt und ausgeschieden. Sie werden, wenn die Zucht der Irrenanstalt einen Erfolg nicht erreicht, Arbeitsanstalten für entmündigte Trinker zugeführt, die weniger kosten und die Arbeitskraft des Trinkers voll ausnutzen. Die konsequent gestufte Behandlung wirkt warnend auf den Früh-Alkoholiker und macht sich auch durch diese Rückwirkung bezahlt.

Es war nötig, bei unserer Betrachtung der etwaigen Aufnahmehemmung, nachdem wir zuerst für die Schizophrenen, dann für die Paralytiker die Aufnahmeerschwerung als unwirtschaftlich nachgewiesen hatten, wenigstens eine Krankheitsgruppe, diejenige der Alkoholiker, genauer bezüglich der offenen und der Anstaltsfürsorge zu überblicken.

Ähnliche Gesichtspunkte wie bei den Alkoholisten gelten in rechnerischer Beziehung für die Aufnahme der Psychopathen. Wir müssen unterscheiden erstens die zeitweilig oder dauernd besserungsfähigen Psychopathen, welche im allgemeinen nur kurze Zeit in der Anstalt bleiben, eine Klärung aber ihrer Eigenart, die auch wirtschaftlich höchst wichtige Beratung für sie selbst, ihre Familie und für die Behörden nur durch Anstaltsbeobachtung erfahren können. Wir müssen zweitens denken an die unheilbaren Schwer-Psychopathen mit ihrer Unstetigkeit, Übererregbarkeit bis zur Gemeingefährlichkeit. Diese kosten der Allgemeinheit fortlaufend Geld, auch wenn man sie aus den Irrenanstalten in billigere Verpflegung unterbringt oder gar in die »Freiheit« zum Faulenzen, Stehlen, zu Körperverletzungen, Sittlichkeitsdelikten und seelischer Vergiftung der Umwelt entläßt.

Größeren wirtschaftlichen Erfolg als die Psychopathenbehandlung bringen Sonderabteilungen für Nervöse. In ihnen können die noch geistesklaren Frühparalytiker, die in die Irrenanstalt nicht gehen, mit dem dort fortgepflanzten Malariastamm behandelt und erwerbsfähig gemacht, können viele Funktionell-Nervöse gebessert und von den Arbeitsscheuen und Rentenjägern gesondert werden. Nur ein Wort über die Kosten der hier erwähnten Sonderabteilungen und über die aus ihnen fließenden Einnahmen. Diese Sonderabteilungen sind bisher überall so entstanden, daß man fertige Gebäude der Anstalt ohne kostspielige Umbauten benutzt hat. Sie machen also keine Sonderkosten, sie bringen aber dem Anstaltsetat im ganzen eine Erleichterung, weil unter Nervösen, Psychopathen und Süchtigen häufiger Selbstzahler und Kassenkranke sich befinden als unter den ausgesprochenen Geisteskranken.

(Genaue Berechnung siehe *Baar*, Wirtschaftlichkeit der Nervenklinik. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1929, S. 120.)

Entscheidend ist für diesen Gedankengang folgender Gesichtspunkt: Wir brauchen eine Erleichterung der Aufnahmen statt einer Erschwerung, wir brauchen die Zumischung aller auch nicht ausgesprochenen Geisteskranken, auch der Organisch-Hirnkranken und Rückenmarksleidenden, der Epileptischen, der Schwachsinnigen zu unserem Krankenmaterial, weil nur das Kennenlernen und Behandeln aller Arten der Nervösen und Seelisch-Abnormen einen tüchtigen Facharztstand schafft, der wirklich den Kranken nützt und damit auch wirtschaftlich am besten sich auswirkt. Ärzte, die ihr Leben lang an Idioten- und Epileptikeranstalten tätig sind, lernen weder neuropsychiatrische Diagnostik noch Therapie. Die Kranken haben es schlecht, und die Anstalten müssen durch Überbezahlung versuchen, Ärzte heranzulocken, denen sie innere Werte nicht zu bieten vermögen. In England und Amerika kennt man schon jetzt in Wissenschaft und Praxis nur einen, dort Neuropsychiatrie benannten, zusammengefaßten Beruf¹⁾. Die Entwicklung unserer Anstalten muß in gleicher Richtung gehen. Der teure Organismus der Verpflegung, Verwaltung und Behandlung muß — auch im Interesse des Steuerzahlers — dahin ausgenutzt werden, möglichst viel solche Kranken aufzunehmen, die geheilt oder doch gebessert dem Außenleben zurückgegeben werden können. Die nicht besserungsfähigen Kranken müssen mit modernsten wissenschaftlichen Mitteln als solche erkannt und in möglichst billige, nachher zu besprechende Verpflegungsform gebracht werden.

Zusammengefaßt: Drosselung der Aufnahmen ist der falsche Weg des Sparens. Sie würde die Entwicklung unserer Anstalten zu Heilanstalten unterbinden, die, in planvoller Weise weitergeführt, auch wirtschaftlich von größerem Vorteil ist als die einfache Asylisierung unangenehmer Geisteskranker in Bewahrungsanstalten.

In diesem Gedankenzusammenhange ist am besten auch die Frage zu erörtern, ob Wissenschaft und Forschung in unseren Anstalten gepflegt werden müssen. Sofern diese Frage bejaht wird, ob Ersparnisse auf diesem Gebiete möglich sind.

Die Erhaltung des Charakters als Heilanstalt mit reichem Krankenmaterial und mit tüchtigen Ärzten bzw. die Entwicklung in dieser Richtung ist nur möglich, wenn die Pflege der Wissenschaft gedeiht. Bei den erheblichen Fortschritten, welche gerade die Neuropsychiatrie erfreulicherweise auch in der Gegenwart macht, kann der Anstaltsarzt seine Kranken nur dann richtig erkennen und behandeln, wenn er fortgesetzt sich über die Ergebnisse seines Faches auf dem Laufenden hält. Darüber hinaus bietet aber fast

¹⁾ Siehe *Bonhoeffer*, Monatsschr. f. Neur. u. Psych. 1932.

jede Anstalt ein so reiches Material z. B. für die erbbiologischen und pathologisch-anatomischen Gegenwartsfragen, daß auch die Forschung wenigstens von einigen Ärzten jeder Anstalt betrieben werden sollte, die damit zugleich anregend für die Weiterbildung der übrigen Kollegen wirken. Die Forschung in anderen Fächern, z. B. der Chemie und Physik, nicht nur bei der Atomzertrümmerung, auch auf manchen medizinischen Gebieten, erfordert große finanzielle Mittel. Die Neuropsychiatrie braucht nur eine Bibliothek mit den wichtigsten Büchern und Zeitschriften und für manche Zweige ihrer Forschung kleine, in Errichtung und Betrieb nicht kostspielige Laboratorien. Hier ist ein Gebiet, auf dem die deutsche Wissenschaft — jetzt in Gefahr, von den reicheren Nationen überflügelt zu werden — auch nach dem Kriege ihren Rang behauptet hat und leicht weiter erhalten kann. Es wäre eine Kurzsichtigkeit, wenn man weiter — wie es leider manchenorts geschehen ist — die sehr bescheidenen, bisher für die wissenschaftliche Betätigung der Anstalten aufgewandten Mittel streichen und insbesondere die Bibliothek schmälern würde.

Bezüglich der Forschungsaufgaben auch unserer ländlich gelegenen Anstalten sei hier nur auf die anatomischen Arbeiten der Anstalten Eglfing, Leipzig-Dösen, Landsberg und anderer, vor allem aber auf die aussichtsreichen, wenig Geld kostenden, unmittelbaren wirtschaftlichen Nutzen versprechenden erbbiologischen Untersuchungen verwiesen, die viele Anstalten unter Führung des Münchener Forschungsinstitutes begonnen haben. Untersuchungen wie die der Anstalt Stadtroda (*Brugger*, »Versuch einer Geisteskrankenzählung in Thüringen« (*Z. Neur.* 133, 352, 1931)), die ein Minus von Epileptischen in Thüringen aufgezeigt haben und mit Sicherheit das Anschwellen oder Absinken der Nervösen und Seelisch-Abnormen in der Gesamtbevölkerung nachweisen werden, geben einer wirtschaftlichen Untersuchung wie der vorliegenden dereinst die breite Grundlage, die hier für Einzelkonstruktionen bruchstückweise zusammengesucht werden mußte.

Der Sparkommissar möchte die Erschwerung der Aufnahmen dadurch erreichen, daß ein Kreisarzt oder Vertrauensarzt als begutachtende Instanz zwischen den einweisenden praktischen Arzt und die Anstaltsleitung eingeschoben wird, ein umständliches und auch nicht kostenfreies Verfahren. Sachdienlicher und nicht teurer würde sein, wenn jede auf dem Lande gelegene Anstalt in der nächsten größeren und zentral gelegenen Stadt ihres Aufnahmebezirkes eine Fürsorgestelle, eine Poliklinik behufs Voruntersuchung eröffnet. Der untersuchende Arzt der Anstalt könnte für die vorläufige Abweisung eines Kranken am ehesten die Verantwortung übernehmen, sei es, daß er ihn als Entlassenen schon kennt, sei es, daß er die Verbindung mit den Angehörigen für eine später etwa erforderlich

werdende Aufnahme herstellt. Eine solche poliklinische Fürsorgestelle könnte auch die vom Sparkommissar vorgeschlagene Überweisung in Familienpflege der Anstalt, die ohne vorherige Anstaltsbehandlung geschehen soll, bewirken. Wir sollten dieser bedeutungsvollen Anregung nachgehen. Besonders wenn es möglich sein sollte, die Prüfung und Übernahme der Verantwortung durch vorangehende kurze stationäre Beobachtung zu stützen, könnte auf diesem Wege eine Bereicherung der Geisteskrankenfürsorge und wirkliche Sparmaßnahme sich entwickeln.

Bei einem im Sinne dieser Ausführungen erfolgenden Ausbau unserer Anstalten würde ihre Ausnutzung auch wirtschaftlicher sich gestalten, indem die bestehenden Anstalten zum kleineren Teil Pflegeanstalten und zum größeren Teil Heilstätten würden. Die kleineren Pflege- und Sonderanstalten könnten behufs Ersparung von Personalkosten in eine Verwaltung mit der nächsten Aufnahmeanstalt vereinigt werden. Daß solche Maßnahme auch vom psychiatrischen Gesichtspunkte zu begrüßen ist, daß Krankenverteilung und ärztlich-wissenschaftliche Weiterbildung bei solcher verwaltungsmäßigen Zusammenfassung von Aufnahme- und Pflegeanstalt besser gedeihen kann, soll im folgenden Abschnitt begründet werden.

In dem eingehenden Sparkommissargutachten, das Physikus Dr. *Holm* über die Anstalt der Provinz Hannover zu Lüneburg erstattet hat, heißt es, daß die sachlichen Sparmaßnahmen nicht mehr strenger werden können, eher jetzt die Gefahr eines Zehrens vom Kapital mit sich bringen. Die einzige Möglichkeit, in größerem Umfange kostensparend zu wirken, liege in einer erhöhten Anstaltsausnutzung durch stärkere Anstaltsbelegung. *Holm* gibt hierzu vorsichtige Anregungen für den Sonderfall Lüneburgs. Hier wird für alle Anstalten erhöhte Ausnutzung durch reichhaltigere Krankenzufuhr vorgeschlagen, und zwar Umgestaltung des Typs der alten Provinzialirrenanstalt zu Heilanstalten, eine Entwicklung, die schon jetzt vielerorts stattgehabt oder sich angebahnt hat.

Zweifellos ist der Betrieb kleiner selbständiger Anstalten auf den Kopf des Verpflegten berechnet, verhältnismäßig teuer. Der Sparkommissar, der die Zusammenlegung der Schwachsinnigenanstalt Lewenberg mit der benachbarten Irrenanstalt Sachsenberg angeregt hat, war also unter wirtschaftlichen, aber auch den dargelegten psychiatrischen Gesichtspunkten auf dem richtigen Wege. Große Anstalten, d. h. solche mit 1000 bis 2000 Betten, sind billiger. Sie sind bei richtiger Organisation gut übersehbar, bringen wirtschaftlich und ärztlich bessere Erfolge. Das hat jüngst wieder die Zusammenlegung der benachbarten Anstalten Eglfing und Haar unter eine Verwaltung gezeigt. Also: große Anstalten in die Nähe von Groß- und Mittelstädten.

Diese Weiterentwicklung mag da, wo sie für den Augenblick Kosten verursacht, der Zukunft vorbehalten sein. Aber nichts darf geschehen, nichts kann als wirkliche Sparmaßnahme angesehen werden, was die vorhandene Entwicklung für lange Jahre vernichtet.

B. Entlassungen.

Hier steht die psychiatrische Beurteilung insofern anders wie bei den Aufnahmen, als sie mit der Ansicht des Sparkommissars übereinstimmt. Sowohl im gesundheitlichen Interesse der meisten Kranken wie aus wirtschaftlichen Gründen kann der Arzt auf Frühentlassung drängen, die ja im letzten Jahrzehnt bereits ein irrenärztliches Dogma geworden ist.

Genauer werden wir die ärztlichen Entlassungsmöglichkeiten und ihre wirtschaftlichen Erträge überblicken, wenn wir wieder die wesentlichen Krankheitsgruppen gesondert prüfen.

Schizophrene. Die Frühentlassung der Schizophrenen ist seit *Bleuler, Kläsi, Roemer* im Interesse der seelischen Belebung dieser zu Vereinförmigung und Verarmung ihres Handelns neigenden Kranken von vielen Seiten durchgeführt worden. Wenn noch jetzt manche abgelegenen Anstalten ihre Schizophrenen zu lange behalten, so liegt es auch daran, daß bei örtlicher Abgeschlossenheit der Kontakt des Arztes und der in der Anstalt befindlichen Kranken mit den Angehörigen geringer ist und damit die natürlichste und billigste Entlassungsart, diejenige in die eigene Familie, erschwert wird. Wir werden aber zur Erzielung durchgreifender wirtschaftlicher Ergebnisse die Frühentlassung der Schizophrenen auf statistischer Grundlage grundsätzlich organisieren, sie unabhängig von dem Eifer der einzelnen Stationsärzte machen und ständig im Gange halten müssen.

In der Irrenanstalt Dalldorf der Wittenauer Heilstätten ist eine Statistik über die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der 715 weiblichen Schizophrenen gemacht worden, die 1929, 1930 und 1931 zur erstmaligen Aufnahme kamen. Ein Zehntel dieser Aufnahmen kam später in Provinzialanstalten, ein zweites Zehntel in Familienpflege, fast 20% der Schizophrenen waren noch anwesend. Da die Frauenabteilung zwei Aufnahmehäuser hat, welche abwechselnd je eine Woche aufnehmen, so konnten hier zwei getrennte Statistiken angelegt werden und einen Vergleich liefern, ob die grundsätzliche Forderung der Anstalt durch irgendwelche Sonderbedingungen modifiziert wird. Es ergab sich: Das eine Aufnahmehaus (Nr. 4) hatte 351 schizophrene Frauen in der Berichtszeit neu aufgenommen. 80 Kranke waren davon noch jetzt in der Anstalt, die anderen nach einem durchschnittlichen Anstaltsaufenthalt von $3\frac{1}{2}$ Monaten in die eigene Familie entlassen. Das andere Aufnahmehaus (Nr. 10)

hatte 364 Neuzugänge von Schizophrenen, davon waren noch 51 in der Anstalt, die übrigen mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 3 Monaten in die eigene Familie entlassen. Die auf dem letztgenannten Hause besonders geübte Sofortbeschäftigung der neu aufgenommenen Schizophrenen hatte beschleunigend auf die Entlassung gewirkt; denn der ständige Druck auf die Angehörigen bezüglich baldiger Entlassung war von beiden Häusern gleich stark ausgeübt worden. Wenn wir nun — was allerdings nur schätzungsweise geschehen kann — die in der Aufnahmeanstalt gebliebenen 20% und die in fremde Anstalten verlegten 10% versuchen in die Rechnung einzubeziehen, so werden wir die durchschnittlich erforderliche Behandlungsdauer eines zum ersten Male aufgenommenen Schizophrenen auf höchstens sechs Monate ansetzen können. Diese Berechnung wird noch gestützt durch eine gesondert aufgestellte Statistik unserer Anstalt über die gesamten Erstaufnahmen der Schizophrenen, der männlichen und der weiblichen, in den drei Jahren 1929—1931. Es wurden 1689 Schizophrene erstmalig aufgenommen, davon in diesen drei Jahren bereits 1089 entlassen. Die zur Entlassung gekommenen sind insgesamt 125366 Tage behandelt, es war demnach für jeden dieser entlassenen Schizophrenen eine Behandlungsdauer von 114 Tagen bzw. drei Monaten und 24 Tagen erforderlich. Auch hier führt eine schätzungsweise Einrechnung der noch nicht Entlassenen zu einer Durchschnittsbehandlung der erstmalig aufgenommenen Schizophrenen von höchstens sechs Monaten. Von solchen zahlenmäßigen Grundlagen aus kann man Vorschläge zur Organisation der Frühentlassungen machen: Es müßte der Anstaltsdirektor die Akten jedes neu aufgenommenen Schizophrenen nach drei Monaten mit Bericht des zuständigen Arztes sich vorlegen lassen, welche Vorbereitung zur Entlassung in die eigene Familie bereits getroffen oder aus welchem Grunde sie unterblieben ist.

Die Entlassung in die eigene Familie muß das erste Ziel bleiben. Sie allein bringt eine durchgreifende, oft dauernde Entlastung der öffentlichen Mittel. Wenn die Entlassung in die eigene Familie nur mit Unterstützung über die offene Fürsorge möglich wird, so macht das bei den geringen Kosten der offenen Fürsorge nicht viel aus. Erst an zweiter Stelle kommt, wo das Hauptziel nicht erreicht ist, die Verlegung aus der Irrenanstalt in die billigeren, aber doch zu Buche schlagenden Verpflegungsformen, erstens in die Familienpflege, zweitens in Pflegeheime, drittens in billigere Anstalten.

Der zum ersten Male in die Irrenanstalt gebrachte Schizophrene soll nach dem Obigen durchschnittlich nach sechs Monaten in die eigene Familie zurückgebracht sein. Jeder Psychiater weiß, daß hiermit nur ein allgemein-wirtschaftliche Folgerungen zulassender Richtsatz ausgesprochen ist, daß der Gang der schizophrenen Er-

krankung im Einzelfalle bestimmt, ob die Entlassung aus der Aufnahmeanstalt schon nach vier Wochen möglich oder noch nach zwei Jahren mißlich erscheint, daß ferner Rückfälle bei den Entlassenen auftreten und daß bei der Wiederaufnahme mit dem fortschreitenden Charakter der Schizophrenie die Prognose bzw. der Zeitpunkt zweiter und dritter Entlassungen schlechter wird. Hier, für wirtschaftliche Berechnungen, können die Grenzfälle vernachlässigt werden.

1. Familienpflege. Wenn nach sechs Monaten Entlassung in die eigene Familie wegen der fortdauernden schweren Psychose oder wegen mehr oder weniger begründeter Weigerung der Angehörigen nicht möglich ist, muß Familienpflege in der Form der Verpflegung in einer fremden, von der Anstalt durch einen Arzt überwachten und für ihre Mühe geldlich entschädigten Familie erwogen werden. Diese »Familienpflege« in des Wortes geschichtlicher Bedeutung kostet im allgemeinen ein Viertel bis ein Drittel der Anstaltsverpflegung. Die Höchstzahlung wird zweckmäßigerweise auf die Hälfte des Anstaltsverpflegungssatzes von der Behörde normiert, so daß sie mit diesem steigen und fallen kann. Entsprechend den neuerdings überall gesunkenen Preisen für Lebensmittel, Wohnung usw. muß jetzt auch eine Senkung der Familienpflegesätze Platz greifen. Die stetige und allseitige Durchführung solcher Preisdrückerei ist naturgemäß für Pfleglingsarzt und Anstaltsleiter keine angenehme Aufgabe. Sie muß aber im öffentlichen Interesse erfüllt werden. Wenn die zuständige Behörde den Druck durch Erlaß elastisch gehaltener Richtsätze verstärkt, so sollte seitens der Anstalt solches »Kommandieren« nicht als lästig, sondern als unterstützend betrachtet werden.

Wesentlicher für die wirtschaftliche Gesamtbetrachtung der Familienpflege ist, daß die Kranken, die in einer fremden Familie verpflegt sind, dort nicht länger als erforderlich hängen bleiben. Sonst geht der ganze wirtschaftliche Vorteil der Familienpflege verloren. Regelmäßig muß seitens des Anstaltsleiters eine Nachprüfung über die Möglichkeit der Entlassung dieser Familienpfleglinge in die eigene Familie oder in selbständige Lebenshaltung stattfinden, erforderlichenfalls mit Unterstellung unter die Aufsicht der offenen Fürsorge. Es muß dem einzelnen Anstaltsleiter je nach den örtlichen Verhältnissen überlassen bleiben, wie er die Nachprüfung der Familienpfleglinge mit dem Ziele ihrer Herausdrängung aus der Pflege gestaltet. Stichproben mit genauer persönlicher Untersuchung der Verhältnisse des einzelnen Pfleglings bei dem betreffenden Pflegehalter werden am ehesten Erfolg auch für die gesamte Handhabung der Familienpflege durch den Pflegearzt bringen.

Wo die Entlassung eines gebesserten, zur Rückverlegung in die eigene Familie geeignet gewordenen Kranken an der oben be-

rührten, auf wirtschaftlichen Gründen beruhenden Weigerung der Familie scheidet, da kann oft Inpflegegabe in der Form helfen, daß der Kranke in der äußeren Form der klassischen Familienpflege mit ärztlicher Aufsicht und geldlicher Unterstützung in die eigene Familie gegeben wird. Man sollte sich an dieser Inpflegegabe in die eigene Familie nicht stoßen, weil sie der geschichtlichen Entwicklung widerspricht. Sie kann den Kranken nützen und kann wirtschaftlich durch Senkung der Kosten von dem Anstaltsverpflegungssatz auf $\frac{1}{3}$ bis $\frac{1}{4}$ desselben höchst vorteilhaft wirken, vorteilhaft allerdings nur dann, wenn die oben entwickelte baldige Umwandlung der Familienpflege in die völlige Entlassung hier erst recht nachhaltig verfolgt wird.

2. Pflegeheime. Wenn nach unserem Schema die Anstaltsbehandlung der neu aufgenommenen Schizophrenen im allgemeinen nur 6 Monate dauert, dann mit Rückgabe in die eigene oder Verpflegung in fremder Familie enden soll, so können jetzt die jedem Psychiater geläufigen Schwierigkeiten ins Auge gefaßt werden, welche im Einzelfall die Versetzung in die Familie verzögern oder verhindern. Ausnahmsweise ist es andauernde Gemeingefährlichkeit der Schizophrenen, fortgesetzte Selbstmordneigung oder Gewalttätigkeit gegen die Umgebung. Häufiger liegt keine Anstaltsbedürftigkeit mehr vor, aber doch eine gewisse Bedürftigkeit nach fachkundiger Pflege etwa wegen schlechter Nahrungsaufnahme, die durch Zureden und Füttern überwunden werden muß, wegen Vernachlässigung der Kleidung und der Haltung, die eine Aufsicht erfordert. Derartige pflegebedürftige Schizophrene, die für die Familie schwerer sich eignen, können nun ausgegeben werden in Pflegeheime, d. h. zu ehemaligen Oberpflegern oder Schwestern, die in der Versorgung Geisteskranker Erfahrung besitzen und mit der Verwertung eines passenden Grundstückes die Schaffung einer neuen Lebensaufgabe verbinden. Da der Pfleglingsarzt neben den Pflegehalterfamilien auch diese Heime beaufsichtigt, da die Vergütung, Belieferung mit Kleidung usw. gemäß dem sonst in der Familienpflege üblichen Vertrage erfolgt, so kann man die Pflegeheime, trotzdem sie für die Wirtschaftsbilanz der Pflegehalter 10 bis 15 Kranke haben müssen, eine besonders entwickelte Form der Familienpflege nennen. Die Bezeichnung ist gleichgültig. In wirtschaftlicher Beziehung sind jedenfalls die Pflegeheime vielenorts eine dringende Forderung der Gegenwart, denn sie gestatten, unsaubere, unmanierliche, nur auf Zureden essende Schizophrene aus der Anstalt in eine um die Hälfte billigere Verpflegungsform zu überführen. Die Pflegeheime gestatten, gerade diejenigen Kranken bald aus der Anstalt zu bringen, welche sie zahlenmäßig am längsten belasten. Die Eigentümer solcher Pflegeheime sind imstande, die notwendigen und Kosten nicht verursachenden Kontrollmaßnahmen wie Führung von Wiegelisten durchzuführen.

3. Billigere Pflegeanstalten. In manchen Gegenden Deutschlands wird die Gründung von Pflegeheimen weniger leicht sein, dafür eher sich eine andere Überführung der Schizophrenen aus der öffentlichen Irrenanstalt in billigere Anstalten darbieten, nämlich die Verlegung in karitative oder sonstige weniger kostspielig wirtschaftende Heime. Daß fromme Schwestern billiger arbeiten als Büro-, Verwaltungs-, Pflegepersonen im Achtstundentag, braucht nicht näher dargelegt zu werden.

Auch hier ist bereits die Form des Familienpflegevertrags mit Erfolg, und zwar von der Kinderheilanstalt Berlin-Buch für idiotische Kinder, angewandt worden. Sie hat den Vorzug, daß der Anstaltsarzt die laufende Aufsicht behält, den wirtschaftlich bedeutsamen Vorteil, daß der Anstaltsarzt die Dauer des Aufenthaltes in der karitativen Anstalt für jeden Kranken jeden Augenblick bestimmt. Die finanziellen Belange der karitativen Anstalt können dabei durch einen kündbaren Mantelvertrag gestützt werden, der ihr eine bestimmte Zahl von Kranken für eine gewisse Dauer von Jahren zusichert.

Als solche billigere Unterbringungs- oder Pflegeanstalt kann schließlich die Behörde eines größeren Bezirks oder können im zweckverbandsähnlichen Zusammenwirken mehrerer Provinzen, Kreise, Gliedstaaten eine entlegene Anstalt bestimmen, die ohne den großen ärztlichen und Verwaltungsapparat der Aufnahmeanstalt gelassen wird. Im Sinne des früher bei der Aufnahmeordnung über die Gesamtentwicklung der neuropsychiatrischen Anstalten Gesagten bedeuten aber Pflegeanstalten mit einseitigem Krankennmaterial eine schwere Gefahr für die Fortbildung der Ärzte und Pfleger, auch für die Behandlung der Kranken, also letzten Endes ohne die nötigen Gegenmaßnahmen kein weises Sparen, sondern eine Kapital-Fehlinvestierung.

Können die hier aufgezeichneten Bedenken gegen die wirtschaftlich verlockende Schaffung von Pflege-(Unterbringungs-) Anstalten neben den Heil-(Aufnahme-)Anstalten durch planmäßige Organisation beseitigt werden? Unseres Erachtens: ja, wenn die Pflegeanstalt nicht völlig selbständig arbeitet, sondern wenn der Direktor der Aufnahmeanstalt die Oberleitung bezüglich der Verteilung der Kranken, der Ärzte, der Pflege- und Verwaltungspersonen, des wissenschaftlichen Betriebes auch für die zugehörige Pflegeanstalt ausübt. Der gemeinsame Chefarzt kann und wird die Pflegeanstalt vor Verödung bewahren. Er wird die Ärzte, auch den geeigneten Teil der anderen Angestellten ihren Dienst zeitweise zwischen Aufnahme- und Pflegeanstalt wechseln lassen, wie er schon jetzt innerhalb einer großen Anstalt die Stationsärzte in gewissen Zeiträumen versetzt. Er wird die Abgabe der Kranken an die Pflegeanstalt, erforderlichenfalls auch eine Rückverlegung so regeln,

daß er der letzteren bestimmte Aufgaben praktischer und wissenschaftlicher Tätigkeit beläßt und sichert. Die Schaffung von Pflegeanstalten müßte naturgemäß in der Weise erfolgen, daß die in der Nähe von Groß- und Mittelstädten liegenden Anstalten Aufnahmeanstalten bleiben und die entlegenen zur mehr dauernden Unterbringung der nach kurzer Frist nicht entlassenen Schizophrenen usw. bestimmt werden.

In der Nähe von Groß- und Mittelstädten fließt nicht nur reicheres und behandlungsfähiges Krankenmaterial eher zu. Auch die Zuziehung von Augen-, Ohren- und sonstigen Fachärzten, welche die moderne Psychiatrie gebraucht, vollzieht sich hier leichter.

Wo sich eine einheitliche Leitung von Aufnahmeanstalt bzw. Krankenhausabteilung einerseits und Pflegeanstalt andererseits nicht schaffen läßt, wo die schon in der psychiatrischen Vorkriegsliteratur vielfach dargestellten grundsätzlichen Bedenken gegen Errichtung von Pflegeanstalten überwiegen, wo auch die hier empfohlenen vom Familienpflegearzt beaufsichtigten, von geschulten Laien versorgten Pflegeheime sich nicht schaffen, karitative Anstalten sich nicht finden lassen, da bleibt noch eine Einrichtung übrig, die in einer ¹⁾ anderen vom Deutschen Verein für Psychiatrie preisgekrönten Arbeit empfohlen wird: Man kann die geeigneten Patienten in billiger wirtschaftenden Pflegeabteilungen innerhalb der gleichen Anstalt zusammenlegen. In diesen kann an Kost und sonstiger Ausstattung genau so wie in ganzen Pflegeanstalten gespart werden. Die erörterten Mißstände aber werden so vermieden.

Die hier gegebenen Vorschläge begegnen sich in ihrer wirtschaftlichen Tendenz mit derjenigen der »Vereinigung Nordwestdeutscher Wohlfahrtsämter«. Der Leitsatz 10 der von Landesrat Thode herausgegebenen Schrift: »Die Aufgaben der Anstaltsfürsorge unter den gegenwärtigen Verhältnissen und unter besonderer Berücksichtigung der Finanznot« (Juli 1931) lautet: »In die gestaffelte Fürsorge für Nervöse und seelisch Abnorme ist zwischen die Heilanstaltspflege und die Familienpflege einzuschalten die Bewahrungspflege in Wohlfahrtsanstalten. Zu fordern ist die Herausnahme aller geeigneten Fälle aus den Heil- und Pflegeanstalten, soweit deren Eigenbetrieb es zuläßt, und Unterbringung der Bewahrungsbedürftigen in Anstalten der Wohlfahrtspflege, wo sie, falls kein psychiatrisch vorgebildeter Anstaltsarzt vorhanden ist, von einem erfahrenen Arzt einer Heilanstalt überwacht werden können.«

Was hier an dem Beispiel der Schizophrenen möglichst konkret aufgezeigt wurde, gilt mutatis mutandis für andere Krankheitsformen. Die Senil-Dementen werden in beträchtlicher Zahl für die Familienpflege, die Pflegeheime, die billigeren Pflegeanstalten und Ab-

¹⁾ Prof. Friedländer, Psych.-Neurol. Wochenschrift 1932.

teilungen in Betracht kommen. Vergleiche: *Carrière*, Überfüllung der Anstalten. Allg. Ztschr. f. Psychiatr. Bd. 94 (1931).

In kleinerer Zahl sind die defekt gebliebenen Paralytiker zu nennen. Man hat die wirtschaftlich bedenklichen Folgen der *v. Wagner-Jauregg*schen Reiztherapie der Paralyse überschätzt. Gewiß, früher waren die meisten zur Anstaltsaufnahme gelangten Paralytiker nach drei bis fünf Jahren verstorben. Jetzt werden die genannten 30% und mehr erwerbsfähig. Andere kommen in Familienpflege. In Anstaltsbehandlung geblieben und nicht — wie früher — gestorben sind nach einer von mir aufgestellten Statistik nur 15%. Es sind nämlich von 2000 seit 1922 in der Irrenanstalt Dalldorf der Wittenauer Heilstätten malaria- oder rekurrensbehandelten Paralytikern nur noch 292 in dieser oder in fremder Anstalt.

In kleinstem Umfange kommen die Epileptiker in Betracht. Für diese sollte unter dem wirtschaftlichen Gesichtspunkte — noch planmäßiger als bisher geschehen — die Aufnahmeanstalt die erforderliche Behandlung ausprobieren, nach der Anregung von *Bychowski* (»Epilepsie und soziale Fürsorge«, Allg. Ztschr. f. Psychiatr. Bd. 90, 1929) sie mit Rezepten für die ermittelten Brom- oder Luminalgaben versehen, diese kostenfrei erhältlich machen und die Kranken in die eigene Familie zurückgeben. Die offene Fürsorge kann dann die Medikation und das weitere Ergehen der Epileptiker überhaupt überwachen.

Erwachsene Schwachsinnige, die nicht gemeingefährlich sind, sollten in der Aufnahmeanstalt nur für eine geringe Zeit behalten werden, im allgemeinen für noch kürzere als die Schizophrenen. Schwachsinnige bildungsunfähige Kinder gehören aus menschlichen, ärztlichen und wirtschaftliche Gesichtspunkten zu ihren Müttern. Hier ist Aufnahmedrosselung am Platze. Bildungsfähige schwachsinnige Kinder sollten in die teure Erziehungsanstalt mit Lehr- und Ärztekörper nur dann aufgenommen werden, wenn sie wegen gleichzeitig psychopathischer asozialer Eigenschaften absolut in der Außenwelt und in der Hilfsschule nicht bleiben können. Auch dann kann das Verbleiben in der teuren, fast zehnjährigen Berufs- und Schulausbildung solcher Kinder wirtschaftlich nur verantwortet werden, wenn ihre Entwicklung mit einiger Sicherheit verspricht, daß sie berufsfähig und damit voll- oder doch teilweise erwerbsfähig gemacht werden. Alle anderen soll man aus dem kostspieligen Erziehungsheim eliminieren.

Mit *Meltzer*, Sonderbeilage der Allg. Ztschr. f. Psychiatrie 1932, Seite 186, vertrete ich dabei die Forderung, daß sowohl das Erziehungsheim wie die Hilfsschule noch mehr als jetzt geschieht sich der handwerklichen, gärtnerischen usw. Berufsausbildung ihrer Zöglinge widmen und daß die Schulbehörden eine entsprechende Streichung an »gelehrtem« Wissen in den Lehrplänen gestatten.

Mehr noch als vorhin an dem Beispiel der Schizophrenen gezeigt werden konnte, wird nach diesem flüchtigen Überblick über mehrere Krankheitsgruppen einleuchten, daß eine gleichzeitig ärztlich richtige und wirtschaftlich einträgliche Regelung der Aufnahmen, der Entlassungen, der Verteilung der Kranken auf Pflegeanstalten nur der an vielseitigstem Krankenmaterial orientierte Psychiater durchführen kann. Der Chefarzt einer solchen Aufnahmeanstalt, der etwa alle vier Wochen eine oder mehrere Filialen besuchen soll, muß noch eine zweite Vorbildung besitzen: er muß die Nervösen und Seelisch-Abnormen nicht nur aus der Anstalt, sondern aus jahrelanger Tätigkeit in offener Fürsorge oder Sprechstunde, aus dem flutenden Leben kennen. In dem jahrelang geführten Streite zwischen dem *Kolb*-schen und dem *Wendenburg*-schen System der offenen Fürsorge spricht für ersteres auch der wirtschaftliche Gesichtspunkt, daß unsere jungen Anstaltspsychiater, die einmal zu umfassender Leitung berufen sind, die offene Fürsorge aus eigener Tätigkeit kennen müssen, wenn sie erfolgreiche Sparwirtschaft betreiben sollen.

Die positiven Vorschläge zu einer Vereinigung von Aufnahme- und Pflegeanstalt unter einer Verwaltung auch bei räumlicher Trennung sind hier immer nur im Rahmen einer zuständigen Verwaltung, etwa einer preußischen Provinz, entworfen.

Sachlich könnte, wie beispielsweise der Vertrag zwischen der Provinz Westfalen und dem Staate Lippe zeigt, ein Bezirk seine Kranken auch in Anstalten fremder Verwaltung überführen. Sachlich wäre kein Hinderungsgrund, wenn die Aufnahmeanstalt eine Universitätsklinik oder eine städtische Krankenhausabteilung wäre und ihr Leiter die Verteilung der Kranken und den ärztlichen und wissenschaftlichen Dienst auch für zugehörige Pflegeanstalten regulierte. Aber der Ressortpartikularismus dürfte sich stärker erweisen als unsere Sparabsicht. Zwar regt ein Sparkommissargutachten Wechsel zwischen Universitäts- und Anstaltsassistenten an, wie es schon *Eichelberg* in seinem Kissinger Referat dem Deutschen Verein für Psychiatrie vorgeschlagen hat. Früher, ehe das reiche Deutschland überall eigene Universitätskliniken für den Unterricht errichtete, waren noch mehr akademische Kliniken mit der kommunalständischen Verwaltung verbunden. Jetzt nur noch vereinzelt, so zu Göttingen, bis zu einem gewissen Grade in Frankfurt, am umfangreichsten in der Rheinprovinz zu Bonn, Düsseldorf, Köln.

An das Erstehen einer zentralen Gewalt, welche Krankenverteilung und Ärztetaustausch für ganz Deutschland regelt, vermag ich nicht zu glauben. Aber vielleicht bildet sich hier und da im Vaterlande zur Verfolgung der aufgezeigten Gesichtspunkte örtlich eine zweckverbandähnliche Gemeinschaft verschiedener Verwaltungen.

Es wäre vom wirtschaftlichen wie vom ärztlichen Standpunkte gleicherweise zu begrüßen, wenn an einer Stelle der Versuch gemacht

würde, in dem hier dargelegten Sinne die neuro-psychiatrische Abteilung eines städtischen Krankenhauses und die zuständige Heil- und Pflegeanstalt unter eine Verwaltung zu stellen, welche Aufnahmen, Verteilung und Entlassung der Kranken sowie die Dienstverteilung der Ärzte für Krankenhausabteilung und Anstalt einheitlich regelt. Bekanntlich möchte *Alter* zahlreiche neue solche Krankenhausabteilungen gegründet wissen. Vgl. *Bratz* „Soziale Neuro-Psychiatrie“, Sammelreferat in *Zentralblatt f. d. ges. Neur. u. Psychiatrie* Bd. 62, 1932. *Joh. Lange* wird 1933 darüber dem D. Verein referieren, der Deutsche Städtetag entsendet als Korreferenten *W. Hoffmann*. Ich begrüße die wohl erst in besseren Zeiten im größeren Umfange zu erwartende Verwirklichung, weil sie vielen Kranken raschere Hilfe bringen wird. Aber die Organisation muß m. E. so erfolgen, daß die Anstalten dabei nicht erdrückt werden.

Nun werden bei der hier aufgezeigten Betrachtungsweise eine Reihe von entlegenen, fern von einer Mittelstadt belegenen Anstalten übrig bleiben, die nach ihrer Lage jetzt und dauernd kaum Aussicht bieten, einen größeren Krankenzustrom zu erhalten, die mit 100—200 oder gar noch weniger jährlichen Zugängen als Bewahrungsanstalt ihr Leben fristen. Solche für die Allgemeinheit wenig leistenden Anstalten, wenn sie zur Umwandlung in Pflegeanstalten nach den örtlichen Verhältnissen nicht geeignet sind, sollte man im gegenwärtigen Augenblick unbedenklich schließen. Nach den Berechnungen des Sparkommissars, nach der übereinstimmenden Anschauung des Berliner Irrenanstandsdezernenten *Waetzoldt* und nach meinen eignen Aufstellungen bringen alle oben behufs Beschränkung der sachlichen Ausgaben angeregten Sparmaßnahmen zusammengerechnet der öffentlichen Hand nicht so viel Erleichterung als die völlige Schließung einer Anstalt. Unter den dargelegten psychiatrischen Gesichtspunkten bedeutet aber die Beseitigung solcher entlegenen, nicht entwicklungsfähigen Bewahrungsanstalt für die Zukunftsentwicklung keinen Nachteil, sondern den Wegfall dauernder Hemmung. Im übrigen ist fast überall vorübergehende Schließung und Verwendung zu solchen Zwecken möglich, die nach etwa 10 Jahren die Neueröffnung als Pflegeanstalt frei läßt.

Was bedeutet letzten Endes in wirtschaftlicher Beziehung das Hinausdrängen der Geisteskranken aus der Anstalt? Diese Frage heißt, die ausgeprägte Kehrseite der Medaille betrachten. Die nicht zu leugnenden gelegentlichen Gewalttaten und sonstigen Beunruhigungen der Öffentlichkeit durch entlassene Geisteskranke sind zahlenmäßig nach den übereinstimmenden Beobachtungen aller Erfahrener gering. Vollends in dieser Notzeit muß man auch einen Unfall und einen Selbstmord eines in offener Fürsorge befindlichen Geisteskranken in Kauf nehmen, zumal solches Mißgeschick mit voller Sicherheit auch in der Anstalt nicht zu verhindern ist. In dieser Be-

ziehung bestehen gegen die aufgezeigten wirtschaftlichen Maßnahmen keine durchgreifenden Bedenken, kein über gelegentliche bedauernswerte Einzelfälle hinausgehender Grund zu allgemeiner Beunruhigung.

Aber die Geisteskranken außerhalb der Anstalt erzeugen Nachkommenschaft. In 370 durch den Schreiber dieser Zeilen durchgesehenen Versorgungsakten von Schizophrenen, bei denen Anspruch auf ursächliche Beziehung der Geisteskrankheit zum Kriegsdienst erhoben wurde, war mit überwiegender Mehrzahl eine Reihe von ehelichen Kindern vermerkt. Schizophrenie sind in sexueller Beziehung durchaus nicht durchweg so autistisch und einspännerisch wie ihr sonstiges Verhalten geschildert wird. Über die unehelichen und ehelichen Kinder der aus Schul- und Berufsausbildung entlassenen, in der Freiheit lebenden früheren schwachsinnigen Zöglinge des Erziehungsheimes der Wittenauer Heilstätten gibt uns einen kleinen, seither durch weitere Verfolgung bestätigten Überblick die Arbeit von *Schramm*: „Die Entwicklung der in den Jahren 1914—24 aufgenommenen Zöglinge“ usw., *Ztschr. f. Kinderpsych.*, Bd. 33, 1927. Die Freunde der offenen Fürsorge hoffen zum Teil, daß deren Aufsicht die Fortpflanzung der Geisteskranken hintanhaltend kann. Im großen, unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten betrachtend, müssen wir der Meinung von Johannes *Lange-Breslau* (»Die Frage der geistigen Entartung in ihrer Beziehung zur Irrenfürsorge«, *Arch. f. Rassenbiol.*, Bd. 20, 1928) uns anschließen und solche Hoffnung nur in geringem Umfange teilen. Soll also das Hinausdrängen der Geisteskranken aus der geschlossenen, fortpflanzungsverhindernden Anstalt ungezählte neue Seelisch-Abnorme liefern? Das wäre keine Sparmaßnahme, sondern letzten Endes das Gegenteil. Bleibt nichts übrig als wenigstens die Erblich-Schizophrenen und die Erblich-Schwachsinnigen vor der Entlassung zu sterilisieren. Die Wissenschaft kann von diesen beiden Gruppen, die auch zahlenmäßig am meisten ins Gewicht fallen, jetzt bereits nach Anstaltsbeobachtung und Verfolgung der Erbverhältnisse die zweifelsfrei weiter vererbenden Kranken bezeichnen. Vielleicht kann hier der Reichssparkommissar eingreifen und kann helfen, die politischen und weltanschauungsmäßigen Bedenken, welche einer gesetzlichen vom Pr. Wohlfahrtsmin. erstrebten Regelung der Sterilisierung entgegenstehen, mit dem Drucke der wirtschaftlichen Erfordernisse rascher zu beseitigen. Auch hier würde sich zeigen, daß Aufnahmen in die Anstalt, wenn auch auf kürzere Zeit, nicht zu erschweren, sondern im Interesse der Klärung und wirklich wirtschaftlicher Behandlung des Einzelfalles zu erleichtern sind.

Ärzte, Pflege- und sonstiges Anstaltspersonal.

Ärzte. Diese Arbeit möchte den Anstalten vermehrte Aufgaben zuweisen: reicheres, um Süchtige und Nervöse erweitertes

Krankenmaterial, Einrichtung von Sonderabteilungen, Ausbau der offenen Fürsorge, eventuell poliklinische Voruntersuchung der Aufnahmen, Ausbau der Familienpflege, durch die Ärzte der Aufnahmeanstalten zu bewirkende Überwachung von Pflegeheimen und sonst zur Unterbringung Chronisch-Kranker benutzter billigerer Anstalten, Belebung statt Verminderung der wissenschaftlichen Ausbildung und Forschung.

Mit solchen Zielen, so wirtschaftlich sie sich sonst auswirken, wird eine wesentliche Verminderung der Zahl der Ärzte der Aufnahmeanstalten nicht zu vereinbaren sein. Der Not der Zeit können wir jedoch auch auf diesem Gebiete Rechnung tragen. Wo erheblich verstärkte Aufgaben der Anstalt gegenüber der Vorkriegszeit nicht obliegen, wird eine kleine Herabsetzung der Ärztezahls statthaben können, in dem Gedankengange, daß jetzt überall im Vaterlande die Vorkriegsleistungen mit geringeren Mitteln erzielt werden müssen. Dabei wird man aber die erwähnte erste Einsparungswelle nicht vergessen, welche nach Kriegsende wegen des Krankenabsterbens über unsere Anstalten ging und schon damals die Ärztezahl mindern ließ. Unter den Leistungen der Anstalten, nach welchen die Ärztezahl sich bemessen läßt, wird man, mehr als bisher geschehen ist, die Zahl der Aufnahmen gegenüber der Bestandzahl in Rechnung stellen. Eine Anstalt von etwa 1000 Betten wird im Sinne unserer Ausführungen erst dann für die Allgemeinheit eine erhebliche Leistung darstellen, wenn sie auch einen entsprechenden Wechsel ihrer Kranken hat. Bleibt die Aufnahmeziffer solcher Anstalt unter 500, dann allerdings ist die Leistung für die Öffentlichkeit gering, und die Ausführungen eines Sparkommissargutachtens, das von Bewahrungsanstalten spricht und entsprechende Folgerungen zieht, sind nicht als unbeachtlich abzulehnen. Wir werden nicht leugnen können, daß die eigentliche ärztliche Arbeit durch die Neu-Aufgenommenen mit ihren täglich wechselnden diagnostischen, therapeutischen, forensischen und anderen Forderungen und nicht durch die ärztliche Versorgung einer größeren Zahl gleichmäßig anwesender Chronisch-Geisteskranker erwächst.

Pflegepersonal. Eine etwaige Minderung des Pflegepersonals und der übrigen Angestellten sollte nach gleichen Gesichtspunkten wie bei den Ärzten erfolgen. In Wirklichkeit hängt bekanntlich jetzt die Zahl der Pflegepersonen in erster Linie von der Arbeitszeit, vom Acht-, Neun- oder Zehnstudentag, ferner von der Anrechnung etwaigen Bereitschaftsschlafens auf die Dienstzeit ab.

Mehrere der Sparkommissargutachten suchen eine Herabsetzung der Ausgaben auf diesem Gebiete dadurch, daß die Beamten-eigenschaft des Pflegepersonals allmählich abgeschafft, neues Personal mit kurzer Kündigungsfrist und geringerer Besoldung eingestellt wird. Vorn psychiatrischen, d. h. von dem die Interessen unserer Kranken

behütenden Standpunkt aus ist hierzu zu sagen: Man hat in den letzten Jahrzehnten die an sich gewiß begrüßenswerte Fachausbildung der Pfleger überschätzt und ihr gegenüber die Bedeutung zu wenig berücksichtigt, welche der Charakter der Pflegepersonen für unsere Kranken hat. Geduld, Güte, zum mindesten Selbstbeherrschung, die keine Roheiten zuläßt, sind für das Schicksal unserer Anstaltskranken oft wichtiger als Kenntnis von Verbänden und Beschreibungen der Pupillenreaktion. Denjenigen wirtschaftlichen Maßnahmen brauchen wir also durchaus nicht zu widersprechen, welche eine Siebung des Pflegepersonals etwa in den ersten fünf Jahren gewährleisten; denn der Charakter läßt sich nicht bei der Anstellung, auch nicht durch Examina prüfen, sondern nur in jahrelanger Tätigkeit erproben. Nur ungehinderte Ausmerzung roher Elemente kann unsere Kranken und das richtig verstandene Interesse des Pflegerstandes fördern. Die Schweizer Psychiater sind zur gleichen Ansicht gekommen (vgl. die Arbeiten von *Stachelin* und von *Ladama* in »Personal- und Anstaltsfragen«, Heft 4, Bern und Berlin: Hans Huber 1930). Junge Menschen, die mit wirklichem Interesse zur Geisteskrankenpflege als zu einem Lebensberufe kommen, werden auch damit sich abfinden, daß das Anfangsgehalt in den ersten Jahren noch niedrig bleibt, daß sogar in der ersten Zeit der Lernpfleger nur ein Taschengeld wie die Lehrschwester erhält. Etwaige feste Anstellung nur nach vieljähriger Anwärterzeit.

Die Einführung der geteilten Arbeitszeit kann wohl für Krankenhäuser Vorteile schaffen, wo die Arbeit sich zur Zeit der Vormittagsvisiten und der Spätnachmittagsstunden zusammendrängt. Für die Irrenanstalt, wo der Zwang zur Überwachung Tag und Nacht gleichmäßig bleibt, kann von solcher Einführung kein nennenswerter wirtschaftlicher Gewinn erwachsen, nur eine nutzlose Härte für das Pflegepersonal. Man kann durch entsprechende Bemessung und, wo erforderlich, Überschneidung der verschiedenen Schichten den vermehrten Bedürfnissen gewisser Tageszeiten Rechnung tragen. Sehr empfiehlt sich, damit eine Stelle übermäßiger Besetzung mit Personal nicht übersehen werden kann, die Verteilung des Personals auf die einzelnen Häuser und hier wieder auf die verschiedenen Stationen und Dienstzweige ständig graphisch darzustellen und diese Darstellungen, wiederum zur Belebung des Vergleichs und des Wettewfers, wie das bereits bei Heizung, Beleuchtung, Arzneien erörtert ist, offenzulegen (siehe Anlage 6).

Anstaltsfürsorgerin. In jüngster Zeit ist in einigen Anstalten inmitten des allgemeinen Personalabbaues eine neue Stelle erstanden, diejenige der sozialen Anstaltsfürsorgerin. Nach dem Muster der früher in Tätigkeit getretenen sozialen Krankenhausfürsorgerinnen sorgen sie für die Bedürfnisse unserer Kranken, die meist noch hilfloser als die körperlich Erkrankten sind, sichern ihnen Schlüssel,

Koffer, Zimmer oder ganze Wohnungen. Durch Vermittlung von Arbeitsstellen, Unterbringung, Verbindung mit Angehörigen oder beruflichen Stellen bereiten sie die Entlassungen vor und beschleunigen sie. Für die Vorbereitung der Entlassung der Kranken und für die Entlastung der Stations- und Familienpflegeärzte leistet die Anstaltsfürsorgerin in wirtschaftlicher Beziehung so viel, daß sie mehr als ihr Gehalt einbringt. Für die Kranken ist sie ein Segen. Hier kann nicht Abbau, sondern muß Einrichtung dieser Stelle für alle Aufnahmeanstalten mit größerer Aufnahme- und Entlassungszahl befürwortet werden.

Zusammenfassung der Ergebnisse.

Wenn auch die Verwirklichung der hier gegebenen Anregungen überall von den örtlichen Verhältnissen abhängt, so wird doch eine Zusammenfassung der Ergebnisse zweckmäßig sein:

Das erste Kapitel »Sachliche Ausgaben« hat folgende Tendenz: Zunächst an jeder Stelle eine Generalinventur des schon im Sinne der Verbilligung Geleisteten. Dann für jetzt und für die kommenden Notjahre das stete und aufrichtige Bemühen, an Heizung, Beleuchtung, Beköstigung, Kleidung, Arzneien usw. konsequent zu sparen, so weit es die gesundheitlichen Interessen unserer Kranken irgend erlauben. Hier wird es sich wieder einmal zeigen, wie richtig es ist, in Irrenanstalten das Amt des leitenden Verwaltungsbeamten und des Chefarztes zu vereinigen. Gerade ein Mann mit solcher Doppel-Vorbildung wird fortgesetzt und mit unangreifbarer Autorität entscheiden können, wie weit die vaterländische Pflicht des Sparens durchzuführen ist, ohne die Kranken ernstlich zu schädigen.

Für die von uns aus wirtschaftlichen Gründen empfohlenen großen Anstalten mit lebhaftem Zugangs- und Abgangsbetrieb, Sonderabteilungen, Beaufsichtigung von Filialbetrieben wird man allerdings dem Arzt-Direktor einen zwar nachgeordneten, aber mit gewisser Selbständigkeit und mit Initiative arbeitenden Verwaltungsmann zur Seite stellen und ihn mit entsprechenden Vollmachten versehen.

Die Anstaltsverwaltungen werden sich für sparsame Wirtschaft mit Vorteil der modernsten Methoden fortlaufender Registrierung auf allen Gebieten bedienen, so daß die Ergebnisse des Spareifers in jedem Augenblick für alle Beteiligten klar zutage liegen, warnend, anspornend, befriedigend. Überall hängt das erste und noch mehr das stete Gelingen davon ab, daß der Direktor das Bemühen des Sparens auf alle Ausführenden bis zum jüngsten Waschmädchen zu übertragen versteht.

Das zweite Kapitel: Verteilung, Aufnahme und Entlassung der Kranken und das dritte, die Ärzte und Pflegepersonen betreffend, sind zwar von dem gleichen Geiste ernsthaften Sparbestrebens ge-

tragen wie das erste. Sie glauben aber, aus fachmännischer Erwägung heraus bestimmte Richtlinien aufstellen zu müssen. Erst in den letzten Jahrzehnten hat sich unsere wissenschaftliche Erkenntnis von der Wesensart und Behandlungsfähigkeit über die Ausgesprochen-Geisteskranken hinaus wesentlich vermehrt zu den Süchtigen, Psychopathen, Hirn- und Nervenkranken. Aus der Psychiatrie ist die Neuropsychiatrie geworden. Unsere Anstalten — bis auf wenige großstädtische und vereinzelte andere — sind erst im Beginn der Anpassung an die neuen wissenschaftlichen Fortschritte, die es ermöglichen, daß unsere Anstalten immer mehr als Heilstätten für die Besserungsfähigen dienen und die als chronisch-geisteskrank Erkannten rasch in billigere Verpflegungsform weitergeben. Es kann mit der Wirkung der Verbilligung noch viel in der Verteilung der Kranken geleistet werden. Die offene Fürsorge, welche mit sehr geringer Aufwendung arbeitet, läßt sich vielerorts noch ausgestalten und kann die Verringerung der Anstaltsbehandlung unterstützen. Auch die Schwerer-Kranken können aus der teuren Anstalt herausgedrängt werden durch Familienpflege, Pflegeheime, billigere Pflegeabteilungen oder Pflegeanstalten. Entlegene Anstalten mit dauernd geringer Aufnahmezahl, die als Pflegeanstalten nicht gebraucht werden, schließe man getrost. Das ist in der Gegenwart die einträglichste Sparmaßnahme, für die Zukunftsentwicklung eine Befreiung von Ballast. Aber nichts darf geschehen, was für die Aufnahmeanstalten die Fortentwicklung verbaut, zu welcher unlösbar auch die Durchdringung der Anstalten mit wissenschaftlicher Ausbildung und forschender Tätigkeit der Ärzte gehört. Die sehr geringen für die Wissenschaft erforderlichen Mittel werden sich hundertfach bezahlt machen.

Die zu diesen Auffassungen führenden psychiatrischen und statistischen Aufstellungen sind entgegen den Gutachten des Reichsparkommissars nicht für Geisteskranke im allgemeinen, sondern für die großen Krankheitsgruppen einzeln gemacht.

An keiner Stelle haben wir eine Entlastung des Fürsorgeverbandes vorgeschlagen, welche an anderer Stelle der Öffentlichkeit gleiche oder vermehrte Kosten verursacht. Verbilligung der Geisteskrankenfürsorge im allgemein-vaterländischen Sinne zu erstreben, ist gerade der Psychiater berufen, welcher die ganzen Lebensschicksale seiner Kranken überblickt.

Dabei sind die positiven Vorschläge jeweilig so gehalten, daß die bei den jetzigen Verhältnissen zuständige Behörde sie anordnen kann. Eine wirtschaftlich lockende Umordnung in der Richtung, daß die Krankenverteilung über die Grenzen der jetzt zuständigen Verwaltungen hinaus, daß auch die Laufbahn der Ärzte in gleicher Ausdehnung sich regelt, ist nur hier und da angedeutet worden. Diese Zurückhaltung ist erfolgt, weil Verfasser an eine rasche Über-

windung des Ressortpartikularismus nicht zu glauben vermag. Die Behörden, sowohl die zentral richtunggebenden als die örtlich verwaltenden mögen aus diesem Preisausschreiben und aus seiner Beantwortung erkennen, wie sehr wir Psychiater bereit und bemüht sind, grundsätzlich und bis in das letzte Tüpfelchen der Durchführung, an der Verbilligung der Geisteskrankenfürsorge mitzuarbeiten. Diese Behörden mögen sich aber auch als eines der Ergebnisse dieser Arbeit sagen lassen: Sparmaßnahmen großer und kleiner Art sollten von den Behörden niemals ohne vorherige Befragung des fachkundigen Arztes getroffen werden. Nur diese Mitwirkung verbürgt die Vermeidung der Gefährdung der Kranken und die Aussicht auf erfolgreiche Verbilligung.

Wir haben das ganze Gebiet der Fürsorge für Nervöse und Seelisch-Abnorme durchgepflegt, um jede vermeidbare oder herabzusetzende Ausgabe wie ein Unkraut zu entfernen. Es würde einen köstlichen Lohn bedeuten, wenn aus dem bearbeitetem Felde hier und da auch die Frucht neuer humaner und wissenschaftlicher Fortentwicklung hervorsprosse.

Anlage 2.

Zusammenstellung

der auf dem Gebiete der Geisteskrankenfürsorge von den Verwaltungen bisher durchgeführten Sparmaßnahmen. — Auszüge aus den Antworten auf das Rundschreiben des Verbandes der preuß. Provinzen vom 28. Januar 1932.

Vorbemerkung. Alle Gliedstaaten und Provinzen berichten übereinstimmend, daß in den ersten Nachkriegsjahren die geringe Belegung der Anstalten besondere Sparmaßnahmen bedingten. Fast überall wurden einzelne Häuser, Abteilungen, zum Teil ganze Anstalten geschlossen. Die Inflationszeit zehrte dann weiter an den Inventar- und Materialbeständen der Anstalten, die bis zum Jahre 1931 nicht überall wieder aufgefüllt werden konnten, so daß viele Anstalten in dieses Krisenjahr mit einer geringeren Ausstattung als sie im Frieden üblich war, hineingingen. Das Jahr 1931 brachte dann infolge der wirtschaftlichen Zwangslage die rücksichtslose Drosselung aller Ausgaben auf sächlichem Gebiete und die Zurückstellung aller Bauvorhaben nicht nur der Neubauten, sondern auch aller Um- und Ausbauten. Soweit in den einzelnen Antworten der Provinzen die Maßnahmen zur Drosselung der Ausgaben im einzelnen angegeben wurden, sind diese Angaben nachstehend aufgeführt.

1. Ostpreußen. Ausdehnung der Familienpflege auf etwa 600 Kranke. Einführung der offenen Geisteskrankenfürsorge. Abgabe der siechen Kranken an Privatanstalten. Intensivere Durchführung der Beschäftigungstherapie. Zentraler Einkauf der Textilien und Lederwaren.

2. Brandenburg. Allgemeine Kürzung der Verbrauchszahlen um 20% vom Rechnungsjahre 1931 ab mit Ausnahme der Arzneimittel. Zeitweise völlige Sperrung der Textilienbeschaffung. Die Ansätze für 1932 gehen über die Begrenzung auf 80% der Etatsansätze für 1929 noch erheblich hinaus. Der

Zuschußbedarf ist für 1932 mit täglich 2,36 RM. angesetzt, 1929 betrug er 3,33 RM.

3. Oberschlesien. Die Beköstigung in der niedrigsten Klasse ist von täglich 0,75 RM. auf 0,55 RM., die Bekleidung von jährlich 60,— RM. auf 45,— RM. pro Kopf gesenkt worden. Das Büropersonal ist in jeder Anstalt um eine Person vermindert. Das Verhältnis des Pflegepersonals zu den Kranken (auf der Männerseite 1 : 6, auf der Frauenseite 1 : 6,5 in den Anstalten für Geistesranke) ist nicht geändert worden. Die Selbstkosten sind von täglich 3,80 RM. im Rechnungsjahre 1930 auf 3,30 RM. gesenkt worden.

4. Sachsen. Eine größere Anzahl von Stellen für Beamte, Ärzte, Oberpfleger sowie alle Stellen der Wirtschaftsinspektoren wurden eingezogen. Büroassistenten wurden durch weibliche Schreibhilfen ersetzt. Freie Stellen für Personal wurden nicht wieder besetzt. Unrentable Krankenhäuser wurden geschlossen. Die Beleuchtungsausgaben sind durch Benutzung von schwächeren Beleuchtungskörpern und durch frühzeitiges Schlafengehen und späteres Aufstehen der Kranken gedrosselt worden. Der Wäschereibetrieb wurde rationalisiert.

Kürzung der haushaltsmäßigen Ansätze für laufende Bauunterhaltung um 10%, Bekleidung um 8%, Haus- und Dienstgerät um 10%, Beköstigung um 4%. Erhöhung der Mieten für Einzelzimmer und der Entschädigung für das Reinigen der Wäsche der Bediensteten um fast 50%. Einschränkung der Dienstreisen. Zurückstellung aller Ausgaben für Ergänzung der Bücherei und der Lagerbestände an Haus- und Dienstkleidung. Ausgabebeschränkung auf monatlich $\frac{1}{12}$ des Haushaltsansatzes. Sperrungen aller Ausgaben für freiwillige Aufgaben.

5. Hannover. Umfangreiche Durchführung von Entlassungen, soweit sie nach dem Krankheitszustande und den häuslichen Verhältnissen nur irgendwie verantwortet werden konnten. Verlegung der Kranken in Familien-, Alters- oder Pflegeheime und engere Zusammenlegung der Kranken, hierdurch Schließung einer Krankenabteilung in jeder Anstalt. Auflösung eines in einem Gutsbetrieb unterhaltenen Zweigbetriebes einer Anstalt, infolgedessen Ersparnisse in personeller Beziehung (1 Arzt, 1 Wirtschaftsinspektor, mehrere Pfleger). Sperre der Mittel aller beweglichen Ausgabtitel um 10%. Weitere Senkung des Krankenverpflegungssatzes um mindestens 0,20 RM.

6. Hohenzollern. Minderung des Verpflegungssatzes von täglich 3,20 RM. auf 2,80 RM., weitere Senkung steht bevor. Ersatz der Anstaltspflege durch Familienpflege. Frühzeitige Entlassung aus der Anstalt in Familienpflege mit und ohne Pflegegeld. Heranziehung von Drittverpflichteten, soweit irgend möglich. Sämtliche Fälle werden alle 3 bis 4 Jahre auf Ersatzmöglichkeiten durchgeprüft. Hierdurch sind große Beträge zum Teil durch Eintragung von Sicherungshypotheken und durch Abfindungsverträge sichergestellt.

7. Pommern. Engere Belegung der Anstalten, Wiedereinführung der Familienpflege und Einführung der offenen Fürsorge nach dem Erlanger System zur Förderung der Frühentlassungen. Schließung von ganzen Häusern. Senkung der Personalkosten durch nicht Wiederbesetzung freier Stellen. Planwirtschaft beim Beschaffungswesen. Zentrale Beschaffung für geeignete Warengruppen. Einführung der verstärkten Arbeitstherapie. Einführung der eigenen Schlachtungen im Anstaltsbetriebe. Verbesserung der Werkstätteneinrichtungen durch Neueinführung der Weberei zwecks Herstellung des gesamten Bedarfs an Handtüchern und Stoffen für Wäsche und Bekleidung.

Anfertigung von Bürstenwaren, Korb- und Blechwaren. Verstärkte Viehhaltung und Milcherzeugung. Stärkerer Anbau von Frühgemüse und Gartenzeugnissen.

Bei Reparaturen Erneuerung in einfachster Form. Verringerung des Stromverbrauchs durch Verwendung von kleineren Lampen. Schärfste Überwachung der Ausrangierung.

Sparsamkeit bei der Verpflegung, die Frühstückszulagen wurden in ihrem Gewicht und in ihrer Anzahl eingeschränkt. Kranke wurden mehr als bisher in der leichten Form verpflegt. Statt Kaffee wird in der 3. Klasse Kaffee-Ersatz, statt Butter Margarine verabfolgt. Verzicht bei dem Einkauf teurerer Markenartikel für die Reinigungsmaterialien.

Verbesserung der Waschmethoden. Einsparungen bei der Pflege und Reinigung der Fußböden. Einschränkung der Ausgaben für Bürobedürfnisse, Verwendung von Schreibpapier geringerer Güte. Einschränkung der Fahrten im Interesse der offenen Fürsorge, Stilllegung der Kraftwagen im Winter.

Einsparen beim Titel für Arzneimittel. Besondere Heilmittel wie Salvarsan und Malariablut werden auf Kosten der Unterstützungsberechtigten beschafft. Schlafmittel kommen nur im äußersten Notfall zur Anwendung. Ausgaben für wissenschaftliche Werke, wissenschaftliche Zeitschriften, Unterhaltungsbücher und andere Mittel sind weitgehendst eingeschränkt oder gänzlich unterblieben. Es werden nur die unbedingt notwendigen wissenschaftlichen Werke gekauft. Mittel zur Aufmunterung und Zerstreung der Kranken sind aufs äußerste eingeschränkt worden.

Für 1932 ist durchweg eine mindestens 20prozentige Senkung des Zuschußbedarfs erreicht worden.

8. Schleswig-Holstein. Der Haushaltsplan für 1931 wurde so ausbalanciert, daß eine Senkung der Tarife um 6% möglich war. Die Steigerung der Zahl der Geisteskranken erforderte 1931 noch die Belegung zweier neu eingerichteten Privatanstalten.

Allgemeine Sparmaßnahmen erstreckten sich auf die Frühentlassung in Familienpflege gegen geringere Vergütung, in Außenfürsorge mit und ohne Vergütung sowie in die heimatlichen Pflegeheime unter Zahlung eines mäßigen Zuschusses. Erweiterung billiger Privatanstalten zur Aufnahme von Leichtkranken. Bei sinkendem Krankenbestande Vollbelegung der provinzeigenen Anstalten durch Entleerung der teuersten Privatanstalten. Vom 1. 4. 1930 bis zum 1. 2. 1932 erhöhte sich die Zahl der in Familienpflege, Außenfürsorge und Pflegeheimen befindlichen Geisteskranken von 1163 auf 1647.

Verwaltungskosten wurden gespart durch Nichtbesetzung freierwerdender Stellen. Ausnutzung der Arbeitskräfte der Kranken zur Einsparung von Personal, gleichzeitig als Vorbereitung für die Unterbringung dieser Kranken in Familienpflege oder Außenfürsorge.

Vereinfachung der Beköstigung. Herabsetzung der Fleischportionen. Einlegung fleischloser Tage. Einschränkung der Zugabe von Weiß- und Sauerbrot in den Landesteilen mit Roggenbrotverbrauch. Rationierung der Ausgabe, damit keine Speisereste weggeschickt werden.

Einforderung der eigenen Kleider bei Neuaufnahmen. Hebung der Leistungsfähigkeit der Schuhmacherwerkstätten durch Einführung des Klebverfahrens, Verwendung von Derbus-Dauersohlen und Ausputzmaschinen.

Vermeidung übermäßig großer Bestände an Kleidung und Wäsche.

Einschränkung des Stromverbrauchs durch Herabsetzen der Kerzen-

zahl namentlich auf den Fluren, Einziehung entbehrlicher Brennstellen, Einschränkung der Außenbeleuchtung, Verlängerung der Nachtruhe in den dunklen Monaten.

Möglichste Abstellung der Heizung in den Schlafräumen, Hausfluren und in wenig benutzten Räumen.

Sparsame Bewirtschaftung der Reinigungsmittel.

Ausnutzung der eigenen Werkstätten für alle Anfertigungen und Reparaturen.

Einschränkung des Verbrauchs an Arznei und Ersetzung durch Arbeitstherapie.

9. Nassau. Einsparung freiwerdender Beamtenstellen durch Nichtwiederbesetzung. Stärkere Verminderung des Personals vom Beginn des Jahres 1931 ab. Verminderung der Fleisch- und Brotportionen. Mehrfache Senkung der Pflegekosten seit April 1930.

10. Grenzmark Posen-Westpreußen. Verringerung des Personalstandes an Ärzten und Pflegepersonen (1913: 1 Pflegeperson auf 8 Kranke; 1925: 1 Pflegeperson auf 5,34 Kranke; 1930: 1 Pflegeperson auf 4,127 Kranke; 1931: 1 Pflegeperson auf 5,2 Kranke im reinen Pflegedienst). Die Verpflegungskosten betragen im Jahre 1913 = 46 Rpf., 1924 = 60 Rpf., 1928/29 = 85 Rpf., 1931 = 75 Rpf. Die Fleischportionen gegenüber 1913 sind herabgesetzt worden. Die Bekleidungskosten betragen für 1913 = 15 RM. pro Kopf, seit 1926 betragen sie auf den Kopf 40 RM.

11. Württemberg. Die Württembergischen Heilanstalten bedürfen keines staatlichen Zuschusses, da das Pflegegeld in einer Höhe festgesetzt worden ist, die es ermöglicht, die entstehenden Betriebskosten voll zu decken. Gehälter der Angestellten und Beamten sind wesentlich niedriger als in denen der Nachbarländer. Pfleger und Pflegerinnen erhalten, solange sie nicht planmäßig angestellt sind, im 1. Dienstjahr 70% und erst vom 6. Dienstjahre ab 100% des Grundgehalts. Für Nachtwachen wird eine Zulage von 15 RM. im Monat gewährt, als Ausgleich dafür, daß die Nachtwache 12 Stunden wächert, während der Tagesdienst auf 10 Stunden festgesetzt ist. Die Nachtwachen erhalten keine freien Sonntage. Für Dienstbereitschaft und Schlafen in der Anstalt wird keine Entschädigung gegeben. Unbeschränkte Heirats-erlaubnis des Personals gibt es nicht; Genehmigung des Innenministeriums ist erforderlich; Voraussetzung ist eine mindest 5jährige einwandfreie Dienstzeit, außerdem sollen, wenn möglich, nicht über $\frac{2}{3}$ der Pfleger verheiratet sein. Verhältnis von Pflegepersonal zu Kranken im Durchschnitt 1 : 6. Es bestehen drei Verpflegungsklassen mit folgenden Verpflegungssätzen:

1. Klasse = 1,71 RM., 2. Klasse = 1,44 RM., 3. Klasse = 0,81 RM. Diese Preise sind um 10% niedriger als die im Haushaltsplan 1928 vorgesehenen. Die Anstaltskosten betragen in der 1. Klasse 7 RM., in der 2. Klasse 5 RM., in der 3. Klasse 4 RM. Die Fürsorgebehörden zahlen 2,60 RM. für Pfinglinge 3. Klasse.

12. Hessen. Engere Belegung der Anstalten. Verringerung des Personalstandes. Drosselung der Ausgaben für Bekleidung und Lagerung.

13. Westfalen. Im Rechnungsjahre 1931 wurde von allen nicht zwangsläufigen Ausgaben möglichst bis zu 20% der Haushaltsansätze eingespart. Die Mittel im Rechnungsjahre wurden nur jeweils für ein Vierteljahr freigegeben. Besondere Sparmaßnahmen auf dem Gebiete der Heizung, des Wasserverbrauchs, der Licht- und Kraftversorgung. Einschränkung aller Ausgaben,

soweit sie nicht zur Sicherstellung der Verpflegung der Kranken erforderlich sind.

14. Stadt Berlin. Abbau von Stellen für Ärzte, Medizinalpraktikanten, Beamten, Pflegepersonen, Tiefergruppierung der Stellen für Beamte und Pflegerpersonal. Verlegung von Kranken in nicht psychiatrische Anstalten mit billigerem Betrieb (Alkoholiker). Einschränkung der Mittel für Beköstigung gegenüber den Sätzen von 1930 um 35—40%. Drosselung der Ausgaben für Bekleidung um 46% gegenüber den Sätzen von 1930. Kürzung der besonderen Arbeitszulage für Kranke. Verzicht auf die Durchführung von Veranstaltungen zur Anregung und Unterhaltung der Kranken, soweit hiermit besondere Ausgaben verbunden sind. Senkung der Arzneikosten und der Kosten für ärztliche Instrumente um 36%. Einrichtung eigener Hochspannungstransformatorenanlagen zur Verbilligung des Strompreises. Ausdehnung der Nachtruhe der Kranken zum Zwecke der Einsparung von Beträgen für Heizung und Belenchtung. Kürzung der Sätze für bauliche Unterhaltung um 75% gegenüber den Vorjahren. Um- und Neubauten sind durchweg zurückgestellt. Kürzung der Mittel für die Fortbildung des ärztlichen Personals für wissenschaftliche Büchereien und für die Besuche von Kongressen um 67% (!) gegenüber den Ausgaben von 1930. Verstärkte Unterbringung von Kranken in Pflegeheimen unter Herabsetzung der Pflegegeldsätze in Anlehnung an die Richtsätze für Wohlfahrtsunterstützungen. Einschränkungen der Ausgaben für die soziale Krankenhausfürsorge.

Gegenüber den Sätzen für 1930, die bereits erheblich unter den Sätzen für 1927—1929 waren, sind die Etatsansätze für 1932 durchschnittlich um 22% gekürzt worden.

Anlage 3.

Deutscher Städtetag

Ergebnis der Rundfrage III 425/29
vom 5. 10. 1929.

Trinkerfürsorge.

Die Rundfrage wurde von 82 Städten beantwortet.

Von diesen 82 Städten haben

44 = 53,7% städt. Trinkerfürsorgestellen,

31 = 37,8% Trinkerfürsorgestellen mit städt. Zuschuß und

7 = 8,5% weder städtische noch von der Stadt subventionierte Trinkerfürsorgestellen. In 4 Städten, in denen die Stadt Träger der Fürsorgestelle ist, bestehen außerdem noch Trinkerfürsorgestellen, die von der Stadt subventioniert werden. Ferner haben 4 Städte (Dortmund, Hamm i. W., Münster i. W. und Würzburg) von konfessionellen Vereinigungen betriebene Trinkerfürsorgestellen, und zwar je eine Stelle der kath. und der evangel. Konfession.

Die Frage nach der Zahl der in den Fürsorgestellen tätigen hauptamtlichen oder nebenamtlichen Kräfte läßt sich aus dem Material schlechterdings nicht beantworten, da die örtliche Regelung zu verschieden ist. Es ist beispielsweise bei den städt. Trinkerfürsorgestellen meist so, daß ein Arzt des Gesundheitsamtes die Stelle im Nebenamt leitet und die Bezirksfürsorgerinnen mit einer Anzahl ehrenamtlicher Helfer den Außendienst versehen. In den Beantwortungen sind zudem die Begriffe »nebenamtlich« und »ehrenamtlich«

nicht klar auseinandergehalten, so daß sich die Zusammenstellung darauf beschränken muß, das System bzw. die Organisation der Besetzung der Trinkerfürsorgestellen auszuweisen. Dabei ergibt sich, daß die Mischung von hauptamtlichen und nebenamtlichen Kräften in der Fürsorgearbeit vorwiegt.

Von 76 Städten mit Trinkerfürsorgestellen sind besetzt
 34 Stellen = 44,7% mit haupt- und nebenamtlichen Kräften,
 26 „ = 34,2% nur mit hauptamtlichen Kräften und
 16 „ = 21,1% nur mit nebenamtlichen Kräften.

Untersucht man die Frage, wie die Organisation der Besetzung in den städtischen oder von den Städten subventionierten Trinkerfürsorgestellen ist, so ergibt sich, daß in den rein städtischen Stellen die ausschließlich hauptamtliche Tätigkeit vorherrscht, während in den von den Städten unterstützten Stellen haupt- und nebenamtliche Kräfte vorwiegend tätig sind. Im einzelnen zeigt sich folgendes Bild: Von 44 städt. Trinkerfürsorgestellen sind
 19 = 43,2% ausschließlich mit hauptamtlichen,
 17 = 38,6% mit haupt- und nebenamtlichen und
 8 = 18,2% nur mit nebenamtlichen Kräften besetzt.

Von 35 Stellen, die von der Stadt subventioniert werden, haben
 19 = 54,3% haupt- und nebenamtliche,
 7 = 20,0% nur hauptamtliche und
 9 = 25,7% nur nebenamtliche Kräfte.

Hinsichtlich der Zahl der am 1. Oktober 1929 von den Fürsorgestellen betreuten Trinker ergibt sich, daß in 74 Städten mit städtischen oder städtisch subventionierten Trinkerfürsorgestellen insgesamt 47362 Trinker in der Trinkerfürsorge erfaßt waren. Die Einwohnerzahl dieser 74 Städte beläuft sich auf etwa 19 Mill., so daß durchschnittlich rund 25 Personen von je 10000 Einw. dieser Städte in Trinkerfürsorge standen. Die Schwankungen um diese Durchschnittszahl sind natürlich sehr verschieden je nach Organisation und Alter der Trinkerfürsorgestellen.

Die Beantwortungen der Frage nach dem Prozentsatz der durch Trunksucht der Eltern erblich belasteten Hilfsschüler geben kein klares Bild, da zum Teil nur Schätzungen und zum Teil genaue Ermittlungen vorliegen. Das arithmetische Mittel der angegebenen Prozentzahlen würde einen Durchschnitt von 24 bis 25% ergeben. Die Beantwortungen selbst schwanken zwischen 4 und 60%. Barmen-Elberfeld erklärt z. B., daß auch in Barmen mit einem Prozentsatz von 60%, wie ihn allgemeine wissenschaftliche Forschungen ergeben hätten, zu rechnen sei, daß aber nur 30% genau ermittelt wurden.

Ähnlich unklar sind die Beantwortungen der Frage nach den Aufwendungen der Städte für Trinkerfürsorge. Es ist aus dem Material nicht immer klar ersichtlich, ob, wie es die Frage 5 verlangt, die gesamten städt. Aufwendungen für Trinkerfürsorge angegeben sind oder ob lediglich die Kosten für den Betrieb der Trinkerfürsorgestelle gemeint sind. Rein rechnerisch ergibt sich, daß 74 Städte mit rund 25 Millionen Einwohnern — mit städtischen oder städtisch subventionierten Trinkerfürsorgestellen für Trinkerfürsorge ausgegeben haben im Jahre

1928 insges. rd. 482 000 RM.

1929 551 000 „ ,

was gegenüber 1928 eine Steigerung der Ausgaben um rd. 14% bedeutet. Bringt man die Gesamtzahl der in diesen Städten betreuten Trinker in Be-

ziehung zum Kostenaufwand, so ergibt sich, daß pro Trinker im Jahre 1929 im Durchschnitt etwa 12 RM. ausgegeben wurden. Auch diese Mittelzahl ist nur als rein rechnerischer Durchschnittswert zu betrachten, der in den einzelnen Städten sehr stark nach oben oder unten sich bewegt.

Die Beantwortungen der Frage 6 (Aufwendungen auf dem Gebiete der Wohlfahrtspflege infolge Trunksucht und deren Bekämpfung) haben ergeben, daß in der überwiegenden Mehrzahl der befragten Städte Erhebungen über die allgemeine Belastung der Kommunen durch Trunksucht bisher nicht angestellt wurden. Aus einer Zusammenstellung der Stadt Kiel über die Kosten, die durch 63 Trinker und ihre Familien in den Jahren 1924—27 durch Heilverschickungen und Unterstützungen verursacht wurden, geht hervor, daß pro Familie durchschnittlich 350—400 RM. im Jahr ausgegeben wurden.

Das eingegangene Material über das Anwachsen der Leistungen der Städte auf dem Gebiete der Trunksuchtbekämpfung ermöglicht festzustellen, daß in 17 Großstädten in der Zeit von 1924—1928 eine Steigerung dieser Ausgaben um rund 400% eingetreten ist.

Anlage 7.

Sparmaßnahmen für die Arzneiverordnung. Leitsätze von Landesmedizinalrat Dr. *Wiehl* mit Benutzung des Aufsatzes von *Vonessen*.

1. Sämtliche wortgeschützten Arzneimittel sind durch gleichartige, nicht wortgeschützte zu ersetzen.
2. Tabletten sind, soweit sie nicht in den Anstaltsapotheken selbst hergestellt werden können, durch selbstgemachte Pulver zu ersetzen.
Zusammengesetzte Tabletten, wie z. B. *Gelonida antineuralgica*, *Arcanol*, *Veramon* usw., sind durch Arzneimittel derselben Zusammensetzungen in den Apotheken selbst herzustellen.
3. Spezialitäten sind durch eigene Rezepte zu ersetzen.
4. Äther darf nicht als Reinigungsmittel gebraucht werden, dafür ist Benzol oder Benzin zu nehmen.
5. Zu Wasch- und Desinfektionszwecken darf nur vergällter Alkohol verwandt werden.
6. Die Verordnung von Ampullen zu Einspritzungen ist bei haltbaren Arzneilösungen zu vermeiden, da Ampullen die teuerste Verordnungsart ist.

Anlage 9.

Wirtschaftliche Auswirkung eines Abstinenzsanatoriums.

Von 354 im Jahre 1931 aus dem Abstinenzsanatorium der Wittenauer Heilstätten entlassenen Alkoholisten waren die Adressen bekannt von 347.

Von diesen 347 konnte in 109 Fällen noch genau die Gewährung von Wohlfahrtsunterstützung an die Alkoholisten und ihre Familienmitglieder — vor Aufnahme in die Anstalt — festgestellt werden. Nach der Anstaltsbehandlung wurden weiter unterstützt 93 Alkoholisten. Nur bei 16, also bei 14,68%, konnte die Wohlfahrtsunterstützung nach der Entlassung aus dem Abstinenzsanatorium völlig eingestellt werden. Wieviel Prozent der weiter Unterstützten, aber wesentlich Gebesserten, auf Konto der jetzigen Arbeitslosigkeit entfallen, ließ sich nicht abschätzen.

Wenn wir daher nur die 16 unterstützungsfrei Gewordenen in Rechnung stellen, ergibt sich folgende Rechnung:

Die Kurkosten für 109 Patienten betragenRM. 54 500
Erspart wurden durch Einstellung der 16 Unterstützungen jährlich
RM. 6528; sofern sie 8 Jahre lang unterstützungsfrei bleiben RM. 52 224

Wenn dazu ein geringer Bruchteil der wesentlich Gebesserten Arbeit fände und keine Erwerbslosenunterstützung erhielte, würden die Kurkosten für die Anstaltsbehandlung der Alkoholiker sich über und über bezahlt machen.

Anlage 10.

Sparwirkung der Pflegeheime im Vergleich zur Anstaltsbehandlung.

Die Irrenanstalt Dalldorf der Wittenauer Heilstätten war überbelegt:

1925	täglich	durchschnittlich	mit	18	Patienten,
1926	„	„	„	15	„
1927	„	„	„	51	„
1928	„	„	„	57	„
1929	„	„	„	16	„
1930	„	„	„	48	„

trotzdem von Jahr zu Jahr die Bettenzahl im Haushalt erhöht worden ist:

1925	.....	1600	Betten (etatsmäßig)
1926	.....	1650	„
1927	.....	1710	„
1928	.....	1750	„
1929	.....	1800	„
1930	.....	1850	„

Im Rechnungsjahr 1925 sind an 10 Familienpflegeheime für 13668 Verpflegungstage 22632,80 RM., mithin für 1 Verpflegungstag durchschnittlich 1,66 RM. gezahlt worden.

Im Rechnungsjahr 1926 sind an 16 Familienpflegeheime für 25330 Verpflegungstage 48529,57 RM., mithin für 1 Verpflegungstag 1,92 RM. gezahlt worden.

Im Rechnungsjahr 1927 sind an 21 Familienpflegeheime für 38201 Verpflegungstage 78304,87 RM., mithin für 1 Verpflegungstag durchschnittlich 2,05 RM. gezahlt worden.

Im Rechnungsjahr 1928 sind an 21 Familienpflegeheime für 44442 Verpflegungstage 89877,38 RM., mithin für 1 Verpflegungstag 2,02 RM. gezahlt worden.

Im Rechnungsjahr 1929 sind an 27 Familienpflegeheime für 48705 Verpflegungstage 105515,38 RM., mithin für 1 Verpflegungstag 2,17 RM. gezahlt worden.

Im Rechnungsjahr 1930 sind an 31 Familienpflegeheime für 70364 Verpflegungstage 159382,30 RM., mithin für 1 Verpflegungstag 2,26 RM. gezahlt worden.

Nach dem Haushaltsplan waren folgende Kosten für einen Verpflegungstag vorgesehen:

1925.....	4,80 RM.
1926.....	4,80 RM.
1927.....	4,90 RM.
1928.....	5,20 RM.
1929.....	5,20 RM.
1930.....	6,10 RM.

Nach der Selbstkostenberechnung sind in der Hauptanstalt für einen Verpflegungstag folgende Kosten entstanden:

1925.....	5,54 RM.
1926.....	5,12 RM.
1927.....	5,97 RM.
1928.....	6,61 RM.
1929.....	6,91 RM.
1930.....	6,56 RM.

Nach obiger Aufstellung ergibt sich, daß für einen Patienten, der in einem Familienpflegeheim untergebracht worden ist, durchschnittlich täglich folgende Kosten weniger entstanden sind:

1925.....	3,88 RM.
1926.....	3,20 RM.
1927.....	3,92 RM.
1928.....	4,59 RM.
1929.....	4,74 RM.
1930.....	4,30 RM.

Mithin sind erspart:

(10 Heime) 1925 für 13668 Verpflegungstage je 3,88 RM. =	53031,84 RM.
(16 Heime) 1926 für 25330 Verpflegungstage je 3,20 RM. =	81056,00 RM.
(21 Heime) 1927 für 38201 Verpflegungstage je 3,92 RM. =	149747,92 RM.
(21 Heime) 1928 für 44442 Verpflegungstage je 4,59 RM. =	203988,78 RM.
(27 Heime) 1929 für 48705 Verpflegungstage je 4,74 RM. =	230861,70 RM.
(31 Heime) 1930 für 70364 Verpflegungstage je 4,30 RM. =	302565,20 RM.
Gesamtersparnisse für die Zeit vom 1. 4. 25 bis 31. 3. 31	<u><u>1021251,44 RM.</u></u>

Die Berechnung könnte bei kritischer Betrachtung insofern zur Beanstandung Veranlassung geben, als einige Ausgaben in der Selbstkostenberechnung enthalten sind, die unabhängig von der Zahl der Patienten in der Anstalt sind, z. B. Abschreibung des Buchwertes, personelle Kosten für Versorgungsbezüge, Kosten für Hausbedürfnisse, Abgaben und Lasten, Geschäftsbedürfnisse und Ausgaben für die Pflege der gärtnerischen Anlagen usw.

Nach Ausscheiden dieser Ausgaben stellen sich die reinen Betriebskosten für einen Patienten der Hauptanstalt wie folgt:

1925.....	4,92 RM.
1926.....	4,19 RM.
1927.....	4,93 RM.
1928.....	5,51 RM.
1929.....	5,28 RM.
1930.....	5,20 RM.

Die Kosten für einen Pfingling und einen Tag, der in einem Pflegeheim untergebracht ist, würden sich erhöhen, wenn folgende Beträge noch mitberücksichtigt würden:

Personalkosten für den Pflegerarzt,
 Fahrgeld für Dienstreisen in Pflegerangelegenheiten,
 Ausgaben für Bekleidung der Familienpflegerlinge,
 Ausgaben für Arzneien, Brillen, Bruchbänder und ähnliches.

Ein Pflegerstag in einem Privatheim hat dann gekostet:

1925.....	1,66 + 0,15 RM.	= 1,81 RM.
1926.....	1,92 + 0,15 RM.	= 2,07 RM.
1927.....	2,05 + 0,15 RM.	= 2,20 RM.
1928.....	2,02 + 0,15 RM.	= 2,17 RM.
1929.....	2,17 + 0,15 RM.	= 2,32 RM.
1930.....	2,26 + 0,15 RM.	= 2,41 RM.

Ergebnis.

Hiernach sind infolge der Unterbringung von Patienten der Wittenaauer Heilstätten in Familienpflegeheimen erspart worden:

(10 Heime) 1925 für 13668	Verpflegungstage je 3,11 RM.	= 42507,48 RM.
(16 Heime) 1926 für 25330	Verpflegungstage je 3,12 RM.	= 53699,60 RM.
(21 Heime) 1927 für 38201	Verpflegungstage je 2,73 RM.	= 104288,73 RM.
(21 Heime) 1928 für 44442	Verpflegungstage je 3,34 RM.	= 148436,28 RM.
(27 Heime) 1929 für 48705	Verpflegungstage je 2,96 RM.	= 144166,80 RM.
(31 Heime) 1930 für 70364	Verpflegungstage je 2,79 RM.	= 196315,56 RM.

Gesamtersparnisse f. d. Zeit vom 1. 4. 25 bis 31. 3. 31..... 689414,45 RM.

Diese Berechnungen sind hier ausführlich dargestellt, um Nachprüfung zu ermöglichen. Sogar der erste vielleicht noch mangelhafte Versuch ist ebenso wie die späteren Verbesserungen der Aufstellungen deshalb wiedergegeben. Diese sind für das naturgemäß von dem ärztlichen Verfasser aufgestellte Ziel nicht von ihm bewirkt, sondern in völlig selbständiger Arbeit vom hiesigen Büro (Stadtamtman *Paetzke*, Stadtoberinspektor *Schubert*).

Ein solches Zusammenwirken von Arzt und Wirtschaftsstelle macht das Ergebnis aus naheliegenden Gründen einwandfreier. Auch alle übrigen statistischen Unterlagen und wirtschaftlichen Berechnungen, die in dieser Arbeit enthalten sind, wurden in gleicher Weise gewonnen.

Aus der psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli-Zürich.
Direktor: Prof. Hans W. Maier.

Über liquornegative und liquorsanierte Paralysefälle der psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli-Zürich.

Von

Hans Schöffeler, Romanshorn.

A.

Liquor-negative Paralysefälle ohne vorausgegangene Fieberbehandlung.

Von den eminenten Fortschritten, die auf dem Gebiete der Liquorforschung in den letzten 2 $\frac{1}{2}$ Jahrzehnten gemacht worden sind, hat die Diagnostik der sogenannten Spätsyphilis des Zentralnervensystems, insbesondere der progressiven Paralyse, in hervorragender Weise profitiert. Das ursprünglich 4 Reaktionen (WaR. Blut, WaR. Liquor, Zellzahl, Nonne Phase 1) umfassende *Nonne*-sche humorale Paralyse-Syndrom hat eine bedeutende Erweiterung erfahren; neue wertvolle Reaktionen sind hinzugekommen und haben die humorale Diagnostik der Paralyse bereichert; ich erwähne für den Liquor die Bestimmung des Gesamteiweißes, die Globulinreaktion nach *Pandy*, die Bestimmung des Eiweißquotienten (Globuline/Albumine) nach *Kafka*, die Flockungsreaktionen, die Kolloidreaktionen (Goldsol, Mastix, Takata-Ara) mit ihren für die verschiedenen Formen der Spätluess des Zentralnervensystems typischen Kurven, die Haemolysinreaktion, die Bestimmung der Permeabilität für Brom, u. a. m. Durch diesen Ausbau der Liquordiagnostik ist das Liquorsyndrom der progressiven Paralyse immer umfangreicher geworden, und gleichzeitig sind die Paralysefälle, für die das Liquorsyndrom nicht irgendwie zutrif, an Zahl zurückgegangen.

Die für Paralyse charakteristischen Veränderungen der Rückenmarksflüssigkeit werden bei dieser Krankheit derart häufig und regelmäßig angetroffen, daß heute von verschiedener Seite (*Plaut*, *Bostroem*, *Kafka* u. a.) die Diagnose Paralyse in unbehandelten Fällen mit negativen Liquorbefunden ernstlich angezweifelt wird. Wohl haben *Kafka*, *Plaut* u. a. m. bei Spontanremissionen

ein spontanes Schwächerwerden der Liquorreaktionen (und evtl. auch der WaR. im Blute) beobachtet; »ein vollkommenes Negativwerden wird aber — selbst in remissionierten Fällen — meist nicht gefunden«, schreibt *Kafka* im *Bumkeschen Handbuch*.

Andererseits sind aber von Zeit zu Zeit Publikationen erfolgt von klinisch einwandfreien und zum Teil autoptisch bestätigten Paralysefällen, deren Liquorbefunde negativ waren. (*Otto Binswanger, Forster, Schmidt-Kraepelin* u. a.) An Versuchen, diese Fälle zu erklären, fehlte es nicht. *Kafka* vertritt die Auffassung, daß es sich dabei um stationär gewordene oder eminent chronische Krankheitsprozesse handle, bei denen die Liquoruntersuchungen aus dem floriden Stadium fehlen.

Von anderer Seite (*Fritzsche* z. B.) ist auf die klinische Atypie der liquornegativen Paralysefälle hingewiesen worden; in neuerer Zeit hat *Winnik* ähnliche Fälle beobachtet; er fand dabei vorwiegend Taboparalyseformen und Kombinationen mit Lues cerebri.

Im folgenden soll nun über diejenigen Fälle liquoratypischer Paralysen berichtet werden, die im Zeitraum 1927 bis Ende Juni 1931 in der Anstalt Burghölzli zur Beobachtung kamen.

Als liquor-atypisch habe ich jene Fälle aufgefaßt, bei denen zum mindesten die Wassermannsche Reaktion im Liquor — war. »Teilweise liquor-negativ« habe ich diejenigen Fälle bezeichnet, die zwar — WaR. im Liquor aufwiesen, deren sonstige Liquorbefunde jedoch positiv oder zum Teil positiv waren; »vollständig liquor-negativ« jene Fälle, deren sämtliche Liquorreaktionen — waren, »humoral negativ«, wenn außerdem die WaR. im Blute — war.

Die Liquoruntersuchung auf WaR. wurde mit einer einzigen Ausnahme im Hygiene-Institut der Universität Zürich ausgeführt, ausgewertet bis 1,0, mit drei verschiedenen Extrakten. Zellzahl, Nonne 1, Pandey, Esbach, Mastix, Goldsol und Takata-Ara hingegen wurden im Burghölzli-Laboratorium bestimmt. Außerdem kam in jedem Fall noch die Blutuntersuchung auf WaR. (Hyg. Inst.) hinzu.

Unter 180 in den Jahren 1927—30.6.1931 ins Burghölzli aufgenommenen Paralytikern, deren Liquor untersucht worden ist, sind 7 Fälle, die — ohne je eine Fieberbehandlung durchgemacht zu haben — negative WaR. im Liquor aufweisen. Von diesen 7 Fällen sind 3 mit vollständig negativem Liquor; alle diese 3 Fälle zeigen übrigens auch im Blute negative WaR., sie sind also »humoral negativ«.

Die übrigen 4 Fälle sind »teilweise liquor-negativ«, neben — WaR. im Liquor finden sich hier zum Teil positive sonstige Liquorreaktionen.

An Hand der Krankengeschichten und auf Grund katamnestischer Erhebungen und eigener Untersuchungen will ich hier zuerst

auf die »teilweise liquor-negativen« (1—4), nachher auf die »vollständig liquor-negativen« Paralysefälle (5—7) etwas näher eingehen.

Fall 1. J. L., geb. 1872, Maurerhandlanger; war unehelich. Von Luesinfektion nichts bekannt. Pat. lange Jahre in Deutschland gelebt; sei von jeher etwas »eigen« gewesen; täglich seinen Schnaps getrunken, ohne sonst den Eindruck eines Säufers zu erwecken.

Erste Krankheitszeichen im August 1930; damals seien ihm durch eine Nachbarin 400.— Fr. gestohlen worden; darüber sei er sehr nachdenklich, eine Zeitlang fast stuporös geworden. In der Folge habe er den Alkohol weniger gut ertragen als vorher; in Sprache und Bewegungen langsamer geworden.

Am 6. 1. 1931 — 10 Tage vor der Anstaltsaufnahme — habe er seine Arbeitsstelle als Maurerhandlanger nicht mehr gefunden, habe daheim verkehrte Sachen gemacht, in seinem Zimmer einen großen Durcheinander produziert, viel vor sich hin gedöst, zeitweise verwirrt.

Am 16. 1. 1931 wurde Pat. ins Burghölzli aufgenommen.

Körperlicher Befund: Schlecht aussehender älterer Mann, schlaff — müdes Gesicht, Pupillen träge reagierend, linke Pupille leicht entrundet. Patellarreflexe beidseits +, Achillessehnenreflexe —, keine pathologischen Reflexe.

Romberg fraglich. Gang apraktisch, fast spastisch. Leichte Hyperalgesie der Haut. Tremor der Finger. Sprache: Schlecht artikuliert, verschmiert, deutliches Silbenstolpern. Innere Organe o. B.

Humoraler Befund:

	WaR.Blut	WaR.Liq.	Zellen	Nonne	I	Pandy	Esbach	Mastix
22. 1. 31:	—	—	44	2/3	Spur	schw. +	0,03	P. P.
								Kurve
								Goldsol
								T. K. A.
								P. P.
								+

Kurve etwas weit
nach rechts gehend.

Psychisch: Örtlich und zeitlich desorientiert, affektiv etwas ängstlich, vorwiegend aber stumpf, teilnahmslos; Auffassung verlangsamt, Gedächtnisfunktion stark gestört. Gelegentlich Störungen im Sinne der motorischen Aphasie, er möchte antworten, bringt aber die Worte nicht heraus.

Verlauf: Pat. verhielt sich ruhig im Bett, starrte oft stundenlang zur Decke; stark unrein, schmiert. Auftreten von abrupten Zuckungen im Gesicht u. in den Armen, Ptosis des r. Augenlides; zeitweilig starke Diarrhöe.

Anfang Februar zunehmende Somnolenz. Schließlich bronchopneumonische Erscheinungen. Am 12. 2. 1931 Exitus.

Autoptischer Befund: Konfluierende Bronchopneumonie, Endocarditis chronica, Kavernom der Leber, Enteritis.

Gehirn: Meningitis gummosa, progressive Reaktion der Hortegaschen Glia der Molekularschicht, lymphozytäre und plasmazytäre Endarteriitis der kleinen Gefäße, in der Rindenmarkzone vereinzelte perivaskuläre plasmazytäre Infiltrate, Rindenatrophie vorhanden, allerdings nicht sehr ausgesprochen. Makroskopisch: Gyri abgeplattet, Hydrocephalus internus, massive Ependymitis granulatis, im r. Ammonshorn nußgroßes, in eine reaktive

tionallose Zyste umgewandeltes altes Gumma, mit Basismeningen im Zusammenhang.

Zusammengefaßt: Lues cerebri (alle 3 Formen) + beginnende Paralyse.

Epikrise: Das schwer organische Krankheitsbild ist wohl trotz dem teilweise negativen Liquorbefund doch als Paralyse aufzufassen, allerdings kompliziert durch Lues cerebri.

Das von *Kafka* für die Lues cerebri aufgestellte Liquorsyndrom (typische Lueskurven der kolloidalen Reaktionen, WaR. erst bei höheren Werten +, Zellzahl größer als bei P. P., veränderter Eiweißquotient usw.), scheint in diesem Mischfall das Liquorsyndrom der Paralyse beeinflusst zu haben, allerdings nur teilweise.

Das klinische und das autoptisch-histologische Bild stellen ein Gemisch dar aus den beiden Krankheitsbildern Paralyse und Lues cerebri, und ebenso verhält es sich wohl mit dem Liquorbild, ohne daß daraus — wie es *Kafka* und *Jakob* in Mischfällen beobachtet haben — eine deutliche Dominanz des einen oder andern Prozesses abzuleiten ist.

Fall 2. L. B., geb. 1875, Italiener, Maurerhandlanger. Über Luesinfektion nichts bekannt. Vorgeschichte sehr lückenhaft, da ohne Angehörige. Seit 1920 wiederholt in ärztlicher Behandlung wegen Influenza bronchitica und Asthma.

Im Mai 1928 Einweisung in die medizinische Klinik des Kantonsspitals Zürich wegen erneuter Bronchitis. Klagen über allgemeine Schwäche.

Humoraler Befund vom 23. 5. 1928:

WaR. Blut WaR. Liq. Zellen Nonne I Pandy (Die kolloidalen Reaktionen
+ — 27 ++ ++ fehlen leider)

Im Laufe der Monate Juni und Juli 1928 zunehmende Apathie, die Gesichtszüge wurden schlaff, die Sprache schmierig, langsam; zeitweise verwirrt, lief nachts im Saale herum, wurde mehr und mehr unrein.

Am 13. 8. 1928 Aufnahme ins Burghölzli.

Aufnahme-Status: Teilnahmslos vor sich hin dösender Mann; bei Fragen besinnt er sich sehr lange, bis er antwortet. Sprache verwaschen, paralytisch schmierend: Rarissima rarità = raissimaità, loro telefonano a casa = lootelefanacasa. Schlaffes Gesicht mit ängstlichem Ausdruck. Zeitlich und örtlich desorientiert, interessiert sich für nichts, läßt alles willenlos über sich ergehen. In der Schweiz sei er seit 20 oder 40 Jahren, er wisse es nicht mehr; seine letzte Wohnung kann er nicht angeben, weiß auch den Namen seines Meisters nicht.

Pupillen eng, reagieren auf Licht und Konvergenz, Patellarreflexe lebhaft, leichte Ataxie, Hypalgesie der Körperoberfläche.

Humoraler Befund vom 13. 8. 1928:

WaR. Blut WaR. Liq. Zellen Nonne I Pandy Esbach Mastix Goldsol T. K. A
— — 13 + + 0,04 P. P. P. P. +
Kurve Kurve

Ende August 1928 wurde Pat. ins Sanatorium Kilchberg b. Zürich transferiert, wo er bis zur Heimschaffung nach Italien (2. 6. 1929) blieb.

In Kilchberg zeigte Pat. ungefähr immer dasselbe Krankheitsbild: Apathisch, interesselos, großes Schlafbedürfnis, zeitweise desorientiert, geistig mehr und mehr abnehmend, im Benehmen gutmütig und höflich; keine Krankheitseinsicht.

Am 2. 6. 1929 Transferierung nach Italien. Über das weitere Schicksal des Pat. wissen wir nichts.

Epikrise: Eine Zeit lang, besonders im Anfang, wurde in diesem Fall die Diagnose Lues cerebrospinalis ernstlich erwogen; die überraschend einsetzende Apathie, Dösigkeit, Interesselosigkeit, Verwirrtheit, allgemeines Schwächegefühl konnten bei zum Teil positiven humoralen Reaktionen sehr wohl an einen akuten luischen Prozeß des Zentralnervensystems denken lassen; die negative WaR. im Liquor sprach nicht absolut dagegen. *Plaut* z. B. vertritt die Meinung, daß die rein vaskuläre zerebrale Lues ohne alle Liquorveränderungen einhergehen könne; bei Defekten und Residualzuständen nach Hirnsyphilis hat — in den spätern Stadien wenigstens — auch *Bostroem* die WaR. im Liquor gelegentlich negativ gefunden. Die relativ rasche Progredienz der Demenzerscheinungen, die zunehmend paralytischer werdende Sprache, die P. P.-Kurven der kolloidalen Reaktionen, das Fehlen lakunärer Demenz, das Fehlen von Herdsymptomen ließ später die Diagnose Paralyse etwas in den Vordergrund treten. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Kombination der beiden Krankheitsbilder Lues cerebri und Paralyse. Es wäre interessant gewesen, die Wirkung einer spezifischen Kur zu beobachten. Da jede Woche mit der Heimschaffung nach Italien gerechnet wurde, ist therapeutisch nichts unternommen worden.

Über den weiteren Verlauf fehlen uns leider Nachrichten.

Fall 3. G. L., geb. 1872, Gartenbau-Fachlehrer; über Luesinfektion nichts bekannt. Erblichkeit: 1 Onkel väterlicherseits haltloser Psychopath, in Pflegeanstalt Rheinau verwahrt; 1 Onkel mütterlicherseits Sonderling, wegen Melancholie zeitweilig in Anstalten interniert, machte Suizid; von den Geschwistern des Pat. neigt 1 Bruder zu Depressionen, ein anderer Bruder leidet an Paralyse, nach Malaria stationär geworden.

Pat. selber war bis Sommer 1927 gesund; damals die ersten Klagen über Schmerzen in Hüften und Oberschenkeln. Im Herbst 1927 vorgefallene berufliche Widerwärtigkeiten sollen ihm, dem ohnehin schon leicht depressiven Menschen, sehr zu denken gegeben haben.

Im Laufe des Winters 1927/28 leichte Gedächtnisabnahme, rasche Ermüdbarkeit beim Arbeiten, erhöhte Reizbarkeit, Affektlabilität. An Ostern 1928 einige Tager Fieber mit Störungen der Blasenfunktion und Schmerzen beim Wasserlösen. Der zugezogene Arzt fand Pupillenstörungen, veranlaßte Untersuchung durch einen Nervenarzt, der dann die Diagnose auf beginnende Taboparalyse stellte.

Am 25. 6. 1928 Einweisung in die Anstalt Burghölzli, zur Vornahme einer Malariakur.

In der Klinik bot Pat. ein depressives Zustandbild; leichtes Nachlassen der Gedächtnisfunktion; gestörte Merkfähigkeit, verlangsames und

bei schwierigeren Aufgaben versagendes Kopfrechnen, ausgeprägte Affekt-labilität.

Körperlicher Befund: Rechte Pupille weiter als linke, beide lichtstarr. Optikus o. B., ebenso übrige Hirnnerven. Trizeps- u. Radiusreflexe rechts lebhafter als links, sonst obere Extremitäten o. B. Bauchreflexe sehr lebhaft, beiderseits gleich. Kremaster-Patellar- u. Achillessehnenreflexe fehlen beiderseits. In beiden Beinen leichte Störung der Tiefensensibilität, beim Strichgang leichte Ataxie. Romberg —. Leichte rechts-seitige Hemihypaesthesia von organischer Abgrenzung. Sprache: Deutliches Silbestolpern.

Humoraler Befund:

	WaR.Blut	WaR.Liq.	Zellen	Nonne I	Pandy	Esbach
9. 6. 1928:	—	—	15	—	—	Spur

(die kolloidalen Reaktionen sind in diesem Falle leider nicht gemacht worden).

Verlauf: Am 26. 6. 1928 wurde Pat. intravenös mit 6 cm Malaria-blut geimpft. Die Fieberkurve zeigte regelmäßigen Anstieg, wobei am 8. Tage nach der Impfung ein Fieber von 40,5 erreicht wurde, das 3 Tage hintereinander in Quotidianatypus wiederkehrte; nachher noch 2 Zacken von 39,0 bzw. 39,5. Während der Anfälle zeigte Pat. stets erschwertes Atmen, am Herzen keine Kompensationsstörungen.

Am 9. 7. 1928, während des 6. Temperaturanstieges, kollabierte Pat. plötzlich und starb trotz aller Stimulation.

Autoptischer Befund: Stauung in Lungen und Bauchorganen, Mesoritis luica, Lipomatosis des Myocard.

Gehirn: Leptomeningitis chronica fibrosa, Ependymitis granularis. Histologie des Gehirns: Rindenaufbau regelmäßig; um die kleinen Gefäße der Rindenmarkgrenze finden sich vereinzelte perivaskuläre Plasmazellinfiltrate und einige Hämosiderinschollen. (Schnitte aus Frontalregion u. aus den Zentralwindungen). Die Granula am Boden des 4. Ventrikels bestehen aus kleinen Haufen von Gliazellen.

Rückenmark: Schnitte aus dem Halsmark zeigen geringgradige Verschmälerung der Hinterstränge. Im Markscheidenpräparat ein geringer Ausfall der Markscheiden und eine Verklumpung der Markscheiden. — Der pathologisch-anatomische Befund heißt zusammengefaßt: Beginnende progressive Paralyse, beginnende Tabes dorsalis.

Epikrise: Bei diesen klinischen und autoptischen Befunden kann man die Diagnose Taboparalyse kaum ernstlich anzweifeln, trotzdem der Liquor (und auch das Blut) mit Ausnahme der Zellvermehrung völlig negative Befunde zeigte.

Eine Beeinflussung des Liquors durch Salvarsan kommt hier nicht in Frage, da Pat. nie antiluisch behandelt worden ist.

Der Einwand, die Taboparalyse sei erst im Anfangsstadium, kann nicht für die Erklärung des atypischen Liquorbefundes herangezogen werden, da wir wissen, daß normalerweise schon im Stadium der Präparalyse paralytische Liquorbefunde angetroffen werden.

Vielleicht ist dieser atypische humorale Befund darauf zurückzuführen, daß wir es nicht mit einer reinen Paralyse zu tun haben, sondern mit einer Kombination von Paralyse mit Tabes. *Kafka* u. a. haben bei Taboparalysen zwar meist das humorale Bild der Paralyse festgestellt, jedoch häufig abgeschwächt, und mit Tendenz zum Abnehmen der Liquorbefunde.

Fall 4. W. G., geb. 1892; Autovertreter, früher Konditor. 1912 Luesinfektion, angeblich unbehandelt. Vater des Pat. an Hirngefäßleiden in einer Anstalt gestorben. Familie sonst o. B. Pat. lernte nach der Schulentlassung den Konditorberuf, den er bis 1920 ausübte; 1921 fing er an für Motorrad- u. Autofirmen als Vertreter tätig zu sein. 1914 Heirat; Ehe kinderlos, 1914 1. Abort.

Im Laufe des Jahres 1929 ließ Pat. in seinen Leistungen bedenklich nach, verdiente fast nichts mehr, die Frau bemerkte an ihm Gedächtnisabnahme, verändertes müdes Aussehen. Im Oktober 1929 — als ihm zur Abwechslung wieder einmal ein Autohandel geglückt war — kaufte er eines Tages in unsinniger Weise Wäschestücke und Luxusartikel (Ohringe, Armbanduhren, Grammophon usw.) ein, welche Dinge er dann tags darauf versetzen mußte, um das seiner Firma zukommende Inkassogeld abgeben zu können. Eine Zeitlang erging er sich in Prahlerien über seine riesigen Verdienstmöglichkeiten (in Tat und Wahrheit lebte er zu dieser Zeit bereits ganz vom Verdienste seiner Frau), in kurzer Zeit werde er Millionär sein, seiner Frau eine Villa bauen, Hühnerfarmen einrichten und Großrestaurants leiten usw. Vom November 1929 ab sei er dann zunehmend versimpelt: Seine Vergesslichkeit war derart groß geworden, daß er zu keiner geordneten Tätigkeit mehr fähig war, stundenlang lief er auf den Straßen Zürichs herum und notierte sich die Nummern der vorbeifahrenden Autos; daheim trug er dann die aufgeschriebenen Nummern in sinnloser Weise mehrfach ins Reine. Am 4. 3. 1930 Aufnahme ins Burghölzli.

Körperlicher Befund: Schlaff-müdes Aussehen. Innere Organe o. B. Pupillen beidseits entrundet, rechte größer als linke, Reaktion auf Licht beidseits träge. Patellar- und Achillessehnenreflexe beidseits gesteigert, Patellarklonus. Romberg —, keine Ataxie, Strichgang jedoch unsicher. Sensibilität intakt. Sprache: leichtes Anstoßen und Schmieren.

Humoraler Befund vom 11. 3. 1930:

WaR.Blut	WaR.Liq.	Zellen	Nonne	I	Pandy	Esbach	Mastix	Goldsol	T. K. A.
+	—	16	+	+	0,035	P. P.	P. P.	+	
						Kurve	Kurve		
						mit Rechtsverschiebung			

Psychischer Befund: Affektiv stumpf, gleichgültig, interesselos. Keine Krankheitseinsicht, ist der Meinung, seine Frau sei schuld an seiner Internierung. Die Intelligenzprüfung ergibt eine erhebliche Unfähigkeit im Kopfrechnen, er ist nicht einmal imstande 6 mal 7 auszurechnen. Merkfähigkeit und Gedächtnis für Rezentes stark herabgesetzt; Auffassung, Schulwissen und Gedächtnis für Altes noch leidlich erhalten. Keine Halluzinationen, keine Wahnideen.

Verlauf: Pat. wird mit Malaria geimpft; nach der 5. Zacke (41,5) spontanes Erlöschen.

Am 5. 4. 1930 Transferierung in eine andere Anstalt. Dort bot Pat. bis im Juli ungefähr das gleiche Bild wie im Burghölzli (demente Form der progressiven Paralyse); vom Juli 1930 ab zunehmende Besserung; Pat. wurde lebhafter, fast redselig, fing an wieder Anteil zu nehmen an seiner Umgebung, beteiligte sich bei Hausarbeiten, die er korrekt besorgte. Im Gespräch gab er geordnet Auskunft, zeigte allerdings in der Beurteilung seiner Leistungsfähigkeit und Verhältnisse noch eine gewisse Urteilschwäche. Merkfähigkeit und Gedächtnis besserten sich. Am 25. 1. 1931 an Konditorstelle entlassen.

Epikrise: Demente Form der Paralyse, mit im Vordergrund stehender affektiver Verblödung. WaR. Liq. —, bei sonst positiven humoralen Befunden. Auf Malariabehandlung deutliche Remission.

Fall 5. O. Sch., geb. 1895, Zahntechniker; Familie o. B. 1918 syphilitische Infektion in Hamburg; intensive Lokalbehandlung mit Jodoform, anschließend Salvarsankur. 1925 in Paris Gelbsucht; weil WaR. im Blute +, energische antiluische Behandlung mit Salvarsan, Quecksilber und Bismuth, mit Wiederholung der Kur in den folgenden 3 Jahren, bis 1928 die WaR. im Blute — war. Die Liquorreaktionen hingegen seien auch 1928 noch + gewesen.

Seit Herbst 1927 Abnahme der Sehkraft; in einem Pariser Spital hätten ihm die Ärzte gesagt, die Sehstörung rühre von Tabes dorsalis her. Seit Anfang 1929 Auftreten von Schwindelanfällen; er falle plötzlich um und sei für einige Zeit bewußtlos, beim Aufwachen dann wie gelähmt, erst im Verlauf einiger Tage richtig erholt; seit er diese Anfälle habe, sei seine geistige Leistungsfähigkeit stark zurückgegangen, sei interesselloser geworden.

Seit 1927 versagte Pat. mehr und mehr in seinem Berufe, ging immer öfter seine Geschwister um finanzielle Unterstützung an, erhaltene Gelder verjubelte er blöd und liederlich, schließlich sank er zum herumstreichenden Vagabunden, Betrüger und Dieb herunter; in den letzten Monaten vor der Internierung verübte er Heiratsschwindeleien und plumpe Gelddiebstähle. Am 22. 8. 1930 wurde Pat. ins Burghölzli aufgenommen.

Körperlicher Befund: Schlechtes, ungepflegtes Aussehen. Innere Organe o. B. Rechte Pupille größer als linke, beide rund, auf Licht keine Reaktion, wohl aber auf Konvergenz. Beidseits Ptosis; horizontaler Rucknystagmus der Bulbi. Vorderarmreflexe lebhaft, ebenso Knie- und Achillessehnenreflexe. Gang sicher, keine Ataxie. Deutliche Hypalgesie der Haut. Pat. klagt über lästigen Harndrang und zeitweilige Incontinentia urinae. Im Gesicht und im Nacken sollen mehrmals täglich heftige Attaquen von stechenden Schmerzen auftreten, hauptsächlich auf der rechten Seite. Ferner klagt er über recht lästige Doppelbilder. Sprache: Paradigmata gehen z. T. schlecht, im ganzen jedoch gute Artikulation.

Humoraler Befund vom 2. 8. 1930 (Dermatolog. Universitätsklinik Zürich):

WaR. Blut WaR. Liq. Zellen Nonne I Pandy Mastix Goldsol
— — — 1/3 — — —

Psychischer Befund: Unter Berücksichtigung der Tatsache, daß

Sch. eine recht gute Bildung durchgemacht hat (Maturität), zeigt er ein auffallend blödes Benehmen. Aus der Internierung scheint er sich nichts zu machen. Unter einfältigem Lachen konstatiert er, er sei eben zum Vagabunden hinabgesunken. Die gleichgültige stumpfe Mimik bestärkt den Eindruck, daß es sich um einen verblödeten Menschen handelt. Bei näherer Prüfung ergibt sich, daß die affektive Seite besonders von der Verblödung betroffen ist, was sich in Stumpfheit und Gleichgültigkeit äußert. Intellektuell scheint er besser erhalten zu sein. In seinen Angaben über sein Vorleben zeigt sich eine leichte Gedächtnisschwäche.

Verlauf: In der Klinik machte Pat. eine Malariakur mit spezifischer Nachbehandlung durch. In der Folge trat sehr bald eine Besserung ein, so berichtete er kurze Zeit nach der Malariakur, daß sein Sehvermögen besser geworden und die Doppelbilder verschwunden seien. Dann begann er sich für die Heilungsaussichten seiner Krankheit zu interessieren, fing an fleißig zu arbeiten, machte auf der Abteilung nicht die geringsten Schwierigkeiten. Was an Pat. 5 Monate nach der Malariakur noch auffiel, war eine gewisse Kritiklosigkeit und etwas blöde Euphorie, die sich besonders in seiner optimistischen Einstellung gegenüber seiner Zukunft äußerte.

Am 6. 5. 1931 als gebessert entlassen. Seither wissen wir nichts von ihm; er soll sich außer Landes begeben haben.

Epikrise: Zweifellos handelt es sich hier auch nicht um eine typische Paralyse; der Beginn war sehr chronisch, und auch der weitere Verlauf war trotz der zahlreichen paralytischen Anfälle torpid. Die auf Fieber- und spezifische Therapie sich rasch bessernden Sehstörungen, das Doppeltsehen, Kopfschmerzen, Harninkontinenz, Hypalgesie weisen auf begleitende Lues cerebrospinalis- bzw. Tabes-Prozesse hin. Der negative humorale Befund von 1930 ist als saniert aufzufassen; 1928 haben im Liquor noch positive Werte vorgelegen. Die vollständige humorale Sanierung dürfte in diesem Fall einmal ihre Erklärung finden in der klinischen Atypie dieser Paralyse, dann aber wohl auch in der ausgiebigen mehrfachen Salvarsanisierung dieses Patienten. Wir dürfen zwar den Einfluß der Salvarsanmedikation auf die humoralen Reaktionen bei Paralyse im allgemeinen nicht allzu hoch in Rechnung setzen; nach *Bostroem* läßt sich über diesen Einfluß kaum eine irgendwie feste Regel aufstellen. Am leichtesten gelingt eine Herabsetzung der Zellzahl und der Globulinwerte, und eine Besserung der kolloidalen Reaktionen; weniger beeinflussbar erweisen sich die WaR. in Blut und im Liquor.

Fall 6. A. H., geb. 1900, Hausfrau, früher Serviertochter. 1921 Luesinfektion; unbehandelt; kurze Zeit darauf Fehlgeburt. 1926 Gonorrhoe, 1928 Grippe und Cystitis.

Im August 1930 traten Sehstörungen auf, Pat. sah vorübergehend nichts mehr, hatte eine Zeitlang Erbrechen und Durchfälle; Ende September 1930 neuritische Schmerzen und Schwäche in beiden Beinen, und neuerdings starkes Erbrechen. Am 17. 10. 1930 wurde Pat. in die med. Klinik Zürich aufgenommen. Die Spitalbeobachtung ergab folgende Befunde: Kleine schwäch-

liche Pat. mit kleinem Herz und vorspringendem Pulmonalbogen, Tachycardie von 90 bis über 110, afebril; Senkungsreaktion normal, dagegen dauernd Leukozytose um 13000 mit leicht toxischen Veränderungen. Urin o. B., ebenso Stuhl. Bauchdeckenreflexe beidseits lebhaft, sehr lebhaft Patellarsehnenreflexe mit Andeutung von Patellarklonus. Pupillen rund, r. = 1., mittelweit, reagieren gut auf Licht und Konvergenz. Schlechter Visus infolge von Retrobulbärneuritis. Oft Klagen über brennende Schmerzen in den Füßen. Während des 12tägigen Spitalaufenthaltes 3mal Bettnässen, was seit ihrer Kindheit nie mehr vorgekommen sein soll. WaR. in Blut und Liquor —, ebenso Mastix u. Goldsol. In der Spitalbeobachtung, ohne spezielle Behandlung, Besserung des Allgemeinbefindens; auch die Amblyopie ist besser geworden.

Am 29. 10. 1930 Entlassung nach Hause, ohne bestimmte Diagnose; neben Intoxikation unbekannter Genese war u. a. die Diagnose multiple Sklerose und Lues erwogen worden.

Anfangs 1931 begab sich Pat. neuerdings in ärztliche Behandlung wegen allgemeiner körperlicher Schwäche, besonders Schwäche in den Beinen. Ende Februar fiel an ihr ein sonderbares Benehmen auf: Sie kochte nicht mehr, vernachlässigte auch sonst den Haushalt, packte Kleider und Wäsche ein und aus, verbrannte gute Wäschestücke im Ofen und glaubte nachher, man habe ihr dieselben gestohlen; zu allem lachte sie blödsinnig, sie machte immer verkehrtere Dinge; ihre Sprache wurde schwerfällig und schmierig undeutlich; sehr vergeßlich geworden.

Am 1. 4. 1931 kam Pat. in diesem schwer organischen Krankheitszustande in die Anstalt Burghölzli.

Körperlicher Befund: Schlechtes Allgemeinbefinden; innere Organe o. B. Schlaff-müdes Aussehen. Pupillen leicht entrundet, eng, reagieren auf Licht sehr träge, besser auf Akkomodation. Patellarsehnenreflexe beidseits ++, Achillessehnenreflexe rechts stärker als links, Bauchdeckenreflexe o. B. Keine pathologischen Reflexe. Gang unsicher, ataktisch, Romberg —. Sprache schmierend, deutliches Silbenstolpern. Hypalgesie der Haut.

Humoraler Befund:

8. 4. 31:	WaR.	Blut	WaR.	Liq.	Zellen	Nonne	I Pandy	Esbach	Mastix	Goldsol
	—	—	—	—	2 ¹ / ₃	—	—	0,025	—	—
18. 5. 31:	—	—	—	—	2 ¹ / ₃	—	—	Spur	—	—

Psychischer Status: Orientierung in Ort und Zeit mangelhaft; Auffassung, Merkfähigkeit und Gedächtnis stark gestört; affektiv blödeuphorisch, etwas stumpf; keine Krankheitseinsicht.

Verlauf: Im Burghölzli machte Pat. eine Malariakur durch, die sie trotz Fieberzacken von 41,0 sehr gut überstand. Schon bald darauf auffallende psychische und somatische Besserung.

Am 31. 5. 1931 Entlassung nach Hause, in guter Remission. Die in der Anstalt angefangene spezifische Nachbehandlung wurde von der dermatolog. Poliklinik Zürich ambulant zu Ende geführt.

Nachuntersuchung 15. 12. 1931: Pat. besorgt daheim den Haushalt für sich und ihren Mann. Subjektiv Wohlbefinden. Stimmungslage leicht wechselnd, eher etwas nach der depressiven Seite neigend. Zeigt Krankheitseinsicht. Gedächtnis deutlich gebessert im Vergleich zum Status bei der Burghölzli-Aufnahme. Kopfrechnen: Mit dem Resultat schießt sie rasch

drein, aber zuerst gewöhnlich falsch; im 2. und 3. Anlauf wird dann korrigiert. Pupillen beidseits rund, etwas eng, auf Licht träge Reaktion. Sprache: Deutliches Silbenstolpern, schlechte Artikulation, gelegentlich Mitbewegungen im Gesicht.

Epikrise: Zur Zeit des Anstaltsaufenthaltes und kurz vorher bot Patientin das Bild einer gemischt euphorisch-dementen Paralyse, während es sich $\frac{1}{2}$ Jahr vorher — retrospektiv betrachtet — wohl um tabische und Lues cerebros spinalis-Prozesse gehandelt hat. Auffällig ist an diesem Fall das humoral negative Verhalten, sowohl zur Zeit, da Tabes und Lues cerebros spinalis-Prozesse im Vordergrund standen, als auch bei eviderter Paralyse. Festhalten möchte ich das rasche Einsetzen der Remission auf Fieberbehandlung; um über die Remission weitere Bemerkungen zu machen, dazu ist die Beobachtungszeit noch zu kurz.

Fall 7. G. H., geb. 1892, Kaufmann; Erblichkeit o. B.

1914 Syphilisinfektion in Marseille, mit ca. 20 Injektionen behandelt. — In England geboren, kam Pat. mit 7 Jahren in die Schweiz, wo er in Zürich Schulen und kaufmännische Lehre absolvierte; nachher immer im Ausland in Stellung, in Paris, in Casablanca und in London. Tüchtiger Kaufmann, der in gesunden Tagen als Reisevertreter sehr geschätzt war. Ausgezeichneter Gesellschafter, Spaßvogel, immer etwas hypomanisch. Im Laufe des Jahres 1928 fielen Veränderungen an ihm auf: Er fing an, sein Äußeres zu vernachlässigen, kam unordentlich daher, sprach davon, ein eigenes Geschäft zu gründen, obwohl er erst kurz vorher mit seinem Prinzipal ein 3 Jahre dauerndes Vertragsverhältnis eingegangen war, bei befreundeten Leuten suchte er Kredit für seine geplante Neugründung, daheim und in Gesellschaft erregte er Anstoß durch plump-obszöne Redensweise; im Laufe weniger Monate brachte er seine Ersparnisse (ca. 40000 Franken) durch. Seine Stimmung war vorwiegend euphorisch, daneben aber leicht gereizt, gelegentlich ängstlich. Gegen Ende 1928 traten verschiedentlich auf der Straße leichte Anfälle von kurzdauernder Bewußtlosigkeit auf, er fiel dann zu Boden oder stieß mit Passanten zusammen. Gelegentlich Somnolenzzustände, die bis zu 24 Stunden dauerten, hin und wieder Klagen über heftige Kopfschmerzen. — Am 21. 1. 1929 wurde Pat. ins Burghölzli aufgenommen.

Körperlicher Befund: Großer, kräftiger, etwas müde aussehender Mann. Nasolabialfalten beidseits verstrichen, leichte Asymmetrie der Mundbewegung. Innere Organe o. B. Pupillen beidseits rund und mittelweit, reagieren auf Lichteinfall kaum, auch auf Konvergenz wenig ausgiebig und träge. Reflexe an obern und untern Extremitäten, an Bauch und Rücken beidseits normal, keine spastischen Fußsohlenreflexe. Sensibilität intakt. Keine Störungen der Motilität in bezug auf die rohe Kraft und den Tonus. Die Koordination der Handbewegungen beim Knöpfe-öffnen und schließen leicht verändert. Beim Stehen mit geschlossenen Augen schwankt Pat., ohne zu fallen. Sprache deutlich dysarthrisch verschmiert; keine aphatischen Störungen nachweisbar. Augenhintergrund o. B.

Humoraler Befund vom 21. 1. 1929:

WaR. Blut WaR. Liq. Zellen Nonne I Pandy Esbach Mastix Goldsol T. K. A.

— — 2/3 — Andeutg. 0,03 — — —

(Nachuntersuchungen am 11. 1. 1930 und am 20. 12. 1931 ergaben die gleichen humoralen Ergebnisse).

Psychisch: Gutmütig-blöde, plump-vertraulich, im ganzen euphorisch, oft auch etwas ängstlich, deutliche affektive Inkontinenz; mit der Interaktion vollkommen einverstanden, ohne sich anscheinend über deren Bedeutung klar zu werden; sein Hauptinteresse konzentriert sich auf Zigaretten. Intellektuelle Störungen bei näherer Prüfung deutlich nachweisbar. Kopfrechnen: 4% von 800 = 320 (!), 32. 17 mal 18 rechnet er so aus: 10 mal 10 = 100, 7 mal 8 = 56, als 156; er kann nicht verstehen, daß dieses Resultat falsch ist. Die Störungen von Auffassung; Merkfähigkeit und Gedächtnis sind nicht sehr ausgesprochen.

Verlauf: Pat. machte in der Klinik eine Malariakur durch. Am 4. 3. 1929 wurde er unge bessert zu seiner Mutter entlassen. Von dort wurde er in der Folge in eine Privatanstalt verbracht, wo er heute noch ist. Eine Besserung durch die Malariakur ist in keiner Beziehung eingetreten.

Bei einer Nachuntersuchung im Januar 1930 klagte Pat. über zunehmendes Schwächegefühl in den Beinen, zeigte breitspurig-unsicheren Gang, ohne deutlichen Romberg. Pupillenreaktion auf Licht und auf Akkomodation träge. Sprache verwaschen, schwer verständlich, Paradigmata gehen schlecht. Psychisch: fortschreitende organische Demenz, wobei allerdings die Gedächtnisfunktion relativ wenig betroffen ist. Pat. interesselos, apathisch untätig. Keine Äußerungen von Wahnideen, keine Anhaltspunkte für Halluzinationen irgendwelcher Art.

Bei einer weiteren Nachuntersuchung im Dezember 1931 war das Fortschreiten der Demenz feststellbar, daneben eine erhebliche Akzentuierung der tabischen Symptome. Pat. ist derart unsicher und ataktisch, daß er kaum mehr gehen kann, ausfahrende Bewegungen beim Fingerzeigerversuch; Romberg +; seit Sommer 1931 Störungen der Blasen- und Mastdarmfunktion, oft unrein, schmiert.

Epikrise: Das manisch-organische Krankheitsbild bei stattgehabter Luesinfektion war trotz des negativen humoralen Befundes von Anfang an sehr auf Paralyse verdächtig, insbesondere weil weder für multiple Sklerose noch für Stirnhirntumor nähere Anhaltspunkte vorhanden waren. Der seitherige Verlauf mit dem Hinzukommen ausgesprochen tabischer Symptome hat diese Diagnose bestätigt. Pat. bietet heute das Bild einer Taboparalyse mit progredientem Verlauf. Auffällig ist in diesem Fall das vollständig refraktäre Verhalten gegenüber Fieber- und spezifischer Behandlung, das Manifestwerden der Tabessymptome erst nach dieser Behandlung, der deutlich progrediente Verlauf bei negativen humoralen Befunden.

Zusammenfassung A:

Wenn wir diese 7 Liquor-atypischen Paralysefälle (unter 180 in den Jahren 1927 bis 30. 6. 1931 ins Burghölzli aufgenommenen Paralytikern) überblicken, so fällt uns einmal auf, daß darunter nur ein einziger Fall ist, der klinisch das typische Bild einer progressiven Paralyse bietet; es ist dies Fall 4, einfach-

demente Form. Die übrigen 6 Fälle zeigen klinisch zum Teil beträchtliche Abweichungen vom Normaltypus oder sind Spezialformen. Fall 1 und 2 (teilweise Liquor-negativ) sind Paralysen kompliziert durch Lues cerebros spinalis; die Liquoratypie dieser beiden Fälle wird zu erklären versucht durch das Vorliegen der Kombination von Paralyse mit Lues cerebros spinalis, bzw. durch gegenseitige Beeinflussung der beiden Liquorsyndrome.

Bei Fall 3 (teilweise Liquor-negativ) handelt es sich um beginnende Taboparalyse, in den Fällen 5 und 6 um humoral negative Paralysen mit zeitweise im Vordergrund stehenden Tabes- bzw. Lues cerebros spinalis-Prozessen. In Fall 7 haben wir ca. 2 Jahre lang ein langsam fortschreitendes paralytisches Krankheitsbild vor uns, bei dem dann tabische Symptome manifest werden und zu einer progredienten Taboparalyse führen: bemerkenswert ist an diesem humoral negativen Fall das refraktäre Verhalten gegenüber der Fieberbehandlung.

Fall 5 ist als »humoral saniert« aufzufassen; 3 Jahre vor unserer Untersuchung sollen positive Werte vorgelegen haben. Bei der humoralen Sanierung dieses Pat. spielt neben dem klinisch atypischen Verlauf zweifellos die mehrfache und ausgiebige Salvarsanisierung (in den letzten Jahren vor Ausbruch der Paralyse) eine bedeutsame Rolle.

Durch die bemerkenswerte Feststellung, daß in 6 der vorliegenden 7 liquoratypischen Paralysefälle die Paralyse atypische Verlaufsart, Kombinationen mit Lues cerebros spinalis- und Tabes-Prozessen, bzw. taboparalytische Formen aufweist, ist über das Wesen dieses humoral-atypischen Geschehens noch nichts gesagt. Bei der Kompliziertheit des Problems der humoralen Vorgänge wird es überaus schwer halten, zu einer befriedigenden Lösung zu kommen. *Winnik* hat für seine liquoratypischen Fälle die Möglichkeit ins Auge gefaßt, daß die Liquoreigenheiten auf anallergischen Vorgängen im Körper beruhen. Besonders einleuchtend scheint mir diese Auffassung zu sein für Fälle mit progredientem Verlauf und gegenüber jeglicher Therapie refraktärem Verhalten, wie z. B. Nr. 7 meiner Fälle. Bei etwas weiterer Fassung des Begriffs der Anallergie können allerdings auch liquoratypische Fälle mit guter therapeutischer Beeinflussbarkeit erklärt werden; die Wirkung der Therapie käme dann einer Wiederingangsetzung der Regulierungsfähigkeit des Organismus gleich.

Wichtig scheint mir die Feststellung zu sein, daß es trotz der sehr weitgehend entwickelten Liquordiagnostik doch Paralysefälle (wenn auch atypische und Kombinationsformen) gibt, die — ohne daß eine Fieberbehandlung vorausgegangen ist — ein vollständig negatives Liquorsyndrom bieten.

Andererseits weist das Vorkommen von Paralysefällen mit negativer WaR. im Liquor und positiven sonstigen Liquorbefunden eindrücklich daraufhin, wie wichtig es ist, daß bei Paralyse-Verdachtsfällen der Liquor nicht nur auf die WaR., sondern auch auf Zellzahl, Eiweiß- und Kolloidreaktionen untersucht wird.

B.

Nach Fieberbehandlung liquorsanierte Paralysefälle.

Seit Einführung der Infektionstherapie bei der Paralyse wurde dem Verhalten der Rückenmarksflüssigkeit, besonders in bezug auf die Korrelation Liquor- klinisches Bild, in steigendem Maße Interesse entgegengebracht. In zahlreichen Publikationen, von verschiedener Seite, ist dargelegt worden, wie durch die Fieberbehandlung sich eine Besserung der Liquorverhältnisse erreichen läßt, eine Besserung, die viel weitgehender ist als die von der spezifischen Behandlung her bekannte. Von dieser Feststellung aus war es kein großer Schritt, die Liquorveränderungen nach Fieberbehandlung mit den klinischen Resultaten zu vergleichen und prognostische Schlüsse zu ziehen. Es liegt in der Natur der Sache, daß die anfänglich allzu übertriebenen Hoffnungen auf die prognostische Bedeutung der Liquoranalyse fieberbehandelter Paralytiker in der Folge einen gewissen Rückschlag erlitten haben. Beobachtungen, daß Paralytiker rasch in eine vorzügliche Remission kamen, ohne daß die Liquorverhältnisse gebessert waren, und andererseits Fälle von Besserung des Liquors bei Paralytikern mit klinischer Verschlechterung, haben bei manchen Autoren (*Fleck, Kihn u. a.*) zu einer ablehnenden Haltung geführt hinsichtlich der Einschätzung des prognostischen Wertes humoraler Reaktionen für den therapeutischen Effekt. Diese völlig ablehnende Stellungnahme hat sich in der Folge als etwas voreilige Verallgemeinerung auf Grund von nicht ausreichend häufig wiederholten Punktionen und besonders auf Grund der Nichtberücksichtigung des zwischen Fieberbehandlung und Liquoruntersuchung gelegenen zeitlichen Intervalls erwiesen.

Auch *Gerstmann* drückte sich 1925 noch sehr skeptisch aus in dieser Frage, obwohl er bereits damals auf die Verschiedenheit der Resultate aufmerksam machte, je nachdem die Liquoruntersuchung kurz nach der Behandlung oder erst nach Monaten oder Jahren vorgenommen wurde.

Systematische, in bestimmten zeitlichen Abständen von der Fieberbehandlung durchgeführte Liquoruntersuchungen — sogenannte Liquorlängsschnittanalysen, wie *Dattner* sie genannt hat — haben seither das Problem der prognostischen Schlußfolgerung aus Liquorbefunden der Abklärung immer näher gebracht. (*Datt-*

ner, Gerstmann, Kajka, Kaltenbach, Kirschbaum, Plaut, v. Rhoden u. a.) Die an der Breslauer Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie (1931) vorherrschende Auffassung hierüber läßt sich nach Referaten von Plaut und Kirschbaum ungefähr so zusammenfassen:

In der Frühperiode, d. h. innerhalb des ersten Jahres nach Fieberbehandlung zeigt der Liquor in vielen Fällen eine mehr oder weniger weitgehende Sanierung. Diese Sanierungstendenz kommt nicht nur bei Fällen vor, die sich zu guten Remissionen weiterentwickeln, sondern auch bei progredienten Fällen; immerhin ist sie in progredienten Fällen doch bedeutend seltener anzutreffen als bei prognostisch günstigen Fällen.

Die Liquorsanierung erfolgt gewöhnlich nach einem charakteristischen Rückbildungstypus: Zuerst tritt ein Rückgang der Zellzahl ein, dann eine Abschwächung der Eiweißwerte und der Hämolysine, und schließlich ein Schwächerwerden der Kolloidreaktionen und der Wassermannschen Reaktion. Die WaR. ist im Blute weniger besserungsfähig als im Liquor. — Dem Zellbefund ist übrigens nach erfolgter Impfung ein prognostischer Wert nicht mehr beizumessen; denn er pflegt anhaltende Besserung anzuzeigen, gleichgültig, wie der weitere klinische Verlauf des Falles ist. —

In der Folge, das heißt nach 1 und mehr Jahren nach Fieberbehandlung, macht die Liquorsanierung immer größere Fortschritte, zwar nicht nur bei nicht rezidierten Remissionen, sondern auch bei stationären Anstaltsfällen; allerdings ist der Prozentsatz der Liquorsanierten bei den Remissionsfällen größer als bei den stationären.

Hinsichtlich der Beeinflussung des Liquors durch spezifische Nachbehandlung (Salvarsan und Bismuth) hat sich gezeigt, daß im ersten Jahr die Liquorsanierung beschleunigt wird gegenüber Fällen ohne spezifische Nachbehandlung; eine über das erste Jahr hinausgehende Nachwirkung der spezifischen Nachbehandlung auf die Liquorbefunde hat sich nicht erweisen lassen.

Der Vergleich mit Paralysefällen, die ohne Therapie zum Stillstand gekommen sind, ergibt ein ausgesprochenes Überwiegen der Liquorsanierung bei durch Fieberbehandlung herbeigeführten Remissionen über diejenige bei Spontanremissionen.

Bestehenbleiben stark positiver Reaktionen länger als 2—3 Jahre nach der Kur ist prognostisch ungünstig zu bewerten; dabei vorkommende gute Remissionen sind nicht stabil; die Mehrzahl dieser Fälle rezidiert und verläuft progredient. Die Persistenz der Liquorsymptome weist also auf Fortbestehen der Spirochätentätigkeit im Gehirn, die Rückbildung der Liquorsymptome auf die Inaktivierung des Spirochätenprozesses hin. Die zeitliche Koinzidenz zwischen Liquorsanierung und klinischer Besserung, Liquor-

verschlechterung und klinischer Progredienz ist häufig sehr ungenau. Die Liquorsanierung hinkt zeitlich der klinischen Besserung oft hinten nach; klinische Verschlechterung kündigt sich nicht selten durch vorausgehende Liquorverschlechterung an. In remittierten Fällen ist deshalb Liquorverschlechterung oft das erste Zeichen eines Rezidivs und stellt damit — um mit *Plaut* zu reden — ein Signal dar, das die Wiederholung der Infektionstherapie verlangt. Daß aber Liquorverschlechterung der klinischen Verschlechterung erst um Monate nachhinken kann, dafür haben wir unter unseren Burghölzli-Patienten ein auch in anderer Hinsicht interessantes Beispiel:

Fall I. J. J., geb. 1888, Straßenbahnkondukteur. Hinsichtlich erblicher Belastung nichts bekannt. Syphilisinfektion 1918. 1921—1924 drei spezifische Kuren mit Salvarsan und Quecksilber.

In Schule gut mitgekommen. Schuhmacherberuf erlernt, später Straßenbahnkondukteur geworden. Ruhiger, etwas einsilbiger Mann; daheim oft launisch, rücksichtslos. Seit Juni 1926 zunehmende Sprachstörung mit Verlangsamung und Hängenbleiben an den Silben, im Benehmen unfreundlicher. Zunehmende Vergeßlichkeit. Am 27. 4. 1927 wurde Pat. ins Burghölzli eingewiesen.

Körperlicher Befund: Schlaff-müdes Aussehen, r. Pupille größer als die linke, beide lichtstarr. Deutliches Silbenstolpern. Patellarreflexe gesteigert.

Humoraler Befund vom 29. 4. 1927:

WaR.Blut	WaR.Liq.	Zellen	Nonne	I	Pandy	Esbach	Mastix	Goldsol
+	+	46 ² / ₃	+++	+++	0,065	P. P.	P. P.	

Psychisch: Stumpf-gleichgültige Affektivität. Auffassung und Merkfähigkeit deutlich gestört, während Gedächtnis noch gut erhalten. Keine Wahnideen, keine Halluzinationen.

Zusammengefaßt: Einfach-demente Paralyse.

Verlauf: Patient machte in der Klinik eine Malariakur durch; daraufhin 4 Jahre anhaltende Remission, in welcher er daheim — während die Frau in einem Geschäft arbeitete — Haushaltung und Garten besorgte, vorübergehend aushilfsweise den Schuhmacherberuf ausübte, sich in jeder Beziehung korrekt benahm, nach dem Dafürhalten seiner Umgebung keine Krankheitszeichen bot, von der Sprachstörung abgesehen. Vom Dienst war er pensioniert worden.

Am 24. 3. 1931 mußte Pat. zum zweitenmal ins Burghölzli aufgenommen werden. An Pat. war seit etwa 14 Tagen ein sonderbares Benehmen aufgefallen: er fing an, sich daheim bei jeder Gelegenheit einzuschließen, versicherte sich immer ängstlich-mißtrauisch, ob auch wirklich die Türen geschlossen seien, nachts konnte er nicht mehr schlafen, dann berichtete er über merkwürdige Sachen, die ihm zugerufen worden seien, wie z. B. er mache den Haushalt nicht recht, er sei ein schlechter Mensch, seine Kinder seien nicht von ihm usf. Dann sprach er viel vor sich hin, gegen den Himmel deutend. Einmal behauptete er, er könne durch Festhalten des Kellerschlüssels Radio hören, dann wieder suchte er sich durch Fensterschließen den auf

ihn eindringenden »Stimmton« fernzuhalten. Schließlich kramte er daheim unsinnig in Kisten und Kasten herum, stieg wiederholt aufs Dach hinaus.

Körperlich zeigte Pat. dieselben Symptome wie 1927. Die humoralen Befunde hingegen waren sämtlich negativ. (28. 3. 1931.)

Psychisch: Orientierung in Zeit o. B., örtlich unsicher. Bei gut erhaltenem Gedächtnis zeigt Pat. Kritiklosigkeit und Urteilsschwäche. Behauptet z. B., die Dachrinne seines Hauses sei 300 m, ein anderes Mal 500 m über der Straße gelegen. Paralytisch wahnhaftige Ideen und akustische Halluzinationen paranoider Art. Sonst stumpf.

Verlauf: Unter zunehmender Besserung von Schlaf und Appetit traten die Halluzinationen etwas zurück. Ende Mai 1931 wurde Pat. leicht gebessert in eine private Anstalt transferiert, von wo er im Herbst gleichen Jahres versuchsweise nach Hause entlassen wurde. Dort ging es jedoch nicht lange mit ihm, er fing an grob zu werden, lief in fremde Wohnungen, belästigte die Bezirksanwaltschaft mit Schreiben, in denen er sich aller möglichen Delikte bezichtigte, usw.

Am 5. 11. 1931 kam Pat. zum drittenmal in unsere Anstalt. Hier steht oder sitzt er stundenlang interesselos herum, gegenüber dem im März 1931 notierten körperlichen und psychischen Status zeigt er im ganzen wenig Veränderungen. Neu hinzugetreten sind Körperhalluzinationen: die Schwestern seiner Frau machen ihm nachts Rückenweh, sie stechen und klemmen ihn von Zürich aus mit Nadeln und Zangen. Seine Halluzinationen faßt er im allgemeinen als Realitäten auf, gelegentlich dissimuliert er sie, vielleicht weil er dann an ihrer Realität zweifelt.

Humoral 8. 12. 1931:

WaR.	Blut	WaR.	Liq.	Zellen	Nonne	I	Pandy	Esbach	Mastix	Goldsol	TKA.
—	—	—	—	2 ² / ₃	Spur	+	Spur	+	0,02	Andeutg.	Lueszacke + Lueszacke

Epikrise: Übersicht der humoralen Befunde:

29. 4. 1927:

WaR.	Blut	WaR.	Liq.	Zellen	Nonne	I	Pandy	Esbach	Mastix	Goldsol	TKA.
+	+	+	+	46 ¹ / ₃	+++	+++	+++	0,065	P. P.	P. P.	

28. 3. 1931:

—	—	—	—	—	—	—	—	0,01	—	—	—
---	---	---	---	---	---	---	---	------	---	---	---

8. 12. 1931:

—	—	—	—	2 ² / ₃	Spur	+	Spur	+	0,02	Andeutg.	Lueszacke + Lueszacke
---	---	---	---	-------------------------------	------	---	------	---	------	----------	--------------------------

Es liegt hier also ein Fall vor von Totalsanierung des Liquors nach Malariabehandlung, mit Rezidiv nach 4 Jahre dauernder guter Remission. Leider fehlen uns Zwischenuntersuchungen aus der 4jährigen Remissionszeit. Wir sind daher nicht in der Lage anzugeben, wie lange Zeit in diesem Falle die humorale Sanierung andauert hat; immerhin ist anzunehmen, daß der Liquor über längere Zeit saniert war, denn es wäre doch mehr als merkwürdig, wenn die vollständige Liquorsanierung erst am Ende der Remission, bzw. zu Beginn des Rezidives erfolgt wäre.

Auffällig ist der völlig negative humorale Befund vom März 1931 bei klinisch manifestem Rezidiv. Wollte man für die Be-

wertung der prognostischen Schlußfolgerung aus Liquorbefunden nur auf die Untersuchungen von diesem Zeitpunkt abstellen, so hätte man einen Fall krassester Divergenz klinisches Bild-Liquorbefund vor sich. Es zeigt sich da so recht die Bedeutung der Liquorlängsschnittanalysen: In den humoralen Befunden vom Dezember 1931 kommt die Tendenz zur Liquorverschlechterung deutlich zum Ausdruck; die Liquorveränderung hinkt allerdings der klinischen Verschlechterung um mehrere Monate nach, die im März vorgefundene Störung des Parallelismus klinisches Bild-Liquorbefund erweist sich als vorübergehend und ausgleichsfähig; eine Untersuchung in einem späteren Zeitpunkt wird vielleicht diesen Parallelismus in reiner Form darbieten.

Bemerkenswert scheint mir dieser Fall auch wegen einer andern Besonderheit; handelt es sich doch um einen Paralytiker, der weder vor, noch während, noch im Anschluß an die Malariabehandlung irgendwelche Anzeichen von Halluzinationen und Wahnideen bot, und bei dem nach 4 Jahre dauernder Remission ein Rezidiv mit im Vordergrund stehendem paranoid-halluzinatorischem Zustandsbild auftrat.

Dürfen wir diese Halluzinose mit der 4 Jahre zurückliegenden Malaria-Infektion in Zusammenhang bringen? (*Gerstmann* schreibt, daß die Umwandlung des rein paralytischen Bildes in eine halluzinatorisch-paranoide Erscheinungsform während der letzten Fiebertage, oder nach Abschluß der Fieberperiode innerhalb eines in seiner Ausdehnung wechselnden, manchmal selbst über mehrere Wochen sich erstreckenden Zeitintervalls zu erfolgen pflegt. Durch *Krayenbühl* ist ein Fall aus unserer Klinik publiziert worden mit einem Intervall von 8 Monaten Dauer.) Oder handelt es sich um eine jener seltenen Halluzinosen bei Paralyse, die auch schon vor der Malaria-Ära, unabhängig von Fieberbehandlung hin und wieder zur Beobachtung gekommen sind? Es ist heute wohl kaum möglich, diese Fragen eindeutig zu entscheiden; einerseits ist das 4 Jahre betragende Intervall zu lange, um schlechtweg von Malariahalluzinose bei Paralyse zu reden, und andererseits geht es auch nicht an, der Malariainfektion jeden Einfluß in der Genese dieses paranoid-halluzinatorischen Zustandes abzuspüren.

Ohne im übrigen auf die Erklärungsversuche einzugehen, die dem Problem der Umwandlung des paralytischen Bildes in eine halluzinatorisch-paranoide Erscheinungsform von verschiedenen Seiten erstanden sind, möchte ich doch darauf hinweisen, daß im vorliegenden Fall weder schwerwiegende hereditäre Belastung, noch Potus vorhanden sind; die prämorbid-e Persönlichkeit hingegen zeigt deutlich schizothymen Charakter.

Um nochmals auf die Liquorsanierung bzw. Liquorverschlech-

terung dieses Falles zurückzukommen, ist hervorzuheben, daß die WaR. im Liquor (u. auch im Blut) sich als am stabilsten saniert erwiesen hat; sie ist $\frac{3}{4}$ Jahre nach Beginn des Rezidivs noch negativ bei 1,0, während die übrigen Liquorreaktionen — die Zellzahl ausgenommen — zu dieser Zeit bereits wieder ins Positive umgeschlagen haben.

Unter unsern teilweise liquorsanierten fieberbehandelten Paralytikern finden sich 2 Fälle (II u. III), bei denen in ähnlicher Weise die WaR. im Liquor nach Fieberbehandlung negativ wurde und negativ blieb, auch nachdem der paralytische Prozeß längst wieder aufgeflackert und progredient geworden war.

Fall II. F. M., geb. 1890, Bürolistin. Hereditäre Belastung o. B. Luesinfektion angeblich 1910; 1926 spezifisch behandelt.

Pat. war intelligente Schülerin, kam nach der Sekundarschule in Kaufm.-Lehre. 1914 geheiratet; kinderlose Ehe; Mann 1919 an Herzschlag gestorben. Nachher arbeitete Pat. als Bürolistin, bis 1926. Damals verlor sie ihre Stelle, weil sie in ihrer Arbeit nachlässig geworden war. Lebte dann bei der Mutter, wo sie im Haushalt mithalf. Seit 1928 in ärztlicher Behandlung wegen der verschiedensten Beschwerden: Müdigkeit, Kopfweg, Rückenschmerzen usw. Im Juni 1929 zunehmende Sprachstörung, Pat. fing an, in unsinniger Weise Kleider zu zerreißen, lachte blöd dazu, sprach in verworrenem Durcheinander. — Am 9. 7. 1929 wurde Pat. in unsere Klinik aufgenommen.

Körperlicher Befund: Pupillen o. B. Patellarreflexe gesteigert. Romberg —. Deutliche Hypalgesie der Haut. Sprache dysarthrisch, Silbenstolpern.

Psychisch: Örtlich und zeitlich ungenau orientiert. Auffassung und Merkfähigkeit stark gestört, Gedächtnis für frühere Erlebnisse noch leidlich erhalten. Beim Kopfrechnen versagt sie schon bei leichten Aufgaben. Gibt an, 1 Pfund Federn sei leichter als ein Pfund Blei. Keine Krankheitseinsicht. Pat. fühlt sich vollständig gesund. Ist motorisch erregt, droht aggressiv zu werden.

Humoraler Befund vom 12. 7. 1929:

WaR. Blut WaR. Liq. Zellen Nonne I Pandy Esbach Mastix Goldsol TKA.

+ + 13 + + 0,037 P. P. P. P. +

Pat. machte in der Klinik eine gemischte Fieberkur durch: nach 4 Malaria-Fieberzacken wurde wegen drohender Herzschwäche Chinin gegeben; nachher noch 6 Pyrifieberzacken. Nach der Kur trat einige Besserung ein, besonders in bezug auf Sprache, Auffassung, Orientierung; im Benehmen wurde sie wieder geordnet, nahm auch etwelchen Anteil an ihrer Umgebung, suchte sich mit Lektüre die Zeit zu vertreiben, wirkte aber trotzdem etwas blöd.

Humoraler Befund vom 23. 8. 1929:

WaR. Liq. Zellen Nonne I Pandy Esbach Mastix Goldsol TKA.

schwach + 5 $\frac{1}{3}$ + schwach + 0,03 P. P. P. P. +

etwas nach rechts gehend

Am 23. 8. 1929 in leidlicher Remission entlassen. Daheim machte sie sich wieder im Haushalt nützlich, führte Kommissionen in der Stadt aus,

benahm sich geordnet, schlief viel. Am 11. 5. 1931 wurde Pat. wieder ins Burghölzli eingewiesen, weil sie seit etwa 14 Tagen ganz »durcheinander« sei, unsinnige Sachen mache, nachts unruhig sei, Betten und Wäsche zerreiße usw.

Humoraler Befund vom 15. 5. 1931:

WaR.Blut	WaR.Liq.	Zellen	Nonne I	Pandy	Esbach	Mastix	Goldsol	TKA.
—	—	$12\frac{1}{3}$	+	+	0,03	P. P.	P. P.	+
						abgeschwächte		
						Kurven		

Gegenüber den körperlichen Befunden von 1929 ergibt die Pupillenprüfung jetzt Lichtstarre. Psychisch zeigt sie durchgehends erhebliche Verschlimmerung, macht stark verblödeten Eindruck; ihre Auffassungsstörung ist so schwer, daß eine Unterhaltung mit ihr kaum möglich ist. Auf der Abteilung wechselndes Verhalten: bald ruhig, abweisend, unzugänglich, dann wieder motorisch erregt, schlägt sich und andere Patienten, schwatzt unsinniges Durcheinander, schmiert.

Eine 2. Fieberkur (Malaria/Pyriker) brachte keine Besserung. Rasche Progredienz des paralytischen Prozesses, mit paralytischen Anfällen.

Liquorbefund vom 14. 12. 1931:

WaR.Liq.	Zellen	Nonne I	Pandy	Esbach	Mastix	Goldsol	TKA.
—	$2\frac{2}{3}$	+	+	0,045	P. P.	P. P.	+

Epikrise: Auf die 1. Fieberbehandlung hin war eine leidliche Remission eingetreten und damit parallel eine teilweise Liquorbesserung erfolgt (Rückgang von Zellzahl und Eiweißwert, Abschwächung der WaR. im Liquor, der Pandy-Reaktion und der kolloidalen Reaktionen).

Im Mai 1931, als der paralytische Prozeß mit Vehemenz rezidiert war, zeigte es sich, daß die humorale Sanierung bis zu völlig negativer WaR. in Blut und Liquor vorgeschritten war. Eine weitere Liquoruntersuchung im Dezember 1931 ergab in Übereinstimmung zur klinischen Progredienz eine Verschlechterung der Eiweißwerte und der kolloidalen Reaktionen, dagegen war auch jetzt die WaR. im Liquor immer noch negativ bei 1,0.

Wie im Fall I erweist sich auch hier die WaR. im Liquor als am stabilsten saniert; sie ist in beiden Fällen $\frac{3}{4}$ Jahre nach Beginn des Rezidivs noch vollständig negativ.

Fall III. A. W., geb. 1895, Typograph. Familie: Mutter debil, schwerhörig. 1913 Syphilisinfektion.

Seit Ende 1927 häufig Schwindel- und Ohnmachtsanfälle. 1928 wurde in einer poliklinischen Sprechstunde Anisokorie der Pupillen und Lichtstarre festgestellt, nebst schwach ausgeprägtem organischem Syndrom. WaR. im Blut negativ. In Blut, Urin und Stuhl wurde Pb. (Typograph!) nachgewiesen.

Im Februar 1929 wurde Pat. in einem epileptiformen Anfall in die med. Klinik Zürich gebracht. Dort wurde die Diagnose auf progressive Paralyse gestellt, mit chronischer Bleivergiftung.

Liquor- und Blut-WaR. auf Provokation mit 0,3 Salvarsan positiv. Psychisch bestand ein ausgesprochen organischer Symptomenkomplex: Ge-

dächtnisschwäche für Rezentes, Neigung zu leichterem Konfabulieren, deutliche Demenz, egozentrische Einengung der Interessen, affektive Labilität und Inkontinenz, wechselnd mit Abstumpfung und Apathie; die intellektuelle Leistungsfähigkeit (Rechnen usw.) deutlich herabgesetzt, beim Sprechen Silbenstolpern.

Während der in der medizinischen Klinik (März 1929) durchgemachten Malariakur traten Gesichtshalluzinationen auf von organischer Primitivität, er sah z. B. Reiter, die sich bewegten und wieder stille standen, dann Berge, Schiffe usw., ohne das Gesehene irgendwie assoziativ weiterzuverarbeiten. Nach der Fieberkur hörte er häufig ein Singen im Kopf und seine Gedanken wurden gegen seinen Willen laut.

Am 4. 10. 1929 wurde Pat. ins Burghölzli aufgenommen; die Demenz hatte trotz Malariakur weitere Fortschritte gemacht, er war vergeßlicher geworden, redete immer blöderes Zeug, wurde reizbar bis zu gefährlichen Zornausbrüchen.

Humoraler Befund vom 7. 10. 1929:

WaR. Blut WaR. Liquor

— — (die übrigen Liquoruntersuchungen sind hier leider nicht gemacht worden).

Seither hat sich die Krankheit in langsamer Progredienz immer weiter entwickelt.

Liquorbefund vom 8. 12. 1931:

WaR. Liq.	Zellen	Nonne I	Pandy	Esbach	Mastix	Goldsol	TKA.
—	17 $\frac{2}{3}$	Spur +	—	0,02	Andeutg.	Lueszacke	+
					Lueszacke		

Epikrise: Auch hier liegt ein Fall vor von progredient verlaufender malaria-therapierter Paralyse mit in bezug auf die WaR. saniertem Liquor, und zwar erwies sich die WaR. im Liquor sowohl im Oktober 1929 als auch im Dezember 1931 als negativ. Hinsichtlich der übrigen Liquorreaktionen können wir den Grad der Abschwächung oder Sanierung nicht recht beurteilen, weil uns Vergleichswerte aus der Anfangszeit der Krankheit fehlen.

Im übrigen scheint dieser progredient verlaufende, gegenüber jeglicher Therapie refraktäre Paralysefall eine Bestätigung zu sein jener von verschiedenen Seiten gemachten Beobachtung, daß Paralysen mit postmalariösen Halluzinationen im allgemeinen eine schlechte Prognose haben.

*

Ich will nun in aller Kürze noch auf unsere übrigen fieberbehandelten liquorsanierten Paralytiker etwas näher eingehen. Es stehen mir dabei zwar keine systematischen Liquorlängsschnittanalysen und vor allem nur eine geringe Anzahl von Fällen zur Verfügung. Wenn ich mich trotzdem zur Frage des Parallelismus klinisches Bild-Liquorbefund äußere, so geschieht es aus der Erwägung heraus, daß zur Klärung dieses Problems auch Publikationen einzelner Fälle etwas beitragen können.

Fall IV. J. W., geb. 1872, Fuhrhalter. Erbliche Belastung o. B. Luesinfektion unbekannt. 1917 wegen Tabes (gastrische Krisen) in spezifischer Behandlung. WaR. im Blut damals +.

1918—1922: Affektlabilität; meistens grob-gereizter Stimmung, gelegentlich weich-weinerlich. Hin und wieder Schwindelanfälle. Seine Arbeit besorgte er im ganzen korrekt; gelegentlich allerdings kam es vor, daß er seinen Pferden die falschen Geschirre anlegte. Etwas ganz Unsinniges verübte er im Herbst 1918: den frischgekauften neuen Mantel eines seiner Angestellten versteckte er im Taubenschlag und verdächtigte den Angestellten, er habe den Mantel versetzt; als die Sache dann ans Licht kam, nahm Pat. wütend Reißaus; von einem Grenzorte aus telephonierte er um seine Schriften, auf Vorhaltungen hin kehrte er andern Tags schmallend nach Hause zurück.

1921 war Pat. zweimal für kurze Zeit in Anstalten interniert wegen Bedrohung seiner Angehörigen und Erregungszuständen. Am 15. 4. 1922 wurde Pat. ins Burghölzli aufgenommen.

Psychisch: Die Affektivität deutlich labil und inkontinent. Beeinträchtigungswahn. Keine Krankheitseinsicht. Gedächtnis leicht gestört.

Körperlich: Pupillen beidseits verzogen, träge Reaktion auf Licht. Bauchdeckenreflexe +. Patellarreflexe und Achillessehnenreflexe nicht auslösbar. Gang leicht ataktisch, Romberg angedeutet. Leichte Hypalgesie der Haut. Sprache schmierend.

Humoraler Befund vom 15. 4. 1922: WaR.Blut —, WaR.Liq. +.
Diagnose: Wenig vorgeschrittene Taboparalyse.

Verlauf: Pat. machte in unserer Klinik eine Malariakur durch. Am 24. 5. 1923 entlassen. In der Folge trat zunehmende Besserung ein, die Bedrohungen seiner Angehörigen hörten auf. Über mehrere Jahre konnte er eine Stelle als Meisteknecht versehen.

Am 26. 8. 1929 führten alkoholische Exzesse, in deren Folge es daheim zu groben Szenen und Tätlichkeiten gekommen war, zu seiner 2. Internierung im Burghölzli.

Körperlicher Befund: Pupillen verzogen, reagieren prompt, aber wenig ausgiebig auf Licht. Auf Akkomodation Reaktion o. B. Achillessehnenreflexe positiv, Patellarreflexe erst auf Summation +. Hypalgesie nicht mehr nachweisbar. Sprache o. B.

Humoraler Befund vom 3. 9. 1929:

WaR.Blut	WaR.Liq.	Zellen	Nonne	I Pandy	Esbach	Mastix	Goldsol	TKA.
—	—	6/3	—	—	0,015	—	—	—

Psychisch: Ausgesprochene Affektlabilität; macht submanischen Eindruck. Gedächtnis jetzt gut. Merkfähigkeit etwas herabgesetzt.

Verlauf: Bei der abstinenter Lebensweise in der Klinik beruhigte sich Pat. rasch. Am 5. 11. 1929 gebessert nach Hause entlassen. Seither hörten wir nichts mehr von ihm.

Epikrise: Es handelt sich hier um einen malariatherapierten Taboparalytiker, bei dem 7 Jahre nach Fieberbehandlung die humoralen Reaktionen völlig negativ sind. Die Liquorsanierung entspricht der dauerhaften Remission. Ohne Alkoholexzesse wäre es 1929 kaum zu einer Internierung gekommen.

Fall V. Ch. Sch., geb. 1879, Reisender. Hereditäre Verhältnisse o. B. Über Luesinfektion nichts Sicheres bekannt.

1923 kam Pat. in poliklinische Behandlung wegen Schlaflosigkeit, Vergeßlichkeit, rascher Ermüdbarkeit, Paraesthesien in den Beinen. Pupillen eng, auf Licht und Konvergenz reagierend. Patellar- u. Achillessehnenreflexe nicht auslösbar. Im Gegensatz zu den Klagen blöd-euphorische Stimmung.

Humoraler Befund vom 28. 4. 1923:

WaR.Blut	WaR.Liq.	Zellen	Nonne I	Pandy	Esbach
—	+	33	+	+	0,09

Diagnose: Wenig vorgeschrittene Taboparalyse.

Auf eine spezifische Kur hin trat nur geringe Besserung ein. Deshalb wurde Pat. im Dezember 1923 zu *Wagner—o. Jauregg* nach Wien geschickt zur Vornahme einer Malariakur. Daraufhin gute Remission; Pat. wurde wieder arbeitsfähig. Vom 13. 7. bis 23. 7. 1931 war Pat. wegen häuslicher Aufregungen und Schlaflosigkeit freiwillig in unserer Klinik.

Humoraler Befund vom 16. 7. 1931:

WaR.Blut	WaR.Liq.	Zellen	Nonne I	Pandy	Esbach	Mastix	Goldsol	TKA.
—	—	2 $\frac{1}{3}$	Spur	+	Andeutg. 0,02	—	—	—

Die engen verzogenen Pupillen, das Fehlen der Patellar- u. Achillessehnenreflexe, und eine gewisse Affektlabilität sind die einzigen Zeichen der durchgemachten Taboparalyse.

Epikrise: 7 $\frac{1}{2}$ Jahre nach Fieberbehandlung sozusagen vollständige Liquorsanierung bei gut remittierter rezidivfreier Taboparalyse.

Fall VI. H. S., geb. 1875, Baumeister. Luesinfektion 1894, unbehandelt. 1927 im Frühjahr, zunehmende Reizbarkeit, rasche Ermüdbarkeit, leichte Gedächtnisschwäche, Verlangsamung der Sprache. Am 3. 5. 1927 Aufnahme ins Burghölzli. Diagnose: Paralyse mit noch gut erhaltenem Intellekt.

Körperlicher Befund: Enge lichtstarre Pupillen, Patellarreflexe lebhaft, Achillessehnenreflexe nicht auslösbar. Gang etwas unsicher. Hypalgesie.

Humoraler Befund vom 5. 5. 1927:

WaR.Blut	WaR.Liq.	Zellen	Nonne I	Pandy	Esbach	Mastix	Goldsol	TKA.
+	+	157 $\frac{2}{3}$	++	++++	0,08	P. P.	P. P.	

Pat. machte in unserer Klinik eine Malariakur durch mit spezifischer Nachbehandlung. Daraufhin Entlassung in guter Remission. Pat. ging daheim wieder seinem Beruf nach und war — nach Aussage seiner Frau — wieder wie vor Ausbruch der Krankheit.

Humorale Kontrolluntersuchung vom 6. 2. 1928 (8 Monate nach Malaria):

WaR.Blut	WaR.Liquor	Zellen	Nonne I	Pandy	Esbach	Mastix	Goldsol
—	schwach	+	63	schwach	+	+	0,025
							P. P.
							P. P.
							abgeschwächte Kurven

Im Juni 1928 erlitt Pat. auf einem Bauplatz einen apoplektischen Insult; daraufhin Lähmung der r. Körperhälfte und schwere Beeinträchtigung des Sprechvermögens.

Vom 15. bis 26. Nov. 1928 war Pat. zu einer Kontrolluntersuchung in unserer Klinik.

Befund: Restzustand einer r.-seitigen Hemiplegie mit aphatischen Störungen, noch in Rückbildung begriffen. Im übrigen remittierte Paralyse.

Humoraler Befund vom 17. Nov. 1928:

WaR.Blut	WaR.Liq.	Zellen	Nonne I	Pandy	Esbach
—	—	7 ² / ₃	schwach +	schwach +	0,025
			Mastix	Goldsol	TKA.
			P. P.	P. P.	+
			abgeschwächt		

In der Folge bildeten sich die Lähmungserscheinungen noch ziemlich weitgehend zurück. Hinsichtlich der Paralyse andauernde gute Remission. Im Oktober 1929 erlag Pat. einer Typhusinfektion.

Epikrise: An diesem Beispiel sehen wir sehr deutlich die fortschreitende humorale Sanierung bei gut remittierter Paralyse; 1¹/₂ Jahre nach der Fieberbehandlung wird die WaR. im Liquor (und auch im Blut) negativ vorgefunden, bei abgeschwächten sonstigen Liquorbefunden.

Die Apoplexie vom Jahre 1928 mit ihrer relativ weitgehenden Rückbildung, bei Fehlen arteriosklerotischer Anzeichen, ist sehr wahrscheinlich auf Lues cerebri zurückzuführen. Es würde sich daher um einen jener Fälle handeln, der — wie *Wagner-v. Jauregg* sie verschiedentlich beobachtet hat — betreffs Paralyse durch die Malaria günstig beeinflusst wurde, während eine gleichzeitige luische Gefäßerkrankung (hier Endarteritis cerebri) weitere Fortschritte machte.

Fall VII. Sch. H., geb. 1883, Schriftsteller; 1908 syphilitische Infektion, mit Quecksilber behandelt.

Im Winter 1927/28 schleichender Krankheitsbeginn: Die Arbeit ging weniger gut vonstatten, Schlaflosigkeit, depressive Einstellung zur Zukunft, Mutlosigkeit, rasche Ermüdbarkeit, leichte Vergesslichkeit stellten sich ein. Ferienaufenthalte im Gebirge und am Meer brachten keine Besserung.

Im Sommer 1928 wurde die Diagnose auf progressive Paralyse gestellt.

Humorale Befunde vom 10. 8. 1928:

WaR.Blut	WaR.Liquor	Zellen	Nonne I	Pandy	Esbach	Mastix	Goldsol
+	+	45	+	+	0,04	P. P.	P. P.

In einem Privatsanatorium Malariakur mit anschließender spezifischer Nachbehandlung. Während der Fieberanfälle Halluzinationen des Gesichts und des Gehörs, mit Wahnideen, die im fieberfreien Intervall korrigiert wurden. Nachher langsames Einsetzen der Remission. Pat. wurde wieder arbeitsfähig. Die paralytische Dysarthrie der Sprache blieb bestehen.

Am 7. 7. 1930 kam Pat. freiwillig ins Burghölzli, um wegen seiner Sprachstörung eine Pyrikerkur durchzumachen.

Humorale Befunde vom 8. 7. 1930:

WaR.Blut	WaR.Liq.	Zellen	Nonne I	Pandy	Esbach
schwach +	—	5/3	schwach +	schwach +	0,015
			Mastix	Goldsol	TKA.
			Unspez.	Taboparalyse	+
			Zacke nach oben gedrückt		

Im übrigen — die Dysarthrie der Sprache ausgenommen — psychisch und somatisch gut remittierte Paralyse.

Epikrise: 2 Jahre nach durchgemachter Fieberbehandlung erweist sich der Liquor entsprechend der klinischen Remission teilweise saniert, die WaR. im Liquor sogar vollständig negativ. Im Januar 1932 gut arbeitsfähig.

Fall VIII. O. B., geb. 1886, Kaufmann. Über Luesinfektion nichts bekannt. 1923—1927 verschiedene betrügerische Delikte; in dieser Zeit Alkoholabusus; daheim aufgeregt, gereizt, grob, eifersüchtig auf seine Frau, die er homosexueller Beziehungen bezichtigt.

Vom 23. 7. bis 27. 7. 1926 wegen Streit und Tätlichkeiten gegenüber der Frau durch polizeiliche Verfügung in der Anstalt Friedmatt-Basel interniert. Damals Alcoholismus chronicus diagnostiziert; WaR. im Blut negativ.

Am 28. 3. 1927 kam B. unvermittelt an die Pforten der Friedmatt, bündelte dort mit einem Mädchen an, produzierte Größenideen, er sei der größte Volksredner und werde vom englischen Konsulat als Experte über die Schweiz eingesetzt, nächstens baue er sich in Basel eine Villa, in alle Familien des Landes verschicke er Bulletins, um seine Frau bloßzustellen, usw.

Am 2. 7. 1927 trat B. freiwillig in die Anstalt Friedmatt ein, weil er so aufgeregt sei im Kopf, daß er nicht mehr arbeiten könne. Vorher hatte er in der Wohnung seiner von ihm getrennt lebenden Frau Möbel und Teppiche demoliert.

Körperlicher Befund: Pupillen reagieren fast gar nicht auf Licht, dagegen prompt auf Konvergenz; Sehnenreflexe o. B. Sensibilität intakt. Romberg negativ. Sprache etwas verwaschen, Silbenstolpern.

Humoraler Befund vom 6. 8. 1927:

WaR.Blut	WaR.Liq.	Zellen	Nonne	I	Pandy	Esbach	Mastix	Goldsol
—	zweifelhaft	52	+	+			P. P.	P. P.

Psychisch: Gedächtnis und Merkfähigkeit lückenhaft. Affektivität: gleichgültig; Vorhalte wegen seiner mißlichen Vergangenheit machen ihm keinen großen Eindruck; im ganzen etwas submanisch. Auf Malariakur (Juli/August 1927) hin wesentliche Beruhigung.

Liquoruntersuchung vom 11. 9. 1927 (unmittelbar nach Fieberbehandlung):

WaR.Liq.	Zellen	Nonne	I	Pandy	Esbach	Mastix	Goldsol
zweifelhaft	10 ² / ₃	+	+			P. P.	P. P.

abgeschwächte Kurven

Am 13. 11. 1927 wurde Pat. an eine Reisendenstelle entlassen. Ende April 1929 kam Pat. in unsere Klinik, nachdem er vorher auf einem Zürcher Polizeiposten gemeldet hatte, es sei ihm wirr im Kopfe.

Humorale Befunde vom 3. 5. 1929:

WaR.Blut	WaR.Liq.	Zellen	Nonne	I	Pandy	Esbach	Mastix	Goldsol
—	—	2	—	—	0,015	—	—	—

Die Exploration im Burghölzli ergab, daß Pat. durch berufliche Schwierigkeiten etwas in Aufregung gekommen war. An Paralyse-Restsymptomen konnte wenig nachgewiesen werden: Bei guter Intelligenz etwas organisch-blöd wirkende Affektivität, leicht verwaschene Sprache, geringe Pupillendifferenz bei träger Reaktion.

Am 21. 5. 1929 wurde Pat. in die Anstalt seines Heimatkantons transferiert, von wo er in der Folge entwich. Seither als Reisender tätig.

Epikrise: Es liegt hier eine etwas atypische, mit chronischem Alkoholismus komplizierte Paralyse mit sehr schleichen- dem Beginn vor. 2 Jahre nach stattgehabter Fieberbehandlung ergibt die humorale Untersuchung völlig negative Befunde, bei guter klinischer Remission.

Die WaR. im Liquor war schon vor der Malariabehandlung nicht recht positiv ausgefallen, sondern »zweifelhaft«, wie sich das Hygiene-Institut Basel ausdrückte; es ist möglich, daß die WaR. im Liquor sich damals bereits auf dem Wege der Spontan- sanierung bewegte.

Im weiteren werde ich zwei Fälle kurz anführen, über die an anderer Stelle (durch *O. Briner*) und in anderm Zusammenhang schon einmal berichtet worden ist.

Fall IX. W. H., geb. 1912. Im Säuglingsalter luische Exantheme; spe- zifisch behandelt. In der Entwicklung körperlich und geistig etwas zurück- geblieben. Sommer 1929: Zunehmende Reizbarkeit, lief von der Arbeit weg, wenn ihm etwas nicht paßte, strich nachts herum.

Am 25. 9. 1929 wurde Pat. in unsere Klinik aufgenommen.

Psychisch: Stumpfe Affektivität, blödes Lachen, interesselos, Ge- dächtnisschwäche. Intellektuelle Prüfung ergibt deutliche Debilität.

Körperlich: Schlaffes Gesicht: Anisokorie, Argyll—Robertson, Hun- tingtonsche Zähne; Sehnenreflexe o. B., leichte Hypalgesie, verwaschene Sprache.

Humoraler Befund vom 26. 9. 1929:

WaR.Blut	WaR.Liq.	Zellen	Nonne	I Pandy	Esbach	Mastix	Goldsol	TKA.
+	+	5	+	+	0,04	P. P.	Tabo-	+
							abge-	
							paralyse	
							schwächt	

Im Oktober 1929 Malariakur. Seither lebhafter, unternehmungslustiger, nicht mehr so reizbar. Gedächtnis besser. Geistig viel regsamer als vorher. Wegen schlechten häuslichen Verhältnissen scheiterte der am 22. 11. 1929 ge- machte Entlassungsversuch; am 15. 2. 1930 wurde Pat. uns wieder zugeführt. Die Untersuchung und Beobachtung ergab ein Andauern der Remission.

Humoraler Befund vom 17. 2. 1930:

WaR.Blut	WaR.Liq.	Zellen	Nonne	I Pandy	Esbach	Mastix	Goldsol	TKA.
+	—	3/3	—	schwach	+ 0,02	P. P.	P. P.	—

Am 11. 5. 1931 wurde Pat. entlassen an eine Stelle zu einem Gärtner.

Epikrise: Juvenile Paralyse; $\frac{1}{2}$ Jahr nach Fieberbehand- lung teilweise Liquorsanierung, in Konvergenz zur klinischen Re- mission.

Fall X. P. N., geb. 1888, Hausfrau. Über Luesinfektion nichts bekannt. 1921, während sie gravid war, Ausbruch einer manischen Paralyse: Sie fing an, unsinnige Einkäufe zu machen, trat in Versammlungen als Rednerin auf, sprach dabei ganz verwirrt, produzierte unsinnige Größenideen. Bis zum Ende der Schwangerschaft in Privatanstalt; Geburt in der Frauenklinik Zürich. (Kind mit hereditär-syphilitischen Erscheinungen.) Nach der Ge-

burt, am 29. 5. 1921, wurde Pat. in unsere Klinik gebracht, mit manisch-paralytischem Zustandsbild.

Körperlich: Patellarreflexe nicht auslösbar; Hypalgesie. Pupillen und Sprache o. B.

Humoraler Befund vom 3. 6. 1921:

WaR.Blut	WaR.Liq.	Zellen	Nonne I	Pandy	Esbach
+	+	84	++	++	0,03

Nach ungefähr 1 Monat klang der manische Zustand ab und Pat. konnte am 6. 7. 1921 in guter Spontanremission nach Hause entlassen werden. Hierauf dauernd sehr gutes Wohlbefinden bis Ende 1926; Frau N. besorgte den Haushalt gut, zeigte keine Gedächtnisstörungen, war aber immer etwas leicht erregbar. Um Neujahr 1927 herum war Pat. plötzlich ganz verwirrt, bei sehr starken Kopfschmerzen traten Zuckungen in beiden Armen auf. Pat. wurde wieder klar, die Zuckungen hörten auf, die Kopfschmerzen, besonders im Hinterkopf, dauerten fort; rasches Ermüden. Im Juni 1929 nahmen die Kopfschmerzen zu, dazu kam Unsicherheit des Ganges, verwaschene Sprache, Gedächtnisabnahme, vermehrte Reizbarkeit, dann epileptiforme Anfälle, vom r. Arm ausgehend. Am 29. 6. 1929 wurde Pat. zum zweitenmal ins Burghölzli eingewiesen.

Untersuchungsbefund: Anisokorie, fehlende Patellar- und Achillessehnenreflexe, schwach + Romberg. Augenhintergrund: Beidseits Stauungspapille. Pat. klagt über anfallsweise auftretende heftige Schmerzen im Hinterkopf und Schwindelgefühl. Zeitlich und örtlich orientiert, deutliche Perseveration, schnelle Ermüdbarkeit. Schwere amnestische, sowie motorische Aphasie.

Humoral (11. 7. 1929):

WaR.Blut	WaR.Liq.	Zellen	Nonne I	Pandy	Esbach	Mastix	Goldsol	TKA.
+	schwach+	13 ¹ / ₃	+	++	0,055	P. P. Tabo-	+	
						leicht	paralyse	
						abgeschwächt		

Diagnose: Paralyse, wahrscheinlich mit Gumma im linken Temporalappen (amnest. u. motor. Aphasie, Hirndrucksymptome).

Unter energischer Luestherapie gingen die Herdsymptome bald zurück; eine blöde Euphorie blieb weiterhin anhaltend.

Liquoruntersuchung vom 8. 8. 1929 (während der spez. Kur):

WaR.Liq.	Zellen	Nonne I	Pandy	Esbach	Mastix	Goldsol
—	2 ¹ / ₃	schwach+	schwach+	0,02	Lues cerebri	Tabes-
						kurve

Im Anschluß an die spezifische Kur wurde die Pat. einer gemischten Fieberbehandlung (Malaria/Pyripher) unterzogen. Daraufhin gute Remission.

Humorale Untersuchung vom 3. 10. 1929:

WaR.Blut	WaR.Liq.	Zellen	Nonne I	Pandy	Esbach	Mastix	Goldsol
+	—	7	—	—	0,015	unspec. atypische	
						Zacke	Tabes-
						kurve	

Seit dem 8. 10. 1929 besorgt Pat. zu Hause wieder den Haushalt.

Kontrolluntersuchung 17. 12. 1929:

WaR.Blut	WaR.Liq.	Zellen	Nonne I	Pandy	Esbach	Mastix	Goldsol
+	—	3 ¹ / ₃	—	—	0,015	—	—

Kontrolluntersuchung 10. 4. 1930:

WaR.	Blut	WaR.	Liq.	Zellen	Nonne	I	Pandy	Esbach	Mastix	Goldsol
+	—	—	2	—	—	—	—	0,015	—	—

Epikrise: Nach mehrjähriger Spontanremission Paralyse-rezidiv mit Gumma cerebri; zu dieser Zeit die humoralen Befunde sämtlich positiv, WaR. im Liquor allerdings nur schwach +, Mastixreaktion abgeschwächte Paralysekurve. Im Verlaufe der eingeleiteten spezifischen Therapie (Salvarsan u. Ol. Bi) deutlich teilweise Sanierung des Liquors, besonders der WaR., die negativ gefunden wurde. Nach Fieberbehandlung Fortschreiten der Liquor-besserung, bis zu vollständiger Liquorsanierung. Dabei eine Remission des klinischen Bildes vom Grade der praktischen Heilung. Die WaR. im Blute bleibt hartnäckig positiv.

Zusammenfassung B.:

Es wird über 10 teilweise oder vollständig liquorsanierte fieberbehandelte Paralytiker berichtet, unter besonderer Berücksichtigung der Frage des Parallelismus klinisches Bild-Liquor-befund.

Die angeführten Fälle zerfallen in zwei Gruppen: Eine erste Gruppe (Fälle I, II und III) mit klinisch schlechtem Verlauf und eine zweite Gruppe (Fälle IV—X) mit bis anhin guten Remissionen. (Fall VI an Typhus †.)

Besondere Beachtung verdient Fall I, wobei es sich um eine fieberbehandelte Paralyse handelt, die nach 4 Jahre dauernder guter Remission rezidierte in Form eines paranoid-halluzinatorischen Zustandes mit progredientem Verlauf; im Beginn des Rezidivs vollständig sanierter Liquor, $\frac{3}{4}$ Jahre später teilweise Verschlechterung des Liquors.

In den 3 Fällen der Gruppe mit klinisch schlechtem Verlauf erweist sich die Wassermannsche Reaktion im Liquor als relativ stabil saniert (bei I und II ist die WaR. im Liquor $\frac{3}{4}$ Jahre nach Beginn des Rezidivs noch negativ, und bei III sogar nach 2 Jahren noch), obwohl klinisch ein deutliches Fortschreiten des paralytischen Krankheitsprozesses zu konstatieren ist; die Eiweiß- und kolloidalen Reaktionen zeigen in mehr oder weniger ausgesprochen positiven Werten die Kongruenz der Liquorveränderung mit dem klinischen Bild; bei Fall I hinkt die Liquorverschlechterung in bezug auf Eiweiß- und Kolloidreaktionen der klinischen Verschlechterung allerdings um mehrere Monate hinten nach.

Angesichts dieser Sachlage steigen einem Zweifel auf an der u. a. von *Plaut* vertretenen Auffassung, daß von allen Liquorreaktionen die Wassermannsche Reaktion besonders eng mit der Spirochätentätigkeit verknüpft sei, und daß im allgemeinen bei über Jahre hindurch anhaltend negativer WaR. im Liquor auf

eine Lahmlegung oder ein gänzlich Verschwinden der Hirnspiröchäten geschlossen werden dürfe. Diese 3 Fälle weisen jedenfalls mit Eindringlichkeit daraufhin, daß für die prognostische Bewertung der Liquorbefunde bei fieberbehandelten Paralysefällen die Eiweiß- und kolloidalen Reaktionen von eminenter Bedeutung sein können; zeigen doch in den 3 Fällen die erwähnten Reaktionen schon deutlich den Parallelismus an, der zwischen klinischer Verschlechterung und Liquorverschlechterung besteht, zu einer Zeit, da die WaR. im Liquor noch völlig saniert ist.

Die 7 Fälle der Gruppe II mit bis anhin guten Remissionen weisen in Kongruenz zum klinischen Bild mehr oder weniger weitgehende Liquorsanierung auf. Besonders eindeutig zum Ausdruck kommt der Parallelismus klinische Besserung-Liquorsanierung in den Fällen IV und V, wobei das Zeitintervall zwischen Fieberbehandlung und Liquoruntersuchung 7, bzw. $7\frac{3}{4}$ Jahre beträgt, ferner bei Fall VIII mit einem Zeitintervall von $1\frac{3}{4}$ Jahren, und bei Fall X mit nur $\frac{3}{4}$ Jahr Intervall. Die rasche Liquorsanierung bei Fall X ist wohl im Zusammenhang mit der, der Fieberbehandlung unmittelbar vorausgegangenen Salvarsan-Oleo-Bi-Kur.

Fall VI scheint ein Beispiel zu sein dafür, daß ein Patient betreffs seiner Paralyse durch die Malaria günstig beeinflusst wird, während eine gleichzeitige luische Endarteriitis cerebri weitere Fortschritte machen kann.

In den Fällen V, VI, VII, IX u. X wird die WaR. im Liquor nach Fieberbehandlung negativ angetroffen zu einer Zeit, da die Eiweiß- u. Kolloidreaktionen noch positive oder abgeschwächt positive Befunde ergeben. (Bei Fall X zeigt dann eine spätere Liquoruntersuchung auch die Eiweiß- u. Kolloidreaktionen vollständig saniert.) In Anbetracht der kurzen Beobachtungsdauer seit Fieberbehandlung und in Berücksichtigung der in den Fällen I—III gemachten Erfahrungen (fortschreitende klinische Verschlechterung bei in bezug auf WaR. saniertem Liquor) werden wir in diesen Fällen mit nach Fieberbehandlung negativ gewordenen WaR. im Liquor und noch positiven Eiweiß- und Kolloidreaktionen vorsichtig sein mit der prognostischen Bewertung der Liquorsanierung, und vor allem werden wir nicht zu sehr auf die WaR. im Liquor allein abstellen, sondern werden das Verhalten der Eiweiß- und Kolloidreaktionen dabei weitgehend mitberücksichtigen.

Literaturverzeichnis.

- Binswanger, O.*: Neurol. Zentralbl. 1910, S. 1278.
- Bostroem*: Die Luespsychosen. Die Paralyse. Handbuch der Geisteskrankheiten, herausg. von O. Bumke. 1930. Bd. 8, spez. Teil IV.
- Briner, O.*: Über den Verlauf der progressiven Paralyse ohne und mit Fieberbehandlung. Z. f. ges. Neurol. u. Psych. 128. 1930.
- Fleck, U.*: Über Malaria- u. Rekurrensbehandlung der Paralyse. 1925. Arch. f. Psych. 75, 577.
- Forster*: Monatsschr. f. Psych. 38, 162. 1915.
- Fritzsche, J.*, Atypische serologische Befunde bei Paralyse, Tabes dorsalis und Lues cerebrosinalis. Arch. f. Psych. 86, 1929.
- Gerstmann, J.*: Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse. 1925.
- Kajka, V.*: Atypische serologische Befunde bei Paralyse und ihre Bedeutung. Z. Neur. Orig. 56 u. 59. 1920.
- : Serologie der Geisteskrankheiten. Handbuch d. Geisteskrankheiten, herausg. von O. Bumke. 1928. Bd. 3, Allg. Teil III.
- Kihn, B.*: Die Behandlung der quartären Syphilis mit akuten Infektionen. 1927.
- Kirschbaum, W.*: Die klinische Bedeutung der Liquorphänomene bei der Infektionsbehandlung der Dementia paralytica. Referat, gehalten im April 1931, Tagg. Dtsch. Verein f. Psych., in Breslau.
- Krayenbühl, P.*: Zur Halluzinose nach Malariabekämpfung der Paralyse. Z. f. ges. Neurol. u. Psych. 120. 1929.
- Plaut, F.*: Die WaR. bei der Paralyse. Z. Neur. Orig. 56 u. 59. 1920.
- : Die Reizkörpertherapie der Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1931.
- Pönitz*: Der defektgeheilte Paralytiker. Z. Neur. 113. 1927.
- v. Rhoden, Ziegelroth u. Wolter*: Der Einfluß der Malariabehandlung auf das humorale Paralyse-syndrom und auf die Permeabilität der Blutliquorschranke. Arch. f. Psych. 95. 1931.
- Schmidt-Kraepelin, T.*: Beitrag zur Kenntnis der serologischen und anatomischen Befunde bei Paralysen mit langsamem Verlauf. Z. Neur. u. Psych. 101 u. 103. 1926.
- Wagner v. Jauregg*: La malariathérapie, son état actuel, ses limites, ses horizons nouveaux: Le traitement préventif des syphilis nerveuses par la malariathérapie. Arch. dermatosyphilogr. Hôp. St. Louis 1, 649—52. 1929.
- Winnik, H.*: Über den klinischen Verlauf humoral atypischer Paralysen. Arch. f. Psych. 91. 1930.

Die postencephalitischen-psychischen Zustände der Kinder und Jugendlichen in klinischer, forensischer und fürsorgerischer Beziehung.

Von

Dr. Franz Bier, Polizeimedizinalassessor.

(Ehem. Hilfsarzt an den Wittenauer Heilstätten der Stadt Berlin — Direktor
Sanitätsrat Dr. E. Bratz.)

Einleitung: In den letzten 10 Jahren hat das Krankheitsbild der Encephalitis wesentlich an Bedeutung gewonnen, insbesondere ist es die Encephalitis epidemica, die im Anschluß oder gleichzeitig mit der Grippeepidemie 1916/17 und 1920/21 auftrat. v. Economo war der erste, der dieser Krankheit in seiner Monographie ein scharf umrissenes Symptomenbild gab und auch schon damals auf Folgezustände in psychischer Beziehung aufmerksam machte. Erst in zweiter Linie sind dann die übrigen Formen der sogenannten postinfektiösen Encephalitis zu nennen, die nach Pockenimpfung als Vaccinations-Encephalitis, nach Masern, Keuchhusten, Scharlach und anderen Infektionskrankheiten vereinzelt chronisch auftreten. Hierbei war es vor allen Dingen *Lust*, der auf die Wichtigkeit der infektiösen Encephalitis aufmerksam gemacht hat. Bei der Enc. ep. spielt vor allem neben der Häufigkeit auch die ausgesprochene Chronizität und Vielgestaltigkeit eine Rolle. Einen wesentlichen Schritt weiter sind wir insbesondere durch die Monographien von *Thiele*, *Stern* u. a. gekommen. So war es *Pette*, der schon 1923 den Verdacht aussprach, daß die fortlaufenden Beobachtungen der letzten Jahre uns gelehrt haben, daß die Krankheit noch längst nicht erloschen sei, sondern das verdeckte Feuer noch weiterglimme. Er zählt die Enc. ep. mit zu den tückischsten und unheimlichsten Krankheiten überhaupt. Während die chronische Encephalitis der Erwachsenen sich in der Hauptsache um den amyostatischen Symptomenkomplex gruppiert, findet man bei Kindern und jugendlichen Erwachsenen, die ihre akute Erkrankung im Kindesalter durchgemacht haben, viel häufiger Veränderungen auf psychischem Gebiet, die dann die übrigen somatischen Erscheinungen in den Hintergrund drängen. Nicht nur Kinderärzte und Psychiater, wie *Eckstein* betont, son-

dern auch Juristen und Sozialbeamte haben ein großes Interesse an diesen Erscheinungen genommen. Es ist deswegen erklärlich, daß die Literatur, gerade was die chronische Encephalitis anbelangt, noch viel größer als die der akuten ist. Auch der Herr Minister für Volkswohlfahrt hat in den Anweisungen zu den Ausführungen des Gesetzes betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in H. 11 auf die chronischen Symptome der Encephalitis epidemica hingewiesen. Vieles harret noch der Erklärung und Aufdeckung bei den Endzuständen der Encephalitiden. Meine Aufgabe soll es im folgenden sein, den jetzigen Stand der postencephalitischen Zustände bei Kindern und Jugendlichen klinisch, forensisch und fürsorgerisch zu beleuchten.

Die postencephalitischen psychischen Zustände mit Ausnahme der Enc. ep.

Eckstein teilt in seiner ausgezeichneten Monographie diese Fälle ein: 1. in diejenigen der sporadischen Encephalitis, die den psychischen Folgezuständen der Epidemica ähnlich sind, 2. der sog. parainfektösen Encephalitis, 3. der Vaccinations-Encephalitis.

Zappert weist darauf hin, daß die sporadische Encephalitis den Anschein erwecken könnte, daß diese Fälle Nachzügler oder Einzelrepräsentanten der ep. Enc. aus dem zweiten Dezennium des Jahrhunderts wären. *Stern* hält diese Abtrennung einer sporadischen Enc. nicht für glücklich, da es sich in Wirklichkeit nur um Fälle von Enc. ep. handele. *Eckstein* (S. 554) gibt bei ihnen Nacherkrankungen als äußerst selten an. Der Typus A führe zumeist zu psychischen und sensorischen Störungen mit Neigung zu Parkinsonismus und gelegentlichen Erregungszuständen, während der Typus B mehr zu Intelligenzdefekten führe. So gibt er nach einer zweijährigen Nachuntersuchung bei einem Knaben an, daß er noch leicht aufgereggt und jähzornig sei, in der Stimmung labil. Früher ein guter Schüler, komme er jetzt nicht mehr mit. Die Schriftprobe ergibt, abgesehen von Schreibfehlern, eine gewisse Monotypie, auch bestand deutliche Amimie. Im weiteren Verlauf zeigte Pat. Halluzinationen und delirante Erscheinungen; Intelligenz erheblich verschlechtert.

Andere Fälle zeigen wieder ziemlich normale Intelligenz, aber Stimmungs labilität und keine Charakterveränderungen, wie wir es später noch bei der Enc. ep. eingehend kennen lernen werden. Es ist interessant, darauf hinzuweisen, daß schon *Strümpell* betont hat, daß man sonst bei der Enc. im Kindesalter Intelligenzveränderungen, zuweilen auch moralische Defekte als Folge der Krankheit zu beobachten Gelegenheit hatte. Die Kinder seien auch auffallend störrisch und ungehorsam und hätten eine große Neigung zum Verheimlichen und Lügen. Von den Infektions-

krankheiten sind es vor allen Dingen die Masern, die zu post-encephalitischen Veränderungen führen können. So beschreibt *Schuch* (zit. v. *Eckstein* S. 566) einen Fall, der Charakterveränderungen zeigt. Auch *Eckstein* selbst hat ein siebenjähriges Mädchen beobachtet, das im akuten Stadium Erregungszustände hatte, nach sechs Wochen wieder psychisch normal war, aber nach einem halben Jahr klagten die Eltern, daß es seinen Charakter verändert habe. *Lust* zeigte bei einem 6jährigen Jungen, der nach Masern in einen lethargischen Zustand verfiel, allmähliches Auftreten von charakterlichen Veränderungen mit Lernunlust und wenig Interesse. Auffällig war der anormale Appetit. Es bestand eine wahre Freßgier. Zeitweilig sehr aufgeregt und unbändig, griff seine Kameraden an und zerriß Bettwäsche; dabei nicht unintelligent, wußte über die häuslichen Verhältnisse gut Bescheid.

Auch nach Scharlach können sich neben den Störungen der Aphasie, Paresen und choreatiformen Zuständen psychische Erscheinungen der Enc. entwickeln, wie ein Fall von *Reinhold*, Breslau, zeigt: Ein 9jähriger Knabe erkrankt im Anschluß an Scharlach unter den hypokinetisch-hypertonischen Symptomen der Paralysis agitans, dabei schwere Charakterveränderungen. — *Pophal* berichtet über einen Fall von Charakterveränderung im Sinne der moral. insanity. Es handelt sich um einen 16jährigen Knaben, der vorher durchschnittlich veranlagt und leicht erziehbar war. Nach schwerem Scharlach tritt Verlust der Familienhänglichkeit, Gleichgültigkeit gegen Lob und Tadel, störriges und widerspenstiges Wesen auf, Hang zur Bummelei und Lügenhaftigkeit sowie zum Betrügen. Kein Intelligenzdefekt. Wie die Literatur zeigt, sind es nur ganz vereinzelte Fälle, die zu diesen psychischen Störungen führen.

Bei der vacc. Enc., die in der letzten Zeit wesentlich an Interesse gewonnen hat, läßt eine tabellarische Übersicht der einzelnen Fälle von *Eckstein* erkennen, daß sie bei Kindern in psychischer Hinsicht meist zu schweren bis schwersten Intelligenzdefekten führt. Während bei der vacc. Enc. der Nachweis des Vaccinavirus angeblich gelungen ist, ist er bei den übrigen Infektionskrankheiten unbekannt. Pathologisch-anatomisch hat sich bei ihr folgendes Bild ergeben: Nach den Untersuchungen von *Schürmann* gleicht sie im histologischen Befund mehr einer multiplen Sklerose. Viel schwieriger sind die psychischen Folgeerscheinungen der Masern-Enc. von der Enc. ep. zu trennen, zumal da ja die Ätiologie bei beiden vollkommen unsicher ist. Deshalb ist es besonders wichtig, daß nicht allein auf die typischen Symptome im Augenblick, sondern auch auf den ganzen Krankheitsverlauf geachtet wird. Es ist sogar die Frage aufgerollt

worden, ob nicht wie bei der postvacc. Enc. durch Umstimmung des Organismus nach der Maserninfektion ein neurotropes Virus, u. a. auch dasjenige der Enc. ep. einbrechen könnte. So berichtet *Stern* über einen Fall, wo er meint, daß die Masern die Enc. »aufklinken« könnten. Bei diesem Fall traten ganz typische myostatische Erscheinungen auf. Aus diesem Grunde schon plädiert *Stern* für die Ansicht *Lusts*. Bei Scharlach und Keuchhusten meint *Bönheim*, daß die Toxine dieser Krankheiten enc. Zustände hervorrufen können. Pathologisch-anatomisch glaubt *Meyer* (zit. von *Wilms*) übereinstimmende Befunde mit der Enc. ep. festgestellt zu haben, vor allen Dingen das Fehlen der entzündlichen Infiltrate und das Vorhandensein von zelligen und bindegewebigen Hyperplasien der Gefäßwände. Das Durchschnittsalter dieser Erkrankung liegt bei $5\frac{1}{2}$ Jahren; das Leiden tritt selten über das 13. Lebensjahr hinaus auf. *Zappert* glaubt, daß auch eine gewisse Affinität zwischen Masern und Enc. ep. besteht, weil die gegenwärtigen häufigen Komplikationen gerade bei der Masern-Enc. eine auffallende Erscheinung seien und wohl kaum als bloßer Zufall gedeutet werden könnten. Wir sehen also, daß gerade bei der Masern-Enc. die Differentialdiagnose gegenüber der Enc. ep. schwierig ist. Die Prognose kann wohl im allgemeinen als günstig bezeichnet werden. Bei den übrigen Infektionskrankheiten sind postenc. psychische Folgezustände so äußerst selten, daß es praktisch keinen Wert hat, darauf noch näher einzugehen.

Die postencephalitischen psychischen Zustände der Enc. ep. in klinischer Beziehung.

Während die vorher genannten psychischen Zustände verhältnismäßig selten an Zahl vorkommen, ist die Zahl, wie schon zu Anfang erwähnt, bei der Epidemica bedeutend größer, und hieraus erklärt sich auch das große Interesse für die Wissenschaft. *Liebert* hat eine Zusammenstellung der Encephalitiker in der *Bonhoefferschen* Klinik vorgenommen. Es ist dabei interessant, daß bei den chronischen Fällen von Kindern und Jugendlichen die psychischen Folgeerscheinungen bei weitem überwiegen, wie aus folgendem ersichtlich ist:

Von 32 klinisch behandelten Kindern und Jugendlichen mit chronischer Encephalitis wurden achtmal Parkinsonsymptome und zwölfmal schwere psychische Veränderungen festgestellt. Von 54 poliklinisch behandelten Kindern und Jugendlichen mit chronischer Encephalitis waren 8 psychisch verändert, während im ganzen bei 288 Erwachsenen nur sechs schwer psychisch Veränderte behandelt wurden. Auch *Shrubsall* kann bei seinen Untersuchungen feststellen, daß Kinder und Jugendliche in einem höheren Prozentsatz von den Spätfolgen in psychischer Beziehung

ergriffen werden als Erwachsene. Von 241 Kindern hatten 78 keine wesentlichen Veränderungen, 20 unerhebliche, 41 Schlafstörungen, 10 Parkinsonismus, 20 motorische Erregungszustände, 28 Lähmungserscheinungen, 56 Intelligenzdefekte (?) und 70 Charakterveränderungen. Weiter berichtet *Mohr*, daß er in den niederschlesischen Provinzial-Heil- und Pflgeanstalten bei einer Bevölkerung von etwa 3 Millionen 154 chronische Encephalitiker auffinden konnte. Die männlichen Kranken überwogen gegenüber den weiblichen mit 96 : 58. Über 90% davon waren im Alter zwischen 6 und 30 Jahren. Auch hier wieder waren die Wesensveränderungen besonders zahlreich. 33 Pseudopsychopathen ohne wesentlich amyostatische Symptome und 34 mit ausgesprochenem Parkinsonismus, nur 9 Fälle zeigten isolierte Wahnideen und Halluzinationen. Bemerkenswert dabei ist, daß beinahe die Hälfte der Encephalitiden mit falschen Diagnosen hereingekommen ist. Weiter ist die Frage aufzuwerfen, wieviel Encephalitiker in das chronische Stadium übergehen. *v. Economo* berechnet, daß etwa 40% im akuten Stadium sterben, 14% vollständige Heilungen, 26% mit Defekten, aber teilweiser Tätigkeit, 20% verfielen in chronisches Siechtum. Besonders bei Säuglingen und Kleinkindern scheint die Prognose ungünstig zu sein, jedoch schwanken diese Zahlen. So bezeichnet es *Stern* mit Recht als eine bedauerliche Lücke unseres Wissens, daß wir uns in Unkenntnis der tatsächlichen Häufigkeit der Enc., namentlich der chronischen Form befinden. Da das Bild, wie schon anfangs betont, so vielgestaltig ist, wird diese Schwierigkeit wohl kaum, nach meiner Meinung gerade was die psychisch Kranken anbetrifft, zu überwinden sein.

Der Zeitpunkt der ersten postenc. Erscheinungen ist äußerst verschieden. Sie können sich gleich dem akuten Stadium anschließen, oder aber Monate und Jahre können vergehen, mit Zeiten scheinbaren Wohlbefindens, bis sich plötzlich oder auch allmählich das Benehmen und Verhalten in einer Weise verändert, daß der ursprüngliche Charakter aufs schwerste beeinträchtigt ist. Es sind Kinder, von denen ein Teil schon vor der Erkrankung psychopathische Züge zeigte, aber auch andere aus gesunder Familie, die gut erzogen, lebenswürdig und von ausgefallenem Wesen waren. Man bringt dieses eigentümliche Verhalten mit dem bei Kindern noch nicht vollendeten Gehirnwachstum und dadurch bedingter veränderter Reaktion in Verbindung. Unter zahlreichen Hypothesen, die Aetiologie und Lokalisation zu ergründen suchten, hat lediglich diejenige *Bonhoeffers* volle Anerkennung gefunden, der das Wesen des Prozesses in einer gestörten Konkordanz des neencephalen und palaeencephalen Hirnteils sieht.

Wie wirken sich nun die psychischen Veränderungen nach der Enc. ep. bei Kindern und Jugendlichen aus? *Leyser* teilt diese in vier Gruppen ein.

Als erste Gruppe bezeichnet er die sog. hyperkinetischen Kinder, die mit ihren Kameraden vernünftig zu spielen wußten, plötzlich wurden sie unruhig, warfen alles fort, rannten im Zimmer umher. Es trat ein meist schubweise verlaufener Bewegungsdrang zweck- und ziellos hervor. Sie belästigten ihre Umgebung mit läppischen Reden und Fragen (Hypervigilität). Das Hauptsymptom ist aber das Fehlen der Konzentrationsfähigkeit. Die Bemühungen, ihre Aufmerksamkeit auf bestimmte Dinge zu lenken, waren nur von vorübergehendem Erfolg und schlugen meist fehl. Alle Versuche der Eltern, sie in gutmütiger oder ernster Weise dazu zu bringen, hatten keinen Erfolg. Wohl können dazwischen Zeiten liegen, wo die alten guten Eigenschaften wieder hervortreten. Das Kind ist also während dieser Zeit unruhig, erregt, ohne Willensenergie, dabei launisch, ungehorsam, zeitweilig frech und häufig auch ohne jede Einsicht. Von großem Wert ist es, daß die Eltern diesen Zustand als krankhaft ansehen. Durch das störende und aufdringliche Verhalten der Umgebung gegenüber wird das Kind zum Schrecken der Familie, und schon in diesem Stadium ist eine Anstaltsbehandlung meist nicht zu umgehen. *Thiele* hebt mit Recht hervor, daß es nutzlos sei, darüber die Entscheidung zu treffen, ob die gesteigerte Energie oder der Wegfall der Hemmungen die Ursache dafür sind. Dieses Verhalten nennt *Thiele* »Drangzustände«. Sie spielen bei den Postencephalitikern eine große Rolle. Sehr gut ausgedrückt sind von *Thiele* die drei Definitionen von Wille, Trieb und Drang, die ich nicht verfehlen möchte, hier wiederzugeben, da sie grundlegend zur scharfen Unterscheidung sind. »Der Wille setzt sich sein Objekt, der Trieb sucht es, und der ziel- und richtungslose Drang findet sein Objekt.« Die früher zu den Zwangshandlungen, d. h. zu der triebhaften psychischen motorischen Unruhe, von *Pfaundler* u. a. gerechneten iterativen Zustände, wie die Palilalie und Paligraphie, werden von *Thiele* dem Gebiet der motorischen Phänomene, nämlich den rhythmischen Spontanbewegungen, ähnlich dem amyostatischen Symptomenkomplex zugeschrieben.

So bilden sich nun namentlich bei älteren Kindern, die eine gewisse Selbständigkeit und deutliche charakterliche Form besitzen, als zweite Gruppe Wesensveränderungen aus, die von *v. Economo* u. a. als Pseudopsychopathien bezeichnet werden. Andere Autoren nennen sie moriaartig oder moral insanity. Es ist die größte und wichtigste Gruppe. Dieses Stadium kann im Anschluß an die hyperkinetische Phase, aber auch nach kürzerer oder län-

gerer Zeit der Ausheilung sich auswirken. Es tritt ein maniakalischer Zustand mit lebhaftem Erregungsdrang auf, der nicht selten mit Schlafstörungen und besonders auffallender nervöser Unruhe verbunden ist oder gar mit Schlafumkehrung, wie sie *Pfaundler* zuerst beschrieben hat. Die Affekte der Kranken sind nicht wie bei Manischen auf eine heitere Verstimmung allein aufgebaut, sondern neben der Euphorie, wie *Homburger* betont, ist die Stimmungslage sehr wechselnd, auch depressiv verstimzte Affekte treten auf. Die Kinder belästigen ihre Umgebung in aufdringlicher Weise, zanken sich, beschmutzen Fenster, Türen und Wände. Die sprachlichen Äußerungen entsprechen dem Verhalten. In der Schule hänseln sie ihre Kameraden, passen nicht auf, reden fortgesetzt dazwischen und stören dadurch den Unterricht. Wie schon vorher betont, tun sie dies allein aus einem gewissen Zwang heraus. Sie empfinden es als etwas Fremdes, »ich habe es tun müssen, ich kann nicht anders«. Ja, sie entschuldigen sich oft später. Nur in dem schwersten Zustand fehlt es auch an dieser Kritik. So kann leicht ein heuchlerisches Verhalten von nicht genügend kritisch beobachtenden Personen angenommen werden, was aber keineswegs der Fall ist. Um dem gesamten Fragenkomplex der Wesensveränderungen näherzukommen, ist es notwendig, den Entwicklungsgang in psychomotorischer Beziehung kurz zu betrachten. Während im Säuglings- und Kleinkindesalter die Motorik primitive Bedürfnisse und Triebregungen zeigt, kommt sie allmählich in sozialer und ethischer Hinsicht immer mehr unter die Abhängigkeit der sich entwickelnden seelischen Hemmungen. *Homburger* gibt an, daß er für diese Regelung die subkortikalen Ganglien in gewisser Beziehung verantwortlich mache, teils im Sinne der Antriebsstörung, teils im Sinne der Bewegungsenthemmung. Aus der Hyperkinese der Rücksichtslosigkeit und Dreistigkeit, der Ablehnung der Umgebung und der Streitsucht mit immer neuen Konflikten kommt schließlich ein vollkommen asoziales Verhalten zustande. (Brutalität, Diebstahl, Lüge.) Aus den Krankengeschichten der einzelnen Autoren ist ersichtlich, daß die Lügenhaftigkeit und der Diebstahl meist sekundär entstehen, wenn der Zerstörungstrieb als fremd zwangsmäßig empfunden wird. Andererseits können sie aber auch primär auftreten, aus einer gewissen feindlichen Einstellung und Zerstörungswut heraus.

Verhältnismäßig selten sind die nach *Leyser* zur dritten Gruppe gehörigen. sexuell Haltlosen. Neben dieser Haltlosigkeit tritt häufig noch eine geschlechtliche Frühreife ein. Auch innersekretorische Störungen (*Thiele*) sind dabei beobachtet worden. Es kommt zu aktiven sexuellen Angriffen auf die Umgebung

oder zur Neigung, sich verführen oder mißbrauchen zu lassen, sowie auch zu exhibitionistischen und masturbatorischen Handlungen.

In der letzten Gruppe sind diejenigen Postencephaliker untergebracht, die an motorischer Hemmung leiden. Bei Kindern und Jugendlichen ist dieser Zustand selten. *Stern* rechnet sie zu seinem dritten Stadium, das im Anschluß an Charakterveränderungen vorgenannter Art auftreten kann und häufig mit den übrigen Erscheinungen des Parkinsonismus verbunden ist. Die starke Bewegungsarmut, die hochgradige Apathie, der Mangel an Initiative, die mitunter bei körperlichen Anstrengungen vorkommen, sowie eine ausgesprochene Schüchternheit sind hierfür als typische Symptome erkennbar. Es sind bei diesem Stadium nicht allein Antriebshemmungen der Bewegung, sondern auch des Denkens und Wollens vorhanden. Dieser Zustand wurde zuerst von *Naville* und *Bianchi* als Bradyphrenie bezeichnet. Die inneren Zusammenhänge sind jedoch noch sehr umstritten. Diese seelischen Eigentümlichkeiten stehen mit den körperlichen Erscheinungen häufig nicht in gleichmäßiger Abhängigkeit. Gerade bei den Akinetischen zeigt sich dieser Gegensatz manchmal besonders klar. Ein starker Affekt beim Amyostatiker kann die Akinese durchbrechen, wobei es zu plötzlichen Triebhandlungen, z. B. auch zum Selbstmord kommen kann. Da der amyostatische Zustand prognostisch als ungünstig angesehen wird, erwachsen in fürsorglicher Beziehung wichtige Probleme, auf die wir noch später zu sprechen kommen werden.

Mit diesen vorher erwähnten psychischen Veränderungen ist aber auch bei Jugendlichen das encephalitische Krankheitsbild in psychischer Beziehung noch längst nicht erschöpft, und so will ich hier nur einige psychotische Syndrome streifen, die *Wimmer* beschreibt. Er gibt an, daß sie der Ausdruck eines stets aktiven krankhaften Prozesses sind, der seine Angriffspunkte häufig wechselt. Beim Übergang in das Erwachsenenalter treten die von *Stern* zuerst näher beschriebenen pseudoneurasthenischen, von *Bonhoeffer* als auf hyperästhetisch emotioneller Schwäche beruhenden und nach *Wimmer* als psychasthenisch bezeichneten Zustände auf. Leichte Ermüdbarkeit, Reizbarkeit mit zeitweilig hypochondrischer depressiver Stimmung setzen im Beginn ein und können später in die typischen Charakterveränderungen oder in geistige Starre, der dem katatonischen Stupor ähnlich ist, übergehen. Auch somatische Befunde können damit verbunden sein und so die Diagnose erleichtern helfen. Nur selten kommt es zu Halluzinationen und Wahnvorstellungen. Ja, es kann sogar Trübung des Bewußtseins und ausgesprochene Verwirrtheit auftreten, wie *Claude* und *Robin* hervor-

heben. Während bei den zuletzt genannten Zuständen *Wimmer* annimmt, daß es sich auch um eine Beteiligung der Hirnrinde handelt, glaubt er, daß die Ähnlichkeit in encephalitisches-psychotischen »Manifestationen« mit den katatonen Zustandsbildern der Schizophrenie dadurch erklärbar ist, daß die Symptome bei beiden Erkrankungen an den basalen Ganglien der »primitiven Automatismen« ansetzen. Der encephalitische Krankheitsprozeß spielt sich aber hauptsächlich in Form der beiderseitigen Degeneration der Substantia nigra ab, wie *Stern* auch bei der Sektion eines charakterveränderten Kindes feststellen konnte.

Was die intellektuellen Defekte anbetrifft, so werden von *Paterson* und *Spence* gerade bei den jüngeren Kindern Ausfallserscheinungen stärkeren Grades angegeben, so daß ein Verblödungszustand gar nicht so selten eintritt. *Kennedy* fand von 6 Kindern unter 4 Jahren 5 geistig defekt, davon 2 vollkommen idiotisch. *Thiele* beschreibt 2 Fälle im Alter von 4 und 5 $\frac{1}{2}$ Jahren mit stärkerer Bewegungsunruhe und Demenz. Das psychische Verhalten soll bei ihnen in den letzten sechs Jahren stationär geblieben sein. Es bestand in einem Falle ein gewisses sprachliches Verständnis für einfache Aufforderung und eine gute Auffassungsgabe für Melodien, die nach Rhythmus und Tonhöhe richtig wiedergegeben wurden. *Zappert* faßt diese Dementia infantilis in folgende Gesichtspunkte zusammen:

1. der Beginn durchschnittlich im 3. und 4. Lebensjahr,
2. fortschreitende Sprachstörung, oft sogar als erstes Symptom, mit Echolalie, später Undeutlichwerden der Sprache,
3. Unruhe mit Erregungszuständen und zuweilen Angstgefühlen,
4. Zunehmen der Verblödung,
5. dabei ziemlich intelligenter Gesichtsausdruck,
6. Fehlen somatischer Befunde und unbehinderte motorische Leistungsfähigkeit,
7. stationärer Zustand bei körperlicher Gesundheit,
8. Stereotypien in Spiel und Bewegung, ethische Defektzustände, Boshaftigkeit, Neigung zu Gewalttätigkeiten,
9. Bestehenbleiben des musikalischen Verständnisses.

Thiele spricht deswegen wohl mit Recht den Verdacht aus, daß im frühen Kindesalter nicht allein nur die subkortikalen Hirnteile ergriffen sind, sondern auch eine Mitbeteiligung der Hirnrinde in Betracht zu ziehen ist. Erst in den letzten Jahren sind Prüfungsergebnisse von enc. Kindern im Schulalter veröffentlicht worden, die nach der Methode von *Binet-Simon* geprüft wurden. Besonders eingehend damit beschäftigt hat sich *Lange* an den Zöglingen in der Erziehungsanstalt Chemnitz-Alten-dorf. Er hatte dazu 20 Kinder mit Charakterveränderungen und 19 mit Parkinsonismus. Schwierig ist diese Prüfung bei den letz-

teren, weil sie oft tagelang stark gehemmt sind und keine Antwort geben. Jedoch können zeitweilig die Fragen gut wiedergegeben werden; ein Beweis für das Interesse beim Unterricht. Bei den Pseudopsychopathen und Hyperkinetikern besteht die Schwierigkeit, wie schon oben hervorgehoben, in der gestörten Konzentrationsfähigkeit und den Triebhandlungen, die oft einen Unterricht unmöglich machen. *Lange* kommt zu folgendem Ergebnis. Vor dem 5. Lebensjahr erkrankte Kinder haben, wie auch andere Autoren angeben, nach einer überstandenen Encephalitis den größten Intelligenzdefekt. Weiter zeigten anfangs die Pseudopsychopathen ein günstigeres Ergebnis der Intelligenzprüfung als die Parkinsonistengruppe. Im Laufe der Zeit ging aber meist der Intelligenzquotient allmählich herab.

Die nach *Leyser* vorher dargelegten Gruppen sind selten nur so rein vorhanden, wie oben bemerkt. Meist mischen sie sich und bilden Fälle mit stärkeren oder leichteren neurologischen Symptomen.

Nach *Thiele*, *Stern* u. a. ist die Prognose der Pseudopsychopathen nicht ungünstig. Andere Autoren, wie *Kennedy* glauben die Prognose ungünstig stellen zu müssen. *Brandt* hat auf Grund seiner Katamnesen von 17 postenc. Kindern und Jugendlichen besonders hervorgehoben, daß die Prognose der Folgeerscheinung dieser Krankheit im Kindesalter infaust sei. Er hat diese Fälle über 9 Jahre verfolgt und kommt zu dem Schluß, daß sie entweder als hilflose Krüppel in Anstalten oder zu Hause leben oder infolge ihrer moralischen und ethischen Defekte ebenfalls sozial unbrauchbar sind; außerdem sei ein weiteres Fortschreiten im Sinne der Verschlimmerung des Prozesses erkennbar. Von 52 sechs Jahre lang beobachteten Fällen von Kindern unter 14 Jahren war von 21 mit Parkinsonismus behafteten keins gebessert, von 23 mit Charakterveränderung zeigten 6 Besserung und 17 blieben stationär. 19 hatten Schlafstörungen. Bei einer persönlichen Rücksprache mit Herrn *Kürbitz* teilte er mir mit, daß die Prognose längst nicht so ungünstig sei bei energischer Behandlung. In Zahlen konnte er es mir aber nicht angeben. Die Schwierigkeiten der Beurteilung sind vor allem in den wechselnden Stadien von Besserung und Verschlechterung zu sehen, so daß auch in der chronischen Phase die Aktivität des Prozesses nicht auszuschließen ist. *Werner* gibt auf Grund seiner Untersuchungen an, daß sich die weitere Entwicklung um so ungünstiger gestaltet, je jünger das Kind während des akuten Stadiums war.

Obwohl die Frage der Konstitution bis heute noch nicht endgültig geklärt ist, neigt die überwiegende Mehrzahl der Autoren dazu, eine prämorbid Veranlagung für die Erschei-

nungsform des späteren Krankheitsbildes abzulehnen. So glauben *Stern* und *Grote*, daß die neuropathische Konstitution für die enc. Empfänglichkeit gänzlich belanglos sei. Auch *Thiele* und *Werner* finden keine Anzeichen einer hereditären oder psychopathischen Belastung. *Peust* zieht den Schluß, daß die bisher bekannten Formen der neuropathischen Konstitution nicht genügen, um allein die Encephalitisempfindlichkeit zu erklären, obwohl Möglichkeiten einer neuropathischen Konstitution wohl bestehen können. Er legt deshalb die Aufgabe nahe, diejenige besondere Konstitution zu finden, die der cerebralen Gewebsdisposition für die Entstehung und Entwicklung der Enc. ep. entsprechen könnte. Wir werden später noch hören, daß ein Zusammentreffen von psychopathischer Konstitution und jugendlichen enc. Charakterveränderungen in forensischer Beziehung Schwierigkeiten machen kann.

Differentialdiagnostisch gegenüber anderen psychischen Erkrankungen ist das Vorhandensein oder frühere Auftreten somatischer Erscheinungen von ausschlaggebender Bedeutung. Aber selbst die vegetativen Störungen des Postencephalitikers, wie Salbengesicht, starke Schweißse usw., können mit neuropathischen Zuständen verwechselt werden. Im Bilde der Pseudopsychopathie sind es vor allem die maniformalen Zustände, die zu Verwechslung Anlaß geben können. Gegenüber den echten hypomanischen Erscheinungen bei Jugendlichen besteht Krankheitsbewußtsein, Selbstempfinden ihres zwanghaften schlechten Benehmens.

Durch die Krankheitseinsicht und das Übermaß an Hyperkinese ist wohl ein Unterschied von den konstitutionell veranlagten Psychopathen zu finden. *Rubinowitsch* und *Abrahamson* haben vergleichsweise Prüfungen angestellt und fanden, daß gerade bei der Aufmerksamkeit wesentliche Lücken bei den Postencephalitikern bestehen, während die Psychopathen normal reagieren. Die strafbaren Handlungen sind bei den Psychopathen meist gut ausgearbeitet, bei den chronischen Encephalitikern ziel- und zwecklos. Zwischen den Postencephalitikern und den Schizophrenen kann die hebephrene Form mit ihrem läppischen Verhalten bei Jugendlichen insbesondere sowie die katatone Form mit dem starren regungslosen Wesen zu Verwechslungen Anlaß geben, jedoch zeigt der ganze Verlauf der Krankheit meist auch hier den richtigen Weg. Wenn schizophrene Assoziationsstörungen, paranoide Wahnideen und vorwiegend akustische Halluzinationen, insbesondere somatopsychische Beeinflussungsvorstellungen nachweisbar sind, ist die Diagnose meist leicht. Schwieriger ist dagegen schon die Unterscheidung striärer Akinesen von katatonen Stuporen. Nur eine

längere genaue Beobachtung und ganz gründliche neurologische Untersuchung können Klarheit schaffen.

Bei der Differentialdiagnose zwischen multipler Sklerose und psychischen Folgezuständen bei Enc. soll folgender Fall von *Stern* die Schwierigkeiten näher erörtern. Neunjähriges Kind, das mit Kopfschmerzen, doppelseitiger Augenmuskellähmung erkrankt. Im Anschluß tritt ein lethargischer Zustand auf, der durch Injektion mit Rekonvaleszentenserum gebessert wird. Bald danach stellen sich Charakterveränderungen ein. Sehr euphorisch, lebendig, dreist, altklug. Wird neurologisch als geheilt entlassen. Nach einigen Monaten halbseitige Cerebellarsymptome, später eine Schwäche des Beines mit Pyramidenerscheinungen. Euphorie bleibt erhalten.

Der akute Verlauf, die Erfolge der Seruminjektion, auch die Charakterveränderungen lassen zunächst eine Enc. ep. sehr wahrscheinlich erscheinen. Nach den beiden letzten neurologischen Schüben besteht aber nach *Stern* kein Zweifel, daß es sich um eine multiple Sklerose handelt.

Auch Hirntraumen rufen bei Kindern Persönlichkeitsveränderungen hervor. So hatte *Kasanin* unter seinen 120 Fällen aus seinem Psychopathenmaterial 10% mit ernsthaften Hirnschädigungen. Als die wichtigsten Symptome gibt er gemüthliche Unstetigkeit, Ruhelosigkeit, Launenhaftigkeit und Egoismus an. Von Wichtigkeit ist auch hierbei, in der Vorgeschichte auf Hirntraumen zu forschen. Gelegentlich kann neben der Enc. sich ein Schwachsinn hinzugesellen, so daß man nachher nicht sagen kann, wie weit die Enc. oder der originäre Defektzustand das Krankheitsbild beherrscht. Das akinetische Verhalten mit dem Maskengesicht kann den Ausdruck eines dementen Kindes hervorrufen. Zuweilen führt die Enc., wie wir schon betonten, im Kleinkindesalter zu diesen Zuständen mit Demenz. Jedoch wechseln bei angeborenem Schwachsinn dabei schwachsinnige Freundlichkeit und blinde Widerspenstigkeit. Diese Symptome sollen nach *Stern* bei der Encephalitis fehlen.

Die postencephalitischen psychischen Zustände in forensischer Beziehung.

Während *Thiele* in seiner Arbeit noch sagen konnte, daß die Kriminalität jedenfalls nach seinen Untersuchungen keine praktische Bedeutung gewonnen hat, haben wir uns leider schon allein durch die statistischen Angaben von *Engerth* und *Hoff* anders belehren lassen müssen. Das hängt wohl damit zusammen, daß die postencephalitischen Charakterveränderungen sich erst nach Jahren soweit entwickeln. So fanden von 45 Jugendlichen (auf 31 männlich und 14 weiblich) 7, die sich kriminell vergangen hatten. Zwei wurden davon verurteilt. Ihre Straftaten waren zweimal Diebstahl, viermal Diebstahl und Sittlichkeitsverbrechen und einmal Vagabundage. Auf das Schuldkonto des einen von den vier Fällen fiel die Vergewaltigung eines

minderjährigen Kindes und einer 65jährigen Frau. Den drei anderen wurde Exhibitionismus und Sodomie zur Last gelegt. Sechs Mädchen wurden wegen Vagabondage und Prostitution bestraft. Bei 13 wurde das gerichtliche Verfahren auf Grund psychiatrischer Gutachten eingestellt. *Engerth* und *Hoff* gaben weiter an, daß diejenigen Jugendlichen, die bereits ihre Pubertätszeit vollendet haben, eine günstigere Prognose in krimineller Beziehung bieten. Im allgemeinen zeigen die männlichen Jugendlichen mehr die aktive Form der Sittlichkeitsverbrechen, während bei den weiblichen die passive vorliegt. Ob diese kriminellen Handlungen durch Strafen gesüht werden müssen, regelt der § 3 des Jugendgerichtsgesetzes. Nach § 2 desselben sind die Kinder unter 14 Jahren sowieso straffrei.

Die Frage der Zurechnungsfähigkeit dieser Fälle beansprucht unser besonderes Interesse, da der postencephalitische psychische Zustand doch in seiner Eigentümlichkeit den psychopathischen Konstitutionsformen sehr ähnlich ist. Man glaubte anfangs, die encephalitischen Charakterveränderungen von der endogenen Psychopathie trennen zu können, weil es sich um psychomotorische Triebstörungen handele und das moralische Verhalten intakt sei. Dies stimmt aber nicht, weil bei postencephalitischen Störungen eine Einsicht oder Reue durchaus nicht immer vorhanden ist. Die psychopathische Konstitution ist nicht als Geistesstörung im engeren Sinne zu bewerten und fällt auch nicht ohne weiteres unter den § 3 des Jgg. Die encephalitischen Pseudopsychopathien können deshalb im Einzelfall gegenüber den endogenen Psychopathien in der forensischen Beurteilung Schwierigkeiten bereiten, zumal, wenn vor der Krankheit eine konstitutionelle Abartung vorgelegen hat.

Bing und auch *Stiefler* betonen, daß jeder Fall für sich auf Grund von Anamnese und Untersuchung genau geprüft werden muß und danach erst die Entscheidung über Unzurechnungsfähigkeit getroffen werden kann. Nach *Fribourg* und *Blanc* muß im allgemeinen bei den Fällen im chronischen Stadium Freispruch erfolgen, außer in den seltenen Fällen, in denen der Intellekt völlig ungestört ist. *Engerth* und *Hoff* glauben, in krimineller Beziehung drei Gruppen unterscheiden zu können:

1. diejenigen, die absolut unsinnig und somit deutlich krankhaft handeln,
 2. diejenigen, die ihre Taten mehr in der nächsten Umgebung, nämlich in der Familie ausführen und deswegen seltener mit dem Strafgesetz in Konflikt kommen,
 3. diejenigen mit reinem Verbrechertyp.
- Ihre Taten sind häufig so überlegt und raffiniert, daß sie an-

dere Personen, die ihnen gefügig sind, mitreißen können. Hin und wieder besteht auch Krankheitseinsicht, aber die Energie ist zu schwach, um des krankhaften Triebes Herr zu werden.

Wie schon oben erwähnt, können eventuell auftretende somatische Befunde die Diagnose wesentlich erleichtern sowie bei den Sexualdelikten der Nachweis von endokrinen Störungen. *Stern* hebt hervor, daß die Charakterveränderungen der Postencephaliker sich gegenüber denen der Psychopathen besonders hinsichtlich der Triebhaftigkeit der Handlungen und der Motivlosigkeit bei den ersteren unterscheiden. Er warnt aber vor einer zu starken Schematisierung. *Bing* betont mit Recht, daß das Überstehen einer Enc. allein nicht immer Strafflosigkeit zur Folge hat. Auch die Frage der Geschäftsfähigkeit kommt hier nicht in Betracht, weil der Jugendliche sowieso ja nur beschränkt geschäftsfähig ist. Nur bei den Übergängen in die Großjährigkeit muß genau geprüft werden, ob Entmündigung stattzufinden hat oder Pflegschaft genügt. Nach *Stern* wird man in der Mehrzahl mit letzterer auskommen können. Das Jugendamt hat das Recht als ausführendes Organ des Jugendwohlfahrts- und Jugendgerichtsgesetz nach §§ 56 und 57 Erziehungs- und Fürsorgemaßnahmen zu treffen.

Stiefler weist dann noch auf die Suicidversuche hin, die im besonderen bei Parkinson-Kranken häufig vorkommen, weil ihre Selbstkritik angesichts der objektiven Unteilbarkeit den depressiven Affekt steigert. Nach *Bing* können diesen Suicidversuchen auch impulsive Dranghandlungen zugrunde liegen. Somit ist es in zivilrechtlicher Beziehung bei Entschädigungen auf Grund einer Lebensversicherung von Wert, ob ein Zustand von Sinnesverwirrungen bestanden hat. Nur dann zahlt die Lebensversicherung.

Ich habe sonst in zivilrechtlichem Sinne nur noch einen Fall von Bedeutung in der Literatur gefunden. Es handelte sich dabei um die Frage, ob die psychischen Veränderungen, die als postenc. später erkannt wurden, auf ein Trauma zurückgeführt werden konnten. Der Fall sei wegen seiner allgemeinen Wichtigkeit wiedergegeben.

12-jähriger Knabe wird zur Behandlung in die Tübinger Universitätsklinik gebracht. Der Vater gibt an, daß sein Sohn um Mitternacht von einem Burschen angefallen und im Genick gepackt worden sei. Am anderen Morgen sollen sich nervöse Zuckungen nach schlechtem Schlaf und Unruhe sowie auch starkes Schnaufen gezeigt haben. Besondere Krankheitssymptome sollen vorher nicht dagewesen sein. Die erste Untersuchung ergab ein geistig um zwei Jahre zurückgebliebenes Kind mit ängstlich-hysterischer Stimmungslage, das auf eine unbekannte Ursache hysterisch reagierte. Durch den Erfolg einer antihysterischen Behandlung glaubte man, eine Gehirngrippe ausschließen zu

können. Bald danach begannen die ersten Anzeichen eines Parkinsonismus mit langsamen Bewegungen und stumpfem, interesselosem Affekt. Hiermit war eigentlich die Diagnose gesichert. Die dabei erhobene Vorgeschichte ergab aber, daß das Kind von jeher schwach und ängstlich war. Der Arzt konnte damals nur debiles Verhalten, motorische Unruhe, verzerrten Gesichtsausdruck feststellen. Das Urteil lautete, daß es sich um einen psychopathisch debilen Jungen handele, der auf einen in Alkoholvergiftung — der Überfall geschah nach einer Hochzeitsfeier — erlebten geringen Schrecken psychogen reagiert habe. Seine Anlage zu solchen Reaktionen wäre hierdurch sensibilisiert, und er reagierte auf die nach einer wohl unbeobachtet gebliebenen Enc. ep. empfangene Mißempfindung wieder mehr oder weniger hysterisch, es könne aber der psychisch-therapeutische Erfolg gleichbedeutend mit einer Remission im Verlauf der Enc. gesetzt werden. Da wohl anzunehmen sei, daß die Anfangssymptome so gering waren, daß sie übersehen werden konnten, wäre es erklärlich, daß von dem Vater und dem behandelnden Arzt das Trauma und die Enc. ohne weiteres in Zusammenhang gebracht wurden. Auch *Villinger* gesteht ein, daß er sich zu Beginn getäuscht hätte. Er kommt zu dem Schlußergebnis, daß für den ersten Krankheitszustand der Schrecken eine Teilursache neben der allgemeinen Erregung, dem Alkohol und der Milieuwirkung wäre. Ich glaube, daß man folgenden Schluß aus dem Fall ziehen kann:

1. Die Anamnese als besonders wertvolles Unterstützungsmaterial recht genau zu nehmen und zu beurteilen, vor allem in bezug auf konstitutionelle Anomalien.
2. Bei schwierigen Gutachtenfällen wie diesem immer erst eine längere Beobachtung vorauszuschicken, zumal wenn das akute Stadium so mild verlaufen ist, daß keine besonderen Symptome auftreten.
3. Zur Unterstützung der Diagnose gegenüber psychischen Erkrankungen kann nach neueren Untersuchungen das morphologische Blutbild und die Rückenmarkflüssigkeit auf Liquor-Zucker vermehrung vorgenommen werden.

Die postencephalitischen psychischen Zustände in therapeutischer und fürsorgerischer Beziehung.

Wenden wir uns nun den verschiedenen Behandlungen und ihren Ergebnissen zu, so erkennt man schon an der Vielartigkeit der ärztlichen Mittel, daß wohl keins, mit Ausnahme des Rekonvaleszentenserums, zu einem größeren Erfolg schon im akuten Zustande führt, viel weniger noch im chronischen. Während *Stern* und *Schultze* den größten Wert auf das Rekonvaleszentenserum legen, sind es aber wieder andere, die mit Eiweißpräparaten, Farb- und Jodlösung (z. B. Pregglösung), Arsen und Impfmalaria vorübergehende Besserung gesehen haben. *Schultze* betont weiter, daß unter Umständen auch bei akuten Schüben im chronischen Stadium durch das Rekonvaleszentenserum Aussicht auf Besserung besteht.

Kürbitz hebt besonders hervor, daß gerade bei postenc. psychischen Veränderungen ärztliche und heilpädagogische Maßnahmen Hand in Hand gehen müssen, wenn man etwas erreichen

will. *Heinicke* war der erste, der dieses erkannt hat und dafür die encephalitische Zentrale in Chemnitz schuf. Ihm folgte auf seine Anregung *Stern* in Göttingen. Gerade für diese Postenc. ist der Unterricht von besonderer Bedeutung. Nicht Volks- und Hilfsschulen kommen für sie in Frage, sondern der Sonderunterricht. Unendliche Mühe und Kleinarbeit des Pflegepersonals und der Heilpädagogen kann bei den schweren Fällen mit asozialem und akinetischem Verhalten zum Erfolge führen. Es ist selbstverständlich, daß dieses allein bei den dafür eingerichteten Spezialanstalten durchgeführt werden kann. Der Einwand, daß das Zusammenleben der Enc. sie ungünstig beeinflussen würde, kann nach der Erfahrung *Heinickes* und *Schultzes* nicht geteilt werden. Neben den gemeinsamen rhythmischen Freiübungen, die zur Disziplin anhalten, ist auch geistige Anregung für die Enc. von großem Wert. Allerdings muß erst mit kurzen Zeitspannen begonnen werden, um die anfangs schwere geistige Übermüdung zu überwinden. Es hat sich gezeigt, daß die Kranken für diese Art der Beschäftigung sehr dankbar sind und mit großer Freude allem folgen, wie ich mich gelegentlich eines Besuches in der Chemnitzer Anstalt selbst überzeugen konnte. Die geistigen Lücken, die durch die Krankheit entstanden sind, lassen sich z. T. hierdurch wettmachen und zur Besserung des ganzen Zustandes führen oder zum mindesten stationär halten. Daß neben der Übungstherapie auch für eine besondere Kräftigung des Körpers gesorgt werden muß, ist selbstverständlich. *Heinicke* legte besonderen Wert auf monate- bis jahrelange Behandlung. Die Therapie der chron. Amyostatiker mit psychischen Defekten wird nur im Beginn des Zustandes einen gewissen Einfluß ausüben können. Auch hierbei können dieselben ärztlichen Mittel angewandt werden, außerdem symptomatisch noch zeitweilig Skopolamin und Atropin in ziemlich hohen Dosen. Gleichzeitig spielt die Beschäftigung zur Überwindung des Starrezustandes und traurigen Affektes mit Turnübungen und Spielen usw. eine große Rolle. Vor der Psychoanalyse wird insbesondere von *Stern* gewarnt, ebenfalls vor der Impf- und Malariatherapie. Es wäre auch absolut falsch, gerade die Amyostatiker ihrem Schicksal zu überlassen, und so wird von *Stern* vorgeschlagen, sie wenigstens einmal im Jahre einer energischen Behandlung zu unterziehen.

Wenn auch statistisch nicht genau festgestellt werden kann, wieviel dieser jugendlichen Enc. der öffentlichen Fürsorge anheimfallen, so glaubt *Schneider*, daß die unteren Volksschichten mehr als die Hälfte der Arbeitsunfähigen ausmachen und somit der öffentlichen Fürsorge zur Last fallen. Vor allem muß

man darauf bedacht sein, durch Aufklärung bei den praktischen Ärzten als auch bei den Medizin-Studierenden das Krankheitsbild zu verbreiten, damit nicht, wie u. a. geklagt wird, beinahe die Hälfte der Anstaltsinsassen mit falscher Diagnose hereinkommen. Das Wohlfahrtsministerium hat deswegen ein Encephalitis-Merkblatt herausgegeben, das auf die psychischen Folgezustände gebührend Rücksicht nimmt, wie schon anfangs betont. In zweiter Linie ist es notwendig, daß auch die Familien rechtzeitig aufgeklärt werden. Dafür müssen Stellen vorhanden sein, die in sozialer Hinsicht zur rechten Zeit eingreifen. Diese Beratungsstellen können aber am besten denen für schwer erziehbare Kinder oder Psychopathen angegliedert werden. Selbstverständlich ist es auch erforderlich, daß die Fürsorgerinnen sich mit diesem Bilde der chron. Enc., d. h. der Charakterveränderungen und sexuellen Entgleisungen der Jugendlichen befassen müssen, denn es ist auch in den nächsten Jahren mit diesem psychischen Zustande in erhöhtem Maße zu rechnen.

Wo bringen wir nun die Kinder unter, die nicht mehr im Kreise der Familie bleiben können und sonst der Gefahr der Verwahrlosung anheimfallen würden? Der immerhin noch beste Ersatz wäre die Unterbringung in einer anderen geeigneten Familie, wie *Shrubsall* vorschlägt, in der sich möglichst wenig Kinder befinden. Dieses kommt allerdings nur in leichten Fällen in Frage. So bleibt meist die Heimunterbringung, bei schwersten Fällen die geschlossene Anstalt übrig. Die Aussichten einer Fürsorgeerziehung hält *Schneider* für zweifelhaft, weil immerhin noch eine Verschlimmerung eintreten kann. Während er anfangs für Dezentralisierung war und später bei genügender Erfahrung die Zentralisierung der besserungsfähigen Kinder in Spezialabteilungen vorschlug, waren *Heinicke*, *Schultze*, *Stern*, *Reck* u. a. für die Zentralisierung von jeher. Bevor sie aber dort untergebracht werden, hält *Heß* einen Beschäftigungsversuch für dringend ratsam. Nach dem Muster der Enc.-Abteilung zu Chemnitz-Altendorf muß sich ein Kindergarten, eine Schule mit besonders dazu ausgebildeten heilpädagogischen Kräften und Einrichtungen zur Beschäftigung darin befinden. *Schneider* macht den Vorschlag, sie schon bestehenden Einrichtungen anzugliedern, da nach den Zeiten der ansteigenden Krankheitszahlen auch ein allmähliches Abflauen eintreten wird, wenn nicht eine neue Epidemie ausbricht. Er stellt nun folgende Richtlinien auf:

1. An den Hilfsschulen Förderklassen für leicht kranke postenc. Kinder ohne ein Zusammensein mit Minderbegabten, da sie intellektuell nur geringgradig geschädigt sind.

2. Die schweren Fälle und diejenigen Kinder, die fern von Großstädten sich befinden, in einer zentralen Enc. der Provinz unterzubringen.

3. Die schweren Pseudopsychopathen zu vereinigen, um sie den Gefahren der Umgebung zu entziehen.

4. Lehrkräfte sind durch Kurse, Vorträge an der Enc.-Schule entsprechend auszubilden. Den Schulärzten soll die laufende Überwachung übertragen werden. Bei Jugendlichen, die infolge ihrer unsozialen Betätigung der menschlichen Gesellschaft zur Gefahr werden, Unterbringung in staatlichen Erziehungsanstalten, bei schwersten Fällen in Irrenanstalten.

Ich glaube auch, daß die Jugendlichen in Enc.-Heimen am besten untergebracht sind. *Kürbitz* hat jetzt sogar den Fortbildungsunterricht eingeführt und auch hierbei unverkennbar gute Erfolge gesehen, nicht nur allein bei den reinen Charakterveränderungen, sondern auch bei Kindern mit sexuellen Triebhandlungen.

Die parainfektösen (Masern, Scharlach usw.) Encephaliden bedürfen schon wegen ihrer Seltenheit keiner besonderen fürsorglichen Maßnahmen, die außerhalb des Rahmens der für die jugendlichen ep. Enc. notwendigen Einrichtungen liegen. Die schweren dementen Fälle der Vaccinations-Enc. müssen, soweit sie nicht zu Haus untergebracht werden können, in Heime für idiotische Kinder überführt werden. —

Nun möchte ich noch auf die Frage der Berufsversorgung mit einigen Worten eingehen. Der Augenblick der Berufsversorgung kommt dann in Betracht, wenn die seelischen Störungen sich so weit gebessert haben, daß der Kranke wohl noch als erwerbsbeschränkt, aber nicht mehr als ausgesprochen asozial gelten kann. Selbstverständlich muß auf die graduellen Unterschiede der psychischen Störung Rücksicht genommen werden. Bei den nur geringgradig Gestörten wird natürlich der Übergang in das Berufsleben leichter erfolgen, während bei den Postenc. schwereren Grades eine gewisse Vorbereitung notwendig ist. Auch diese dafür besonders eingerichteten Lehrwerkstätten können, wie in Chemnitz-Altendorf, mit dem Enc.-Heim organisch verbunden sein. In Ermangelung dieser wären die von *Lufheimer* vorgeschlagenen Tagesheime bzw. Internate in Erwägung zu ziehen. Daß die Berufe besonders in Frage kommen, die im alltäglichen Leben am meisten benötigt werden, ist wohl erklärlich: so für die männliche Jugend Schuhmacherei, Flechtarbeit, Schneiderei, Gärtnerei. Besonders für die Landarbeit setzen sich *Engerth* und *Hoff* ein. Für weibliche Jugendliche: Wäscherei, Spinnerei und sonstige häusliche Arbeiten. Außerdem schlägt *Lufheimer* noch vor, Arbeitskolonien mit Werkstätten wie in Düsseldorf anzuschließen, um die Kranken nicht der Gefahr der Arbeitslosigkeit und des asozialen Verfalls auszusetzen. Eine Entlohnung soll dabei vorgesehen sein. Da sich die Aus-

gaben durch eine Zentralisierung wesentlich verringern, sind sie schon aus diesem Grunde gegenüber der Dezentralisierung von *Schneider* vorzuziehen. Auch glaube ich, daß es unbedingt notwendig ist, daß die von *Lufheimer* vorgeschlagenen Lehrwerkstätten, wenn nur irgend möglich, dem Enc.-Heim direkt angeschlossen werden, schon in Hinsicht der Kostenersparnis.

Folgende Gesetze kommen für die Fürsorgeerziehung und ihre Kostenregelung, soweit sie öffentlich-rechtlich getragen werden, in Betracht:

1. Das Reichsgesetz für Jugendwohlfahrt vom 9. 7. 1922 § 1 und §§ 62 bis 65.

2. Das Reichsgesetz vom 11. 7. 1891, das die öffentliche Fürsorge für Geisteskranke regelt.

3. § 6 Absatz 1 der preussischen Ausführungsverordnung zur Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. 2. 1924, welcher besagt: »Die Landes-Fürsorge-Verbände sind verpflichtet, für Ernährung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen, Blinden und Krüppel, soweit sie der Anstaltsbehandlung bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen. Bei Minderjährigen umfaßt diese Fürsorge auch die Erziehung und Erwerbsbefähigung.«

Fürsorgestellen (Wohlfahrtsämter) dienen zur Durchführung der Reichsverordnung über Fürsorgepflicht, ebenso wie Jugendämter in dem Gesetz für Jugendwohlfahrt, die Jugendpflege und Jugendfürsorge. Als Einrichtungen hierfür sind Beratungsstellen für kleine Kinder, Schulkinder und Schulentlassene vorgesehen. Einzelne solche Beratungsstellen sind nach *Pototzky* zu Polikliniken im Anschluß an Kliniken und Krankenhäuser ausgebaut.

Es ist nun die Frage aufzuwerfen, wo gliedert man diese Encephalitis-Abteilung an? In Anbetracht der häufigen körperlichen Symptome könnte man sie nach dem Vorschlage *Schultzes* an Krüppelheime, andererseits an Kinderabteilungen oder Irrenanstalten anschließen. Ich glaube, es ist müßig, sich festzulegen, je nach den örtlichen Verhältnissen wird man es tun können. Die beste Lösung wurde wohl in Chemnitz gefunden, wo die Encephalitis-Abteilung in einer Anstalt für gebrechliche Kinder organisch eingefügt ist und wo Klinik, Schule, Berufsausbildung und Infektionsabteilung schon vorhanden sind. Aber auch in Göttingen, wo diese Abteilung wohl räumlich getrennt von der Heil- und Pflegeanstalt, aber mit der Nervenlinik verbunden sich in dem Gelände befindet, bestehen zweifelsohne Vorteile, die nicht zu unterschätzen sind, wie z. B. bei starker Unruhe schnelle Unterbringung in die geschlossene Anstalt.

Nach dem juristischen Gutachten des Landesrates von Hannover, Dr. *Koepchen*, können die gesetzlichen Bestimmungen des Krüppelfürsorgegesetzes für die körperlich gebrechlichen Encephalitiker ohne weiteres angewendet werden, aber nicht für die rein psychisch Veränderten, die allerdings in geringerer Zahl auftreten. *Schultze* war es, der zuerst auf diese Momente aufmerksam

gemacht hat. Vielleicht ist es möglich, durch nachträgliche gesetzliche Bestimmungen diesem Mangel abzuweichen, um die großen Vorteile dieses Gesetzes auch den psychisch erkrankten Encephalitikern zu verschaffen.

Meine Ausführungen über die postencephalitischen psychischen Zustände bei Kindern und Jugendlichen können nicht beanspruchen, das Problem dieser vieldeutigen Krankheitserscheinung völlig erschöpft zu haben. Auch heute noch werden weitere Erfahrungen und wissenschaftliche Forschungen notwendig sein, trotzdem wir in den letzten Jahren keine neuen Epidemien mehr gesehen haben. Infolge des häufig auftretenden asozialen Verhaltens bilden diese Postencephalitiker für sich und für ihre Umgebung eine Gefahr und dafür muß der Staat resp. die Kommune sich durch vorbeugende Maßnahmen schützend einsetzen.

Literatur:

- Agostini*: Charakterstörungen bei an chron. Enc. leidenden Jugendlichen. Ref.: Zentralblatt der ges. ger. Med. Bd. 8 S. 505.
- Anton*: Ref.: Neur. Zentralblatt Bd. 34 S. 176.
- Anweisungen des Ministers für Volkswohlfahrt. Heft 11. Berlin 1929. Verlag Schoetz.
- Baron, Otto*: Über die psychischen Folgezustände nach Enc. ep. Dissertation. Kiel 1927.
- Bing*: Die forensische Bedeutung der Folgezustände der Enc. ep. Schweizer med. Wochenschrift 1927. Nr. 50.
- Bolzi, Dino*: Das psychische Syndrom bei Kindern und Jugendlichen nach Enc. ep. Ref.: Ges. ger. Med. Bd. 5 S. 506.
- Bönheim, Curt*: Über nervöse Komplikationen bei spez. kindl. Infektionskrankheiten. Erg. der inneren Med. und Kinderheilkunde 1925. Bd. 2 S. 598.
- Bonhoeffer*: Encephalitis epidemica. D. med. Wochenschrift 1921. H. 10.
- Brandt, Walter*: Was wird aus encephalitischen Kindern und Jugendlichen? Ref.: Arztl. Sachverst.-Zeitschrift. Bd. 37 Jahrgang 2.
- Briand, Marcel*: Geistesstörung bei Enc. ep. und ihre gerichtlich-medizinische Bedeutung. Ref.: Ges. ger. Med. Bd. 1 S. 259.
- Céna*: Sexuelle Perversionen und Enc. ep. Ref.: Ges. ger. Med. Bd. 4 S. 403.
- Dietrich*: Zur sozialen Bedeutung der Enc. ep. Deutsche Zeitschrift f. d. ges. ger. Med. Bd. 3 S. 12.
- Eckstein*: Enc. im Kindesalter. Erg. der inneren Med. u. Kinderheilkunde. Bd. 36 S. 494 1929 II.
- v. Economo*: Encephalitis leth. Urban & Schwarzenberg 1929.
- Heinicke*: Die unzulängliche Fürsorge für chron. Enc. Arch. für Psychiatrie 1927. Bd. 77 S. 70.
- Heinicke*: Zur Frage der Enc. Fürsorge. Psych.-neur. Wochenschrift. Bd. 27 Nr. 11 1927.
- Heß*: Münch. med. Wochenschrift. Bd. 68 S. 481 u. Bd. 74 S. 32.
- Homburger*: Psychopathologie im Kindesalter.

- Jacob, Charlotte:* Schwierigkeiten bei der Begutachtung von Spätzuständen der Enc. leth. Ref.: Ges. ger. Med. Bd. 2 S. 110.
- Kasanin:* Persönlichkeitsveränderungen bei Kindern nach Hirntraumen. (Jour. nerv. Dis. 69. 1929. S. 385.) Ref.: Zentralblatt für ges. Neurol. u. Psych. Bd. 54 S. 720 1929/30.
- Kennedy:* The prognosis of sequelae of epid. enc. in children Americ. jour. of diseases of children. Bd. 28 S. 158 1924.
- Koepchen:* Sind Encephalitiker unter gewissen Voraussetzungen Krüppel im Sinne der krüppelfürsorglichen Bestimmungen? Zeitschrift für Krüppelfürsorge 1930. S. 383 Bd. 23.
- Kürbitz:* Behandlungsergebnisse bei Enc. ep. chron. 4. Kongreß für Heilpädagogik. S. 265.
- Laignel-Lavastine:* Die psychischen Störungen der Enc. ep. Ref.: Ges. ger. Med. Bd. 101 S. 191.
- Lange:* Die Entwicklung der Intelligenz bei Kindern nach Enc. ep. Bericht über den 4. Kongreß für Heilpädagogik. S. 269.
- Lermann:* Charakterveränderungen bei Jugendlichen im Sinne der Psychiatrie nach Enc. Kasuistischer Beitrag. Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie. Bd. 86 S. 148.
- Leyser:* Untersuchungen über Charakterveränderungen nach Enc. ep. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten. Bd. 72 S. 552. 1925.
- Liebert:* Statistisches zur Enc. ep. Dissertation 1927. Berlin.
- Lußheimer:* Zur Berufsversorgung der Schwachsinnigen und Postencephalitiker. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene. 1928. Nr. 19.
- Lust:* a) Über paramorbillöse Enc. und ihre Folgen. Münch. med. Wochenschrift 1927. Nr. 3. b) Naturforscherversammlung Düsseldorf 1926.
- Mohr, Wilhelm:* Die chron. Encephalitis epidemica in den niederschlesischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten. Ref.: Zentralblatt der ges. Neurologie u. Psychiatrie. Bd. 57 S. 212.
- Naville, F.:* Studien über die Komplikationen u. die psychischen Folgen der Enc. ep. Die Bradyphrenie. Ref.: Ges. ger. Med. Bd. 2 S. 370. (Encéphale Jgg. 17 Nr. 6 S. 369—75; Nr. 7 S. 423.)
- Paterson u. Spence:* The after effects of epidemic enc. in children. Lancet 1921. S. 491.
- Pette:* Die Enc. ep. in ihren Folgezuständen. Deutsche Zeitschrift für Nervenkrankheiten. Bd. 76 Heft 1—4. 1923. S. 1—70.
- Peust:* Konstitution, Veranlagung und Vererbung bei der Enc. ep. Halle, Leipzig 1928. Sonderabdruck aus der Antonfestschrift.
- Pfaundler:* Über enc. Schlafzustände. *Pfaundler-Schloßmann*, Lehrbuch der Kinderheilkunde. Bd. 2. 1923. S. 439 2. Aufl.
- Pophal:* Über exogene Charakterveränderungen im Sinne der Moral Insanity. Monatsschrift f. Psych. u. Neurologie. Bd. 53 S. 343. 1923. Ref.: Ges. ger. Med. Bd. 4 S. 14.
- Pototzky:* Wege der Fürsorge für schwererziehbare Kinder. D. Ges. für Kinderheilkunde Hamburg. Sitzung v. 13.—15. 9. 1928.
- Reck, S.:* Die Encephalitikerabteilung der Heilanstalt Emmendingen. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 91 H. 6/8, S. 409.
- Reinhold, W.:* Breslau: Monatsschrift f. Kinderh. 1927. Nr. 37 S. 33.

- Rossig, Marie:* Gerichtsärztliche Reaktion bei Encephalitikern. Ref.: Ges. ger. Med. Bd. 9 S. 682.
- Rubinowitsch u. Abrahamson:* Vergleichende Studie zwischen konstitutionellen und durch Enc. leth. erzeugten psychopathischen Erscheinungen. Ref.: Zeitschrift für Kinderforschung, Bd. 33 1927.
- Runge, W.:* Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Enceph. ep. *Bumkes* Handbuch der Geisteskrankheiten.
- Schneider, Karl:* Über die Bedeutung der Enc. leth. für die öffentliche Gesundheitspflege und die von der medizinischen Verwaltung zu ergreifenden Maßnahmen. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie u. psych. ger. Med. Bd. 82 1925 S. 265.
- Schultze, Ernst:* a) Sind Encephalitiker als Krüppel im Sinne des Krüppelfürsorgegesetzes anzusehen? Zeitschrift für Krüppelfürsorge 1930, Bd. 23 S. 379. b) Enc. ep. und Krüppelfürsorge. D. med. W. 1931 S. 21.
- Shrubsall:* Die Folgen der Enc. leth. Ref.: Zeitschrift für Kinderforschung, Bd. 34 S. 259. (British journal of med. psych. Bd. 7 S. 210 1927.)
- Stadelmann:* Zur Symptomatologie und Differentialdiagnose der Postencephalitis ep. im Kindesalter. Zeitschrift für Neurologie u. Psychiatrie. Bd. 107.
- Stähelin:* Zur Psychopathologie der Folgezustände der Enc. ep. Zeitschrift für ges. Neurologie und Psychiatrie. Bd. 77 1922 S. 171.
- Starke:* Heilpädagogische Beobachtung an enc. Kindern. Ref.: Ges. ger. Med. Bd. 5 S. 696.
- Stern:* Enc. ep. Fortschritte der Neurologie u. Psychiatrie. 1930 2. Jahrg. Heft 8.
- Ders.:* Psychische Störungen nach Enc. ep. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 93 Heft 7 u. 8.
- Ders.:* Die ep. Encephalitis. 1928. Verlag Springer.
- Stern u. Grotte:* Archiv für Psych. u. Nervenkrankheiten. Bd. 75 S. 235 1925.
- Stiefler, Georg:* Über die forensische Bedeutung der Enc. leth. Ref.: Ges. ger. Med. Bd. 16 Heft 4 1931.
- Strümpell:* Über akute Enc. der Kinder (Polioenc. acuta). Jahrbuch für Kinderheilkunde 1885.
- Thiele:* Zur Kenntnis der psychischen Residuärzustände nach Enc. ep. Monographie 1926. Karger.
- Villingen:* Zur Begutachtung der Spätzustände nach Enc. ep. Münch. med. W. 1922 Nr. 45 S. 1561.
- Werner, Martin:* Was wird aus den Encephalitiskindern? Zeitschrift für Neurologie u. Psychiatrie. Bd. 107 1927 S. 245/46.
- Wilms, Elisabeth:* Zur Kasuistik der Masernencephalitis. Dissertation 1929 Bonn.
- Wimmer, August:* Die psychotischen Syndrome bei der chron. epidem. Enc. Acta psychiatriae et neurol. H. 3/4 1926.
- Zappert:* Dementia infantilis. Monatsschrift für Kinderheilkunde. Bd. 22 S. 389 1921.

Aus der Sächsischen Landesanstalt Großschweidnitz b. Löbau i. Sa.
(Direktor: Oberregierungsmedizinalrat Dr. *Maaf*.)

Über Geistesstörungen bei perniziöser Anämie.

Von

Regierungsmedizinalrat Dr. **Francke**.

Die mannigfachen Probleme, die auf dem Gebiete der symptomatischen Psychosen noch bestehen, bedürfen zu ihrer Lösung in erster Linie eines möglichst umfangreichen Materials genau beobachteter Fälle und autoptischer Befunde. Insbesondere sind die Fragen, was von den klinisch zu beobachtenden Symptomenkomplexen allgemeine Reaktionsform jeden Gehirns, was konstitutionelle Besonderheit des betroffenen Menschen, was spezielle Wirkung der einzelnen Noxe ist, noch lange nicht völlig entschieden. In folgendem will ich versuchen, an Hand von drei Fällen von Psychose bei perniziöser Anämie das Material an Beobachtungen dieser Erkrankung zu erweitern.

Bei der perniziösen Anämie (p. A.) unterscheidet *Schneider* vor allem vier Formen psychischer Störungen:

1. symptomatische Psychosen vom exogenen Typ, die akut präterminal oder chronisch bzw. subchronisch auftreten,
2. »Homonome« Bilder in Form chronischer Verstimmungen und Änderung des gemüthlichen Gesamtverhaltens, die von den ausgesprochenen Psychosen abgelöst werden können, diesen vorausgehen oder ihnen nachfolgen,
3. Herabsetzungen der geistigen Leistungsfähigkeit im Sinne von Entschlußlosigkeit und Erschwerung der Denkleistungen,
4. terminal eintretende Benommenheit.

Ewald unterscheidet hyperästhetisch-emotionelle Schwächezustände, manieforme Psychosen, die in amentia-ähnliche oder delirante Zustandsbilder übergehen, sowie ängstlich paranoide Erkrankungen. Letztere hält er jedoch nicht für symptomatische Psychosen im engeren Sinne. Er schreibt vielmehr, daß die verschiedenen dabei gefundenen Veränderungen im Zentralnervensystem zwar auf die toxische Komponente in der Pathogenese dieser Erkrankung hinweisen, daß diese Zustände aber schon hinüberleiten zu den psychischen Störungen bei organischen Gehirnkrankheiten

und daß vielleicht gerade die paranoide Verlaufsform nicht ohne weiteres als toxisch-symptomatisch aufzufassen ist.

Therapeutische Erfolge sah *Langelüddicke* durch Leberdiät. Die gleiche Beobachtung, die, wie ich vorausnehmen will, mit unseren Erfahrungen nicht übereinstimmt, machte auch *Smith*, der mit der Besserung des Blutbefundes auch neurologische Symptome Desorientierung, Gedächtnis- und Merkfähigkeitsstörung, Beeinträchtigungsideen und depressive Verstimmung schwinden sah.

Unsere Fälle zeichnen sich vor allem dadurch aus, daß sie über längere Zeiten z. T. über viele Jahre beobachtet werden konnten, und daß eine histologische Untersuchung des Gehirns vorgenommen werden konnte.

1. Fall: Klara K., led., geb. d. 3. 1. 1874. Vater an Apoplexie, Mutter an Altersschwäche gestorben. In Pubertät häufig Kopfschmerzen. Galt später in ihrer Umgebung als »hysterisch«, weil sie dauernd alle möglichen Beschwerden vorbrachte, ohne daß objektiv ein krankhafter Befund nachzuweisen gewesen wäre. War bis zum Tode der Mutter 1922 ununterbrochen im elterlichen Haushalt tätig, sobald sie einmal auf Drängen ihrer Angehörigen eine anderweite Stellung angenommen hatte, gab sie diese nach kurzer Zeit wieder auf.

Seit 25. 4. 1925 in einem Pflegehaus in S., weil sie angeblich zu verwahrlosen drohte. Dort brachte sie bald alles in Beziehung zu ihrer Person. Sie behauptete durch eine Zahnextraktion im 12. Lebensjahre sei sie vergiftet worden, das jetzt erfolgte Ausbleiben der Menses (Klimakterium) führte sie auf eine Suppe zurück, die ihr eine Frau gebracht habe. Sie verweigerte jede Untersuchung, weil ihr dadurch geschadet werden solle. Die Ärzte seien schuld an ihrem Leiden. Verfaßte eine Liste mit Namen von 13 Personen, die ihr »die Grube graben wollten« und von denen sie verlangt, daß jede ihr monatlich eine Geldsumme schickt, damit sie ihre »Gesundheit schützen« könne. Sie war sonst völlig orientiert und ruhig, wurde aber schließlich so lästig, daß sie der Landesanstalt Großschweidnitz zugeführt werden mußte. Im Aufnahmegutachten war noch vermerkt »sehr anämisch«.

Hier war sie örtlich, zeitlich und über ihre Person richtig orientiert, ruhig und geordnet. Sie gab an, daß sie nach G. gekommen sei wegen Verhältnissen, die sie nicht mit ein paar Worten schildern könne. Warum man sie jetzt in die hiesige Anstalt geschafft habe, wisse sie selbst nicht, die Oberschwester habe gesagt, sie passe in kein Siechenhaus. Dort seien ihr die Speisen zu stark gesalzen gewesen und auch sonst habe es dort manche Differenzen gegeben. Bei Befragen entwickelte sie zunächst dieselben Ideen: Sie sei im 12. Lebensjahr bei einer Zahnextraktion vergiftet worden, durch Freunde und die Sonne sei sie wieder gesund geworden, aber die Ernährung in S. habe das wieder zunichte gemacht. Um ihr Erbteil sei sie von der Heimatgemeinde betrogen worden (Inflation). Jetzt fühle sie sich soweit ganz wohl, weil sie viel Obst gegessen habe. »Der Eindruck, den ich heute hier gehabt habe, ist nicht gerade schön, es ist zu unruhig gewesen.«

Weiter erzählt sie, daß der Hauswirt in ihre frühere Wohnung ein-

gebrochen sei und sie bestohlen habe. In einer Wurstbrühe, die man ihr beim Schlachten gab, habe sie weiße Haare gefunden. Auch bei Einladungen sei sie durch Speisen geschädigt worden. 1924/25 sei sie zum Liegen gekommen, habe nicht mehr laufen können. Eine Frau aus dem Dorfe, die ihr eine Suppe brachte, habe sie damit wieder vergiftet, Gekröse, das sie beim Fleischer kaufte, sei mit Galle besudelt gewesen. Seit damals (Februar 1924) sei sie so blaß und habe sich nicht wieder erholen können.

Körperlich fand sich auffallend blasse Haut und Schleimhäute, schwaches systolisches Geräusch an der Herzspitze, Anisokorie, Hyperalgesie, normale Reflexe. Bei der Untersuchung war sie sehr unwillig, widerstrebend und bereitete große Schwierigkeiten. Wahrscheinlich unterblieb deshalb damals eine eingehende Blutuntersuchung. Die Wassermannsche Reaktion war jedoch negativ. In der nächsten Zeit war sie stets sehr wehleidig, unzufrieden, klagsüchtig. Die Speisen waren ihr zu scharf, man wolle ihre Gesundheit untergraben. Sie beschäftigte sich mit Flickarbeiten. Später erhielt sie freien Ausgang. Da sie sehr viel Speisen verweigerte, erhielt sie ziemlich viel Extrakost und kaufte sich von eigenem Gelde Nahrungsmittel. 1928 glaubte sie, daß in allen von der Anstalt gelieferten Speisen Gift vorhanden sei. Die Stimmung war etwas ängstlich und gedrückt; sonst war Patientin völlig geordnet, geschickt und fleißig bei ihrer Näharbeit und wenn sie nicht auf ihre Beeinträchtigungsideen kam, konnte man sich ganz gut mit ihr unterhalten, zumal sie leidlich gebildet war. Von einer Demenz war nichts zu spüren.

Nachdem sie längere Zeit in halboffenen und offenen Häusern zugebracht hatte, wurde sie im Dezember 1928 rasch schwächer. Die jetzt vorgenommene Blutuntersuchung ergab Eos. —Ø, Stabk. Ø, Segm. 40,5%. Lymph. 53,5. Monoc. 6%. Außerdem Megalozyten, Megaloblasten, Erythroblasten, Polychromasie, Hyperchromasie, Mikrozyten, Poikilozyten. Jetzt wurde die Diagnose auf p. A. gestellt. Da Patientin schon jeder Untersuchung den größten Widerstand entgegensetzte, war die Behandlung sehr erschwert. Sie verweigerte Eisen- oder Arsengaben, auch jede Art von Leberkost. Sie war meist wortkarg, brachte aber immer wieder zuweilen ihre Vergiftungsideen. Sie behauptete, die Ärzte der Anstalt seien an ihrem Elend schuld. Körperlich fand sich jetzt auffallend glatte Zunge. Die Herzöne systolisch unrein. Linke Pupille größer als rechte, genügende Reaktion. *Babinski*, *Oppenheim*, *Gordon* rechts positiv. Ödeme der Fußrücken, sonst o. B. Im Februar und März 1929 erholte sie sich spontan wieder, stand auf, lief wieder etwas herum. Im April 1929 mußte sie erneut eingebettet werden, war ängstlich, sprach kaum und brachte dann nur ihre Beeinträchtigungs- und Vergiftungsideen vor. Sie hatte verschiedentlich Knochenschmerzen und bekam Schleimhautblutungen. Anfang Mai wurde sie subikterisch und verfiel immer mehr. Am 12. 5. 1929 war sie plötzlich benommen und starb.

Epikrise. Eine anscheinend paranoide Psychopathin erkrankt mit etwa 49 Jahren an einer langsam fortschreitenden perniziösen Anämie, die verschiedentlich Spontanremissionen zeigt. Es entwickelt sich ebenso langsam das Bild einer paranoiden Psychose, bei der Beeinträchtigungs- und Vergiftungsideen im Vorder-

grunde stehen. Es handelt sich um eine chronische symptomatische Psychose, von der bei der p. A. bekannten depressiv-paranoiden Art. Entsprechend der psychopathischen Konstitution der Patientin tritt das Depressive stark zurück hinter dem Paranoiden, so daß das äußere Bild der Psychose durch die Konstitutionsanomalie stark beeinflußt ist. Das Rückenmark ist erst spät ergriffen worden und nur mittelstark affiziert. Eine rationelle Therapie war nicht möglich.

Die Sektion ergab alle Kennzeichen der p. A.: Hochgradige Anämie, fettige Entartung des Herzfleisches, der Nieren, der Leber, himbeer-geleeähnliches Knochenmark.

Histologisch fand sich schwerste fettige Degeneration des Herzmuskels, besonders der Papillarmuskeln, geringere in den Nieren, schwere Verfettung in den Außenbezirken der Leberläppchen und kleinste Blutungen in der Leber. Nekrosen im Pankreas, Atrophie der Schilddrüse. Im Rückenmark fanden sich mäßig starke Markscheidenausfälle in den Hintersträngen und ebensolche geringer ausgebildete in den Pyramidenseitenstrangbahnen.

Am Gehirn bestand eine Pachymeningitis hämorrhagica. Mikroskopisch wurde gefunden: Hyalinisierung in den mittleren Schichten mancher Gefäßwände sowie herdförmige Zellausfälle in der Stirnrinde, die unsystematisch und ungleichmäßig und anscheinend nicht gefäßabhängig sind. Auffällig ist dabei die äußerst geringe gliöse Reaktion in diesen Herden. Auch die Hortegazellen waren nicht vermehrt. Die Ganglienzellen wiesen vorwiegend Schrumpfungsvorgänge auf (chronische Zellerkrankung *Nissl's*). Eisen- oder Kalkablagerungen waren in den Gefäßwänden oder ihrer Umgebung nicht zu finden, hingegen fanden sich multiple kleine Psammome in den Plexus chorioidei.

Im Kleinhirn sind zahlreiche Purkinjezellen geschwunden oder in Auflösung begriffen. Die geschädigten Purkinjezellen sind teilweise kernlos, sehr dunkel gefärbt, andere auffallend blaß, ohne Fortsätze. An Stellen, wo die Fortsätze zugrunde gegangen waren, konnte ich verschiedentlich das von *Spielmeyer* beschriebene Gliastrauwerk feststellen.

Diese Befunde weichen teilweise von den bisher veröffentlichten histologischen Befunden bei derartigen Psychosen ab. Über die Beziehungen zwischen dem klinischen Verlauf und dem anatomischen Bild soll erst unten nach dem Bericht über die anderen beiden Fälle im Zusammenhang mit diesen kurz eingegangen werden.

Unser zweiter Fall zeichnet sich durch eine besonders lange klinisch durchgeführte genaue Beobachtung aus.

Martha G., Hausmädchen, geb. am 20. 1. 1907. Vorgeschichte: eine Schwester an Tb. gestorben. Sonst Familienanamnese o. B. In der Volksschule einmal sitzen geblieben, war damals 4 Monate an »Bronchialdrüsen-Tb.« erkrankt gewesen. Im Herbst 1927 erkrankte sie mit Erbrechen, das mehrere Tage anhielt und kam schließlich ins Krankenhaus nach Z. mit folgendem Aufnahmebefund: Hochgradig blaßgelbliche, leicht-

grünliche Färbung, hochgradig blasse Schleimhäute. Keine Haut- oder Schleimhautblutungen. Gut fingerbreit überragende Milz, eben überragende Leber, negativer Lungenbefund. Psyche frei. P. S. R. +. Babinski —. Blutbild: Hgb. 19%. Rote 915000. Weiße 10700. Ly. 17. Stabk. 9. Segm. 72. Eos. 1. Mon. 1. Außerdem Mikrozyten, Makrozyten, Polychromasie, Poikilozyten, Normoblasten, Megaloblasten. Diagnose: perniziöse Anämie. Therapie: Leberdiät, die wegen geringer Nahrungsaufnahme schwierig war (moderne Präparate in Tabletten und Ampullen waren damals noch kaum im Handel) und zahlreiche Bluttransfusionen. Im Laufe von 8 Wochen Besserung bis zur Arbeitsfähigkeit: Hgb. 78%, rote 3,12 Millionen, weiße 8100. Gewichtszunahme 6,6 kg.

Im April 1928 wieder Verschlechterung des Zustandes und neue Krankenhausaufnahme. Damals erstmalig Atrophie der spitzen Zungenpapillen. Blutbefund: Hgb. 32%. Rote 1,44 Millionen, weiße 4250. Im Ausstrich 4 Normoblasten auf 200 rote. Leichte Lungentb., subfebrile Temperaturen. Im Laufe von 4 Monaten Besserung bis auf Hgb. 78%, Rote 4,32 Millionen, weiße 8400. 7,1 kg. Gewichtszunahme. In ambulante Behandlung entlassen. Invalidisierung. Weiter regelmäßig Leberdiät, angeblich viermal pro Woche. Patientin lebt weiter bei den Eltern bis Mai 1930, als sich neuerdings Krankenhausbearbeitung notwendig machte.

Blutstatus: Hgb. 36%. Rote 1,92 Millionen, weiße 3500. Starke Polychromasie, Mikrozyten, Makrozyten, Normoblasten. Leichte Tb. klinisch und röntgenologisch feststellbar, keine Bazillen im Sputum. Nach 6 Wochen Entlassung: 2,1 kg. Gewichtszunahme. Hgb. 90%. Rote 3,81 Millionen, weiße 7500. Die Entlassung erfolgte, weil sie einen Selbstmordversuch durch Sprung aus dem Fenster machte(!).

Von nun an zu Haus, äußerte dort wiederholt Selbstmordabsichten, sagte: »Was soll ich auf der Welt, ich habe doch nichts davon.« Am 20. 7. 1930 ein »Tobsuchtsanfall« und tätlicher Angriff gegen ihren Vater. Am 21. 7. in höchster Erregung und Unruhe, starke Selbstmordideen, nach Mo-Scopol.-Injektion vorübergehende Beruhigung, da am nächsten Tage erneute Erregung auftrat, Überführung in die Landesanstalt Großschweidnitz.

Hier wurde nun folgender Befund erhoben: 158 cm große, 42,5 kg schwere weibliche Patientin von leptosomem Körperbau, in herabgesetztem Ernährungszustande. Knochenbau grazil, Muskulatur mittelkräftig. Die Haut hat eine eigentümlich bräunliche Färbung. Die Zunge ist feucht, dunkelrot, ihre Schleimhaut auffallend glatt. Die Augenlider sind geschwollen und gerötet. An den Lungen finden sich vereinzelte Rasselgeräusche über dem linken Oberlappen. Am Herzen und den übrigen Organen kein größerer krankhafter Befund. Temperatur: 37,2. Puls: 84. Im Urin eine Spur Eiweiß und vereinzelte Leukozyten. Stuhl: o. B. Am Nervensystem fanden sich lebhaftes Sehnenreflexe, kein Babinski. Eine gewisse Unsicherheit und Verlangsamung der Bewegungen und des Ganges.

Psychisch war sie auffallend still, ängstlich gedrückt, sprach nur wenig und zögernd. Beim Betreten des Untersuchungsziimmers weinte sie und schrie auf, setzte sich, stand bald wieder auf, lief ratlos ängstlich durchs Zimmer, schaute immer wieder um sich, als ob sie sich bedroht fühlte. Auf Fragen antwortete sie zunächst gar nicht, sagte nur halblaut: »Ich muß doch nach Hause.« Schließlich nannte sie auf wiederholtes

eindringliches Fragen Namen, Alter und Wohnort. Auf weitere Fragen nach ihrer Tätigkeit, ihren sonstigen persönlichen Verhältnissen gab sie keine Antwort, obwohl sie sowohl die Fragen zu verstehen als auch die Antworten zu wissen schien. Die Hemmung war auch in ihren Bewegungen deutlich zu sehen. Aufforderungen kam sie willig aber langsam nach. Zu Bett gebracht war sie wieder ratlos und ruhelos, drängte aus dem Bett, lief langsam durch den Saal, fand sich nicht zurecht. Eine andere Kranke nannte sie ihre Hilde und verlangte, daß man diese in Ruhe ließe.

In den folgenden Tagen blieb der Zustand unverändert, sie schrie zuweilen laut auf, glaubte das Haus brenne, um gleich darauf wieder ängstlich ratlos im Bett zu liegen, ohne Angaben auf Befragen zu machen. An manchen Tagen verweigerte sie die Nahrung und nahm auch keinerlei Medikamente, da sie Vergiftung fürchtete. Sie war stets ängstlich, mißtrauisch, fühlte sich bedroht, glaubte, daß man sie umbringen wolle. Die Temperaturen lagen zunächst zwischen 36,5 und 37,9, der Puls zwischen 80 und 120 Schlägen. Anfang August 1930 sanken die Temperaturen trotz hochbleibender Pulszahl ab.

Das Blutbild ergab bei wiederholten Untersuchungen folgenden Befund: Hgb. 95% (Talquist). Rote ca. 4,5 Mill. (!), weiße 9100, Eos. 2 Jugendf. 1, Stabk. 7, Segm. 60,5, Lymph. 26,5, Mon. 3%. Unter den roten nur geringe Anisozytose und Polychromasie, sonst normaler Befund.

Bei diesem Blutbefunde hätte sich die richtige Diagnose ohne die Vorgeschichte nicht stellen lassen, so wies aber die Anamnese und das ängstlich-depressive-paranoide Zustandbild auf die Diagnose: Psychose bei perniciöser Anämie.

Da die Nahrungsaufnahme außerordentlich schlecht war, die Kranke aß kaum, erbrach die mit der Sonde zugeführte Nahrung und preßte Nährklystiere aus, verschlechterte sich der Allgemeinzustand rasch. Anfang August trat eine gewisse Veränderung des psychischen Zustandsbildes auf. Das Bewußtsein war leicht getrübt, die Hemmung war geringer, die beängstigenden Wahnvorstellungen traten stark zurück. Sie blieb still im Bett, antwortete auf Fragen zwar langsam aber willig und war nicht mehr so mißtrauisch wie bisher. Nachts sprach sie bisweilen unverständlich vor sich hin. Die Auffassung war sichtlich erschwert, das Denken verlangsamte, jede Antwort machte ihr Mühe. Ängstliche Erregungen traten nur noch selten in der Nacht auf. In solchen Zuständen glaubte sie gerufen zu werden, rief selbst nach der Mutter, sprach mit den Eltern, die sie in ihrer Nähe wähnte. Sie litt dann unter Verfolgungs- und Vergiftungsideen. Ein andermal glaubte sie, daß ihr ein Bein fehle, es sei abgebunden worden.

Über beiden Lungen hörte man jetzt vereinzelte Rasselgeräusche, die Temperaturen stiegen wieder über 37°, im Urin fand sich 0,10/100 Eiweiß, leichte Ödeme im Gesicht. Blutsenkungsgeschwindigkeit nach *Linsensmeyer* 3 Stunden, 10 Minuten. Der Allgemeinzustand verschlechterte sich jetzt rapid, sie konnte sich kaum mehr aufsetzen und am 24. 8. 1930 erfolgte in Benommenheit der Exitus letalis.

Epikrise: Es handelt sich hier um eine subakute präterminale Psychose, die mit depressiver Verstimmung, Selbstmordversuchen, reizbarer Schwäche beginnt und bald den Charakter der depressiv-

paranoiden Psychosen der p. A. annimmt mit schweren Verfolgungs- und Vergiftungsideen. Eine konstitutionelle Komponente findet sich hier nicht. Erst terminal tritt eine langsam zunehmende Benommenheit auf.

Aus dem Sektionsprotokoll ist folgendes erwähnenswert:

Haut blaß, auffallend fahl, gelblichbräunlich. Muskulatur auffallend blaßrot. Knochen: die langen Röhrenknochen enthalten dunkelrotes Knochenmark... Das Herzfleisch ist rötlichgrau, die Schnittfläche trüb... Die Milz ist auffallend groß, graurötlich, mit grauroter matter Schnittfläche, auf der die Knötchen deutlich erkennbar sind. Die Leber ist auffallend dunkel, fast schwarzrot. Die Schnittfläche ist dunkelbraunrot, die Leberläppchen sind eben erkennbar, die Schnittfläche etwas trübe, ziemlich reichlicher Abfluß dunkelroten Blutes. Das Gehirn wies makroskopisch keine auffallenden Veränderungen auf, nur im Pallidum einige punktförmige Blutungen.

Die mikroskopische Untersuchung hatte folgendes Ergebnis: Fettige Degeneration im Herzmuskel, geringe fettige Degeneration in Leberzellen, myeloisches Knochenmark, Nephrose mit hyalinen Zylindern in den Harnkanälchen. Blutabbaupigmente in den retikuloendothelialen Zellen der Milz und Leber. Im Rückenmark nur geringe Markscheidenausfälle teils in den Hintersträngen, teils in Seitensträngen, aber wenig systematisiert. Am Gehirn konnten folgende Befunde erhoben werden: Die im Pallidum schon makroskopisch sichtbaren Blutpunkte erwiesen sich als Kugelblutungen, ebendort fanden sich auch die von *Schröder* beschriebenen Ringwallherde. In der Rinde ließ sich jedoch nichts davon auffinden. An den Gefäßen der Rinde sieht man geringe Veränderungen in Form von Wucherungen der Innenhaut. Unabhängig davon waren Veränderungen an den Nervenzellen, die sowohl in der Stirn- wie in der Scheitelgegend Tigrolyse, Schwellung und Auflösungserscheinungen zeigten. Typisch war auch hier der Mangel der gliösen Ersatzwucherung, nur stellenweise eine Vermehrung der Trabanzellen.

Dieser Fall rollt einige interessante Fragen auf. Zunächst bildet er ein weiteres Beispiel für die jüngst gemachte Feststellung *Gantenbergs*, daß nach längerer Zeit durchgeführter Lebertherapie bei manchen Fällen von p. A. eine auffallende Braunfärbung der Haut auftritt, die auf Umstimmung der Empfindlichkeit der Haut für ultraviolette Strahlen zurückgeführt wird. Von weit größerem Interesse ist aber der eigentümliche klinische Verlauf, der durch die Therapie beeinflußt wurde. Durch die lange Zeit sorgfältig durchgeführte Leberdiät war das Blutbild weitgehend gebessert worden, die Besserung ging soweit, daß man ohne Kenntnis der Vorgeschichte die richtige Diagnose nicht mehr hätte stellen können. Trotzdem war die kausale, unbekannte Noxe nicht ausgeschaltet und nachdem ihre, das Blutbild schädigende Wirkung durch die Leberdiät gemindert worden war, blieb vor allem die das Zentralnervensystem angreifende Schädlichkeit, die sich hier vorwiegend auf das Gehirn, weniger auf das Rückenmark

konzentrierte. Diese Beobachtung stimmt gut überein mit den auch sonst schon mehrfach gemachten Beobachtungen, daß die Lebertherapie die Strangerkrankungen des Rückenmarks meistens ebenfalls nicht bessert. Wir konnten sogar im Gegenteil ein Fortschreiten der Schädigung des Gehirns feststellen, auch Rückenmarkerscheinungen, die bei Anstaltsaufnahmen noch nicht feststellbar waren, traten kurz vor dem Tode auf. Die Verschlechterung des psychischen Zustandes sehen wir in der langsam auftretenden Benommenheit, die mit einem Abklingen der ängstlichen Erregung einherging.

Gewisse Parallelen zu diesem Fall, nämlich ebenfalls Besserung des Blutbildes und Verschlechterung der nervösen Symptome trotz oder bei Leberdiät sehen wir in unserem dritten Falle.

3. Martha L., geb. am 29. 10. 1879, verh., 1 Geburt, 1 Fehlgeburt. Keine erbliche Belastung. Angeblich keine Kinderkrankheiten. Keine sonstigen Erkrankungen. Patientin erkrankte, nachdem sie kurz zuvor eine Angina durchgemacht hatte, im Frühjahr 1928 mit Allgemeinschwäche, Kopfschmerzen und Abmagerung. Bald darauf auffallende Blässe der Haut. Im Frühjahr 1929 Brennen auf der Zungenspitze und das Gefühl, als könne sie die Beine nicht mehr so bewegen, wie sie es möchte. Steifigkeit, Ameisenkribbeln in Beinen und Fingerspitzen, Gewichtsabnahme ca. 5 kg. Nach kurzer Behandlung durch den Hausarzt, der die Diagnose auf p. A. stellte, Krankenhausaufnahme in Z. Bei der Aufnahme dort fand sich strohgelbe Hautfarbe, blasse Schleimhäute, Atrophie der Zungenschleimhaut mit Rötung an der Spitze und einem linsengroßen Bläschen am rechten vorderen Zungenrand. I. Herzton an der Spitze unrein, II. Ton an der Basis betont. Leber anscheinend vergrößert, Milz nicht fühlbar. Pupillen mittelweit, regelrechte Reaktion, P. S. R. +, A. S. R. ±, kein Klonus, keine pathologischen Reflexe. Das Blutbild zeigte schwere perniziöse Veränderungen, Hgb. 28% Sahli, rote 1,1 Mill., weiße 4400, Rechtsentwicklung der Polynukleären. 4 Normoblasten, stark punktierte Rote, starke Polychromasie, Mikrozyten, Makrozyten, Poikilozyten. Die ersten Tage bestanden Temperaturen von 37—38,8° C., die nach 3 Wochen zur Norm absanken. Die Kranke erhielt Hepatrat, Höhensonne, Arsazetin und Eigenblutinjektionen. Nach 3 Wochen erhielt sie täglich 250 g Leber. Das Blutbild besserte sich nach und nach im Laufe von 2 Monaten bis auf fast normale Werte. Hgb. 81%, rote 4,02 Mill., weiße 7000, jedoch starke Eosinophilie von 13,5, nur noch geringe Anisozytose, keine krankhaften Erythrozyten mehr. Die Rückenmarksstörungen blieben jedoch ungebessert. Nach der Entlassung setzte die Kranke die Leberdiät etwas unregelmäßig fort. Schließlich traten im August 1930 psychische Störungen auf. Sie wurde einerseits auffallend apathisch und stumpf, andererseits leicht reizbar, zeitweise euphorisch. Sie konnte nicht mehr stehen und gehen, so daß die Pflege sehr schwierig wurde. Deshalb Anstaltsaufnahme in Großschweidnitz.

Bei der Aufnahme hier zeigte sie gelbliche Hautfarbe, ein zweihandtellergroßes Druckgeschwür am Kreuzbein, sowie subkutane Blutungen an beiden Fersen. An Nervenstörungen fand sich P. S. R. —, A. S. R.

—. Plantarreflex re. —, li. +. Babinski rechts +. Patientin kann weder stehen noch gehen. Anästhesie an beiden Beinen bis zur Mitte des Oberschenkels. Blutbild Hgb. 65%, (Talquist) Rote 1,26 Mill., weiße 6000, Eos. 1, Myel. 2, Jgd. 3,5, Stabk. 4, Segm. 54, Lymph. 34, Mon. 1,5. Polychromasie, basophile Punktierung, Poikilozyten, Mikrozyten, Makrozyten. Im Urin etwas Eiweiß, im Sediment rote und weiße Blk.

Psychisch macht sie einen im Vergleich zur Schwere der Erkrankung auffällig gleichgültigen indifferenten, ja stumpfen Eindruck. Sie ist ständig sehr müde, zeigt wenig eigenen Antrieb, klagt nicht, fragt nicht nach Essen, kümmert sich nicht um ihre Umgebung. Nach wenigen Tagen trübt sich das Sensorium rasch mehr und mehr, so daß sie schließlich fast ganz benommen ist und selbst auf Anruf und Nadelstiche kaum reagiert. Am 14. 9. 1930 erfolgte der Exitus.

Epikrise: Eine 49jährige Frau erkrankt an perniziöser Anämie mit schweren Strangdegenerationen des Rückenmarkes. Leberdiät bessert im Verein mit Arsen und Eigenblutbehandlung zwar das Blutbild, nicht aber die nervösen Störungen. Schließlich treten leichte geistige Störungen auf. Sie beginnen mit Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit, es tritt reizbare Schwäche hinzu, Verstimmung, Stumpfheit, schließlich Benommenheit, in der der Tod erfolgte.

Die Sektion zeigte wiederum die üblichen Befunde der p. A. Sehr blasse Organe, fettige Entartung von Herzfleisch und Leber, die eigenartig braungelblich gefärbt war. Rötliche Lymphdrüsen, rotes Knochenmark. Mikroskopisch fand sich vermehrte Blutbildung im Knochenmark, geringe fettige Entartung in den äußeren Bezirken der Leberläppchen, sowie Eisenablagerung in Leberzellen. Im Herzfleisch diffuse fettige Degeneration und vereinzelte Fettinfiltration. Schwere toxische Schädigung wiesen die Nieren auf: In der Rinde waren die Epithelien der gewundenen Harnkanälchen blaß, gequollen, oft kernlos, zwischen ihnen lagen ausgedehnte, ziemlich frische Blutungen.

Das Rückenmark zeigt schwere Degeneration der Markscheiden, und zwar im Lendenmark, in den Hintersträngen und Pyramidenseitenstrangbahnen, schwächer in den Pyramidenvordersträngen, während diese im Brustmark stärker geschädigt sind. Von den Hintersträngen zeigt dort nur ein Teil des fasciculus Gollii Markscheidenzerfall. Im Halsmark schließlich war der Gollische Strang völlig marklos, die Pyramidenseitenstränge sehr geschädigt, die Vorderstrangbahnen leicht degeneriert. Eine unregelmäßige, mittelschwere Degeneration findet sich ferner in der Kleinhirnrückenstrangbahn und im Helwegsehen Bündel. An der Glia fanden sich stärkere regressive Veränderungen in den betroffenen Gebieten, während von einer Gliareaktion im Sinne einer Ersatzwucherung entsprechend den sonst in der Literatur beschriebenen Fällen nichts zu finden war.

Am Gehirn war makroskopisch kein pathologischer Befund zu erheben. Mikroskopisch standen im Vordergrund die Gefäßveränderungen der Rinde. Diese bestanden einerseits in Hyalinisierung der mittleren Schichten und fettiger Degeneration der Gefäßwandzellen, andererseits in Wucherung des Endothels. Am deutlichsten waren diese Veränderun-

gen an den Präkapillaren zu sehen, während die größeren Gefäße vorwiegend Verfettung aufwiesen. Die Ganglienzellen zeigten vorwiegend die schwere Zellerkrankung *Nißls* mit deutlichen Ringelchen, vorwiegend im Stirnhirn, besonders in der 3. und 5. Schicht desselben. Vereinzelt waren die Nervenzellen so stark zerfallen und aufgelöst, daß nur noch Zellschatten zu sehen waren. An manchen Stellen fanden sich regelrechte Zellausfälle ohne Abhängigkeit von den Gefäßen. Auch hier keine Gliawucherung, nur geringe regressive Veränderungen. Keine fettige Degeneration in den Nervenzellen.

Dieser Fall bestätigt zusammen mit den Befunden in unserem ersten Falle die Feststellungen *Weimanns* und *Schneiders*, daß sich in schweren Fällen herdförmige Zellausfälle finden. Auffällig war, daß sich trotz schwerer Benommenheit hier keine Ringwallherde und Blutungen feststellen ließen.

Fragt man nun nach den Beziehungen, zwischen anatomischem Befund und klinischem Verlauf, so ist zunächst festzustellen, daß in keinem unserer Fälle die Psychose akut auftrat. Ich glaube darauf das Fehlen der Ringwallherde und der Kugelblutungen zurückführen zu dürfen. Die Ansicht *Schneiders*, der die Blutungen mit der Benommenheit in Zusammenhang bringt, ließ sich in unserem dritten Falle nicht bestätigen. Den auffallenden Befund starker Zellschrumpfungsprozesse in unserem ersten Falle K., der sonst in der Literatur kaum erwähnt wird, wenigstens nirgends so im Vordergrund der Zellveränderungen steht, läßt sich vielleicht mit der langen Dauer und dem ausgesprochenen chronischem Verlauf der Psychose in Zusammenhang bringen. In den beiden anderen Fällen zeigt sich wieder das, was auch bei anderen symptomatischen Psychosen die Forschung so erschwert und immer wieder von den Autoren betont wird, daß nämlich der klinische Befund dem der Gehirn- und Rückenmarksveränderungen nicht zu entsprechen braucht. Lehrreich ist in dieser Hinsicht namentlich der letzte Fall, bei dem nur recht geringe psychische Veränderungen vorlagen, während die Nervenzellen weitgehend schwer geschädigt waren. Die Ganglienzellerkrankung war sowohl in der Ausdehnung wie in ihrer Schwere nicht geringer als wie in anderen Fällen, bei denen zu Lebzeiten eine ausgesprochene Psychose bestanden hat.

Auch aus diesen Gründen müssen wir uns den Anschauungen anschließen, die meinen, daß die Gehirn- und Rückenmarksveränderungen nicht als Folge der Blutzeretzung anzusehen sind, sondern daß man sie als unmittelbare Folge der noch unbekanntes Noxe auffassen muß, die auch die Anämie verursacht. Namentlich die Erfahrungen bei den beiden lange und intensiv behandelten Fällen G. und L. bestätigen uns diese Ansicht. Die Leberbehandlung vermag wohl das Blutbild zu bessern und scheint die toxischen Wirkungen auf die Blutbildungsstellen zu paralysieren, die Noxe

selbst aber und ihre schädliche Wirkung auf das Zentralnervensystem kann völlig unbeeinflusst bleiben.

Wenn wir nun auf unsere eingangs gestellten Fragen zurückkommen, was hier als allgemeine Reaktionsformen, was als spezielle Schädigung, was als konstitutionelle Besonderheit anzusehen ist, so können wir auf Grund unserer Beobachtungen folgendes feststellen: Die noch unbekannte Noxe der perniziösen Anämie setzt unabhängig vom Blutbild Veränderungen im Gehirn, namentlich in der 3. und 5. Schicht der Rinde, deren Ausdruck die so oft beschriebene ängstlich-depressiv-paranoide Psychose ist. Die hyperästhetischen Schwächezustände und die Bewußtseinstörung, die häufiger durch längere Zeit in leichtem Grade besteht und erst unmittelbar vor dem Tode in tiefe Benommenheit übergeht, sind echt toxisch-symptomatisch bedingt. Echte symptomatische, delirante oder amentiaähnliche Psychosen konnten wir nicht beobachten. Die psychische Konstitution der prämorbidem Persönlichkeit ist von weitgehendem Einfluß auf den Inhalt und die Färbung der Psychose. Dies kann soweit gehen, daß die Diagnose der psychischen Erkrankung, wie in unserem ersten Falle oft durch längere Zeit nicht gestellt wird.

Andererseits können wir uns nicht den Anschauungen *Illings* anschließen, der die depressiven Zustandsbilder von ängstlich-hypochondrischem Charakter als endogene, manisch-depressive Erkrankungen auffaßt, die nur zufällig im Verlaufe einer p. A. auftreten. Diese Ansicht erscheint uns in Anbetracht der Tatsache, daß gleiche oder ähnliche psychische Erkrankungen immer wieder von den Autoren im Zusammenhange mit der p. A. beschrieben wurden doch unwahrscheinlich. Es wäre ein eigentümlicher Zufall, der solche Psychosen so oft mit einer immerhin nicht alltäglichen Erkrankung wie der p. A. zusammen auftreten läßt. Wir glauben deshalb nicht fehlzugehen, wenn wir einen mittelbaren Zusammenhang zwischen dem ängstlich-paranoiden Zustandsbild und der p. A. annehmen.

Zusammenfassung.

Es werden drei Fälle von Geistesstörung bei perniziöser Anämie beschrieben: Eine chronische paranoide Psychose, eine subakute paranoid-depressive Psychose mit Orientierungsstörungen und Selbstmordversuchen und ein präterminaler psychischer Schwächezustand. Bei den beiden letzteren waren die Blutbefunde durch Lebertherapie erheblich gebessert, ohne daß die psychischen und die Rückenmarksstörungen beeinflußt werden konnten. Histologisch fand sich im ersten Falle Zellschrumpfung und Zellausfall, im zweiten und dritten Fall schwere Zellerkrankung und Verflüs-

sigung von Ganglienzellen im Gehirn, sowie stets Gefäßschädigungen. Direkte Beziehungen zwischen den Gefäß- und den Zellveränderungen waren nicht nachzuweisen. Unsere Beobachtungen bestätigen die Ansicht, daß die Erkrankung des Zentralnervensystems unabhängig von der Anämie direkte Folge der noch unbekanntten Noxe der Gesamterkrankung ist.

Literaturverzeichnis.

- Illing*: Mschr. Psychiatr. Bd. 78, S. 295.
Ewald: Bumkes Handbuch Bd. VII, S. 90.
Gantenberg: Dtsch. med. W. 1931, S. 1574.
Langelüddicke: Zentrbl. Neur. u. Psych., Bd. 57, S. 507.
C. Schneider: Nervenarzt, 2. Jahrg. 1929, S. 286.
Schröder: Mschr. f. Psych. 35, S. 543.
Weimann: Bumkes Handb. Bd. 11, S. 75/77.
 Weitere Literatur siehe bei *Ewald* und *Weimann*.
-

Aus der Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt der Pfalz in Frankenthal.
Direktor: Dr. med. Resch, Medizinalrat I. Kl.

Über Schizophrenie im Kindesalter.

Zugleich ein Versuch an Hand zweier Fälle die Grundsymptome der Schizophrenie Erwachsener bei der kindlichen Schizophrenie nachzuweisen.

Von

Dr. med. R. Niedenthal, Assistenzarzt.

Bei Durchsicht der Literatur über das Vorkommen der Schizophrenie im Kindesalter zeigt es sich, daß der Prozentsatz der schizophren erkrankten Kinder doch bei weitem höher ist, als der relativen Seltenheit der Diagnose entspricht. Immer wieder wird der Arzt beim Versagen des Kindes in der Schule beigezogen und muß nun entscheiden, inwieweit das Versagen des Kindes durch eine Krankheit bedingt ist. Und gerade hier ist die große Schwierigkeit. Kann man eine organische Krankheit ausscheiden, so bleibt doch immer noch die Frage, besteht wirklich eine seelische Erkrankung, oder ist alles Reaktion auf ein dem Kinde unliebsames Milieu. Und gerade bei dem schizophrenen Formenkreis im Kindesalter ist es oft äußerst schwer den Trennungstrich zwischen Krankheit und psychogener Reaktion zu ziehen.

Früher war man immer der Meinung, daß bei einem Kinde nicht alle Merkmale der Schizophrenie zu finden seien, da die Kinder ja viel weniger Erlebnisse, viel weniger haftende Eindrücke als die Erwachsenen hätten und da es außer Zweifel steht, daß die Umwelt die Psychose beeinflusst. Seit man aber in der Deutung des Schizophreniebegriffes mittels der Durchforschung der formalen Gegebenheiten grundlegende Veränderungen bei allen Formen der Schizophrenie gefunden hat und aus diesen Grundstörungen Zusammenhänge mit den andern Symptomen der kindlichen Schizophrenie erkannte, zeigte es sich, daß man in der Schizophrenie doch ein schärfer umrissenes Krankheitsbild vor sich hatte, als man früher annahm.

Im folgenden will ich nun den Nachweis zu bringen versuchen, daß das Bild der kindlichen Schizophrenie keinesfalls in

den Hauptpunkten von der Erkrankung der Erwachsenen abweicht, und daß es bei eingehender Exploration wohl möglich ist, das Krankheitsbild der jugendlichen Schizophrenie klar zu entwickeln, zumal wir durch die neueren Arbeiten solch tiefe Einblicke in die Psychologie der Schizophrenie bekommen haben. Ich meine im besonderen die Arbeiten von *Berze-Gruhle* und *Carl Schneider*.

Bunke führt in der letzten Auflage seines Lehrbuches folgende Krankheitszeichen, die sich früher oder später bei allen Kranken finden, als typisch schizophoren an:

1. Die eigentümliche Denkstörung.
2. Die spezifischen Sinnestäuschungen.
3. Das paradoxe gemütliche Verhalten.
4. Katatone Störungen des Wollens und Handelns.

Die Ursache dieser Erscheinungen kennen wir heute noch nicht. Ein großer Teil der Forscher verlegt die primäre Störung in den endokrinen Apparat. Ein anderer Teil versucht dieses Rätsel um die Entstehung der Erkrankung analog der Enzephalitis zu lösen. So hält es *Willmanns* für möglich, daß die Hirnerkrankung das Primäre ist und daß erst diese dann die endokrinen Erscheinungen auslöst. *Tscherkes* und *M. J. Manguli* konnten im Blute Schizophrener phylotoxische Eigenschaften nachweisen. *Franz Pollak* spricht von einer Überempfindlichkeit des gesamten Organismus. Körper und Seele werden nach seiner Ansicht von Antigenen überflutet und reagierten darauf mit einem Absinken der psychophysischen Entwicklungskurve. Er sieht in der Schizophrenie einen die gesamte zerebrale Anlage schädigenden Prozeß und ihre Symptome erscheinen ihm als Ausdruck einer gestörten einheitlichen Funktion zwischen Großhirnrinde und Hirnstamm einerseits und dem endokrinen Apparat andererseits. *Ehrenwald* glaubt, daß die Überempfindlichkeit gegen zyklisch einsetzende Resorption zerfallender Geschlechtsprodukte pathogen wirke. *Volochow* fand wiederum Zusammenhänge seiner Fälle mit Schädeltraumen.

Der früheste in der Literatur beschriebene Fall ist der von *Giaccanelli*. Dieser stellte bei einem 2jährigen Kinde die Diagnose Schizophrenie. Er fand, daß hier ein Dauerzustand von Reizbarkeit bestand, aus welchem heraus das Kind immer wieder zu Angriffen gegenüber Familienmitgliedern und Freunden kam. In der Schule gewöhnte sich das Kind an keine geordnete Arbeit, war apathisch, schweigsam. Sein Affektleben war dürftig entwickelt. Später kam es zur ausgesprochenen Katatonie. Ähnlich beschreibt *T. Simon* 4 Fälle von Schizophrenie vor dem 3. Jahre. Die Häufigkeit der Schizophrenie im Kindesalter ist bisher sehr umstritten. *Horitzowna* glaubt, daß die Schizophrenie mit die

häufigste Psychose des Kindesalters sei. *H. W. Maier* dagegen warnt vor der Diagnose Schizophrenie bei Kindern, da sich die Entscheidung darüber erst aus dem weiteren Verlaufe ergibt.

Seit 1929 konnten wir in unserer Anstalt doch 3 Schizophreniefälle unter 15 Jahren und 1 Schizophrenie bei einem Mädchen von 16 Jahren feststellen. An Hand zweier Fälle will ich nun versuchen, das Krankheitsbild der kindlichen Schizophrenie zu schildern.

Fall I. Der Junge, Gustav T., 14 Jahre alt, stammt aus einer belasteten Familie. Sein Vater war Epileptiker, ein Bruder von ihm ist ebenfalls in der Anstalt und leidet an einer typischen Epilepsie. Er selbst machte schon als kleiner Junge einen aufgeregten Eindruck. Kam in der Schule nicht mit und wurde am 21.12.29 in die Anstalt aufgenommen. Er fällt zunächst unter den andern Kindern nicht auf. Plötzlich 10 Tage später ist mit dem Jungen eine vollständige Veränderung vorgegangen. Er ist verwirrt, lacht über alles, läuft rücksichtslos gegen andere Kinder im Saal umher, reagiert auf nichts, zerstört sinnlos, verweigert die Mahlzeiten und verkennt die Personen. Er gestikuliert zeitweilig wild mit den Armen, während er verkehrte und gänzlich unlogische Antworten gibt. Dieser Zustand hielt ungefähr $1\frac{1}{2}$ Monate an. Danach verhält sich der Junge wieder gänzlich normal, ist psychisch ruhiger und steter. Er entwickelt sich nun auffallend rasch körperlich, so daß man ihn auf eine andere Abteilung legen mußte. Mit der Zeit fällt jedoch sein etwas eigenwilliges Wesen sehr unangenehm auf. Mitte März 1931 ist der Junge wieder verändert, er ist erregt, betet laut, ist zunächst als man ihn ansprechen will leicht negativistisch. Nach einiger Zeit bekommt man jedoch mit ihm Rapport und nun erzählt er, zeitweilig mit vor Angst und Aufregung bewegter Stimme: »Vor einigen Tagen habe er nachts an der Decke Gott gesehen. Danach habe er lange gebetet. Jedoch lasse ihn der Teufel nicht in Ruhe. Im Krankenhaus gegenüber habe er vor zwei Tagen zwei Teufel gesehen, diese wären nebeneinander am Fenster gestanden. Zwischen ihnen lehnte sich ein Junge zum Fenster hinaus, dessen Kopf sei abgefallen gewesen. Schließlich hätten die beiden Teufel den Jungen weggetragen, und zwar nach Westen zu. Da habe er gewußt, daß nach Westen der Weg zur Hölle gehe. Der Teufel packe ihn am ganzen Körper, gebe ihm Gedanken ein, welche meist kindlich erotischen Charakters sind. Zeitweilig müsse er wie zwangsmäßig Böses laut vor sich hersagen und dies gäbe ihm ein Gemisch von Freude und Furcht.« — Akustische Halluzinationen werden verneint, jedoch erzählt er, daß er in Gedanken gute und böse Stimmen unterscheide. Er glaubt auch daß ihm Gedanken gemacht werden, kommt dann vom Thema ab, wird ängstlich und ruft: »Die Mutter hat mir treu gedient in meinem Leben.« Er spricht dann von seinem Verhältnis zur Mutter und meint, daß seine verstorbene Mutter es ihm heute noch nicht verziehen habe, daß er sie oft anlog und auch wiederholt den Wunsch gehabt hätte, sie, wenn er so wie der Vater stark ist, ebenso zu hauen. Kommt dann auf religiöse Fragen und erzählt unter anderm: »Wenn ich bete wird es anders, auch zum Fenster habe ich herausgeschaut, ob es bald besser ist und an diesem — er meint ein gegenüberliegendes

Fenster des Schulhauses — habe ich gemerkt, daß es bald aufhört.« An diesem Fenster sieht er wie viele Sünden er hat, wenn das Fenster schwarz ist bekommt er Angst und betet dann immerfort zu Gott um ein reines Herz. Nach Umweltstörungen befragt, spricht er von einer ganz eigenartigen Erscheinung: »Drüben am Krankenhaus, da sind Teile bzw. Stücke von mir. Ich merke es daran, daß die Teile, welche zu mir gehören sich mit mir bewegen, wenn ich mich bewege.« Er glaubt auch bei andern Gegenständen und bei Menschen ein Einfließen seiner eigenen Person zu bemerken. Alle Versuche ihm dies Phänomen irgendwie zu erklären z. B. durch das Spiegelbild usw. leuchten ihm ein, am Schlusse hält er aber doch an seinen Angaben fest, da er genau wisse, daß es so wäre. Nach andern Erlebnissen befragt, spricht er, ohne daß er durch irgendeine Bemerkung dazu geführt hätte werden können von seinem Tod: »Er habe ihn mit langen Ohren und dickem Kopf ganz in Weiß daliegen in einem Eckbette seines Saales gesehen.« Kommt dann auf die Auferstehung und sagt, daß er wisse wie diese aussehe: »Ganz kerzengerade aufgerückt — rund — dann so wie da unten die Krankenhausfenster.« Während der ersten Exploration fiel auf, daß der Junge alle seine Angaben zunächst ohne eine gewisse Unterstützung des Affektes hervorbrachte, mit verhältnismäßig geringer Mimik und steifem Gesicht. Erst bei der Fortsetzung der Exploration am zweiten Tage war der ganze Mensch mehr an allem beteiligt, aber da waren die Affekte wiederum sehr stark und hielten noch an, während schon von etwas anderem gesprochen wurde.

Nach sieben Tagen besuchte der Junge wieder die Anstaltsschule und nun wird er wieder der eigenwillige, etwas verschlossene Junge. Über seine Erlebnisse spricht er nicht. Fragen nach ihnen weicht er geradezu aus. Anfang Dezember 1931 mußte der Junge jedoch für die Dauer einiger Tage aus dem Unterricht genommen werden, da er durch seine unbegründete Euphorie, sein grundloses, läppisches Lachen den Fortgang des Unterrichts störte.

Im Januar bei einer Exploration schildert der Junge in den Hauptzügen die Erlebnisse vom vergangenen März. Er hält auch weiter daran fest, daß das Fenster seinen seelischen Zustand anzeige. Er erzählt auch wieder von ähnlichen Erlebnissen wie mit dem Krankenhausfenster. Jetzt will er auch bei einem Schulfenster ähnliche Mitbewegungen beobachtet haben. Er bringt auch ähnliche Denkstörungen vor wie im März 1931. Mitte Januar teilt er mit, daß er vor Weihnachten an einem Morgen, während des Ankleidens, die Seele eines Mitpatienten vor sich gesehen hätte. Die Seele hätte schwarz-weiß ausgesehen, die Umrisse waren unscharf. Die Raumverteilung war nur in die Länge und Breite.

Fall II. Der Junge, 15 Jahre alt, stammt aus einer schwachsinnigen Familie. Er kommt mit 6 Jahren in die Schule, repetiert die 1., 3. u. 5. Klasse. Von andern Kindern hat er sich immer etwas ferngehalten, er hat auch nie das Bedürfnis empfunden sich einem Menschen näher anzuschließen. War immer etwas Eigenbrötler. In seiner freien Zeit spricht er nie mit den andern Jungen, sondern geht meist für sich allein spazieren. Im Frühjahr 1931 äußert er Vergiftungsideen, hat nachts Angst, daß jemand unter seinem Bette wäre. Dann wieder wechselt er wiederholt den Stuhl auf dem er gerade sitzt, da er auf demselben Kopf-

schmerzen bekäme. Dann erzählt er zeitweilig ängstlich, daß der Schuldiener ihm etwas antun wollte und hat aus diesem Grunde Angst auf den Speicher zu gehen, dann wieder will er auf dem Speicher Leute laufen hören. Gegenüber seinen Angehörigen ist er oft geradezu böseartig. Im Juli 1931 wird der Junge in die Anstalt aufgenommen. Hier ist er gänzlich abgesperrt. Macht einen ratlosen Eindruck. Grimassiert sehr stark, gibt kaum irgendwelche Antworten. Von seinen Kameraden schließt er sich ab, drückt sich in den Ecken herum, macht zeitweilig einen autistischen Eindruck. Wiederholte Explorationsversuche scheitern an dem Wesen der Kranken. Auch in der Anstalt sprang er einmal laut schreiend aus seinem Bett, sprang über die andern schlafenden Jungen und legte sich schließlich unter sein Bett. Nur mit Mühe konnte man ihn beruhigen und in sein Bett zurückbringen. Über sein Erlebnis spricht er sich nicht aus. Bei der letzten Exploration am 21. 1. 32 macht der Junge einen erregten Eindruck, seine Hände sind in steter Bewegung, sein Blick irrt unruhig durch das Zimmer. Immer wieder muß man ihn zum Reden anhalten, immer wieder verebbt ein eben angefangener Satz nach einigen Worten leise im Gemurmel. Es fällt die lange Reaktionszeit zwischen Frage und Antwort auf. Auf eine diesbezügliche Frage antwortet er: »Wenn ich denke, habe ich als ein Wort ausgelassen, aber dann fällt es mir gleich wieder ein. Manchmal habe ich ein leeres Gefühl im Kopf und da wird es an meiner Stirne ganz kalt.« Wenn er aufgeregt ist bzw. wenn er mit den andern Jungen schnell sprechen will, dann müsse er lange suchen, bis er wisse, was er sagen will.

Beide Jungen zeigten in ihrer Kleinkinderzeit keinerlei Momente, welche als irgendwie auffallend abwegig betrachtet werden könnten. Erst als sie das Elternhaus mit der Schule vertauschen, fallen sie auf. Der eine macht einen aufgeregten Eindruck, findet schwer in das Milieu hinein, erreicht nicht das Klassenziel. Im Verkehr mit Kameraden nicht zurückhaltend, aber doch anders wie diese. Der andere schließt sich frühzeitig von seinen Mitschülern aus, hat nie ein Bedürfnis nach Knabenfreundschaften, fühlt sich mehr geduldet und bleibt gleich von Beginn an ein Sonderling. Bei unsern Fällen findet sich die Bestätigung von *Homburgers* Ansicht, daß die grundlegenden Charaktereigenschaften der später an Schizophrenie erkrankten Kinder in einem geringen Selbstgefühl, in einer verminderten Anschlußfähigkeit und einem stillen Wesen zu suchen seien.

Wir finden ja häufig bei Kindern, welche den ersten Schritt zur Loslösung vom Elternhaus machen, daß ihnen die ersten Schuljahre Konfliktsstoffe bringen. Jedoch überwinden diese die Schwierigkeiten und verstehen Elternhaus und Schule irgendwie in Einklang zu bringen. Andere, ich meine speziell Kinder, welche später an Schizophrenie erkranken, stehen aber hier vor verschlossenen Türen. Ihre ganze Veranlagung läßt dieses frohe Hinwenden zu Neuem nicht zu. Sie brauchen zu allem länger wie andere und stellen sich so langsam aus dem Kreise ihrer Kame-

raden heraus. Auch das wenig ausgeprägte Selbstgefühl gibt immer erneuten Anlaß zur Beunruhigung, zum Zweifel. Innerlich fühlen sie sich irgendwie anders gegenüber ihren Kameraden; jedoch bringt es ihr ganzes Kindtum mit sich, daß sie dieser Veranlagung unverstündlich gegenüber stehen. Sie finden ganz andere Zusammenhänge ihrer Erlebnisse wie das normale Kind. Vieles wird dadurch in ein anderes Licht gestellt. Mißtrauisch stehen sie ihrer Umgebung gegenüber, aus deren Äußerungen sie dann wieder entnehmen, daß ihre Einstellung ganz anders sich verhält. Sie verstehen die andern nicht ganz, finden aber auch kein Verständnis und so kommt es, daß sie mehr und mehr den Zusammenhang mit der Schule, dem Elternhaus verlieren. In der Schule selbst werden sie äußerst schwierig. Mit nichts kann man sie in ihren Leistungen beeinflussen, weder durch Strafe noch Liebe bekommt man einen seelischen Konnex mit ihnen. Daheim brauchen sie in diesem Stadium noch lange nicht als krank erkannt zu werden. Den Eltern sind die Kinder als Sonderlinge bekannt und ihr Wesen wird von den Eltern ertragen, da diese sehr bald an ihren Erziehungskünsten verzweifeln. Solche Kinder kommen erst in die Hand des Arztes, wenn die Schule dazu den Anstoß gibt. Andere Kinder wiederum sind während des Unterrichts ganz normal, unterscheiden sich durch nichts von ihren Kameraden, fallen aber eines Tages durch sonderbares Benehmen und Redensarten, durch jähen Wechsel ihrer Affekte, durch uneinfühlbare Redensarten auf. Wiederum eine andere Gruppe, wird plötzlich interesselos, achtet auf nichts, spielt selten oder überhaupt nicht, zeigt nicht mehr die frühere Liebe zu den Familienangehörigen. Hat man erst mit den Kranken einigen Konnex bekommen, so eröffnet sich einem das Kind sehr bald. Und nun staunt man, welcher Fülle von Symptomen man gegenübersteht. Zunächst die Denkstörung. Das Wesen der schizophrenen Denkstörung besteht nach *Behringer* in einer Art Verminderung der Spannweite des intentionalen Bogens. Dadurch kommt es zu einem Versagen der verschiedenen gedanklichen Einstellungen und der Einstellung auf die Ordnungsfolge und die Denkaufgabe selbst. Aber auch geradezu heterogene Gedanken bzw. Gedankenbruchstücke drängen sich in das Denken hinein und aus diesem Grunde können gänzlich verschiedene Objekte in einen Zusammenhang gebracht werden. *Carl Schneider* sieht in der Änderung des seelischen Vollzugs die Ursache der Denkstörung. *Berze* spricht von der Hypotonie des Bewußtseins in demselben Zusammenhange. *Bunke* faßt die Definition des schizophrenen Denkens wie folgt: Die Einheit des einzelnen Gedankeninhaltes zerreißt, indem Zusammengehöriges getrennt und Nichtzusammengehöriges zu einem Erlebnis vereinigt wird.

Bei Kindern ist es nun sehr schwer nach Denkstörungen zu fragen. Sie denken wohl noch nicht wie wir Erwachsene in abgekürzten Formeln bzw. Symbolen. Für die Kinder ist der Gegenstand des Nachdenkens noch nicht so objektiviert wie bei den Erwachsenen. Es fällt ihnen schwer z. B. wenn man die Schilderung eines Baumes von ihnen verlangt ganz abstrakt zu bleiben. Immer wieder definieren sie einen bestimmten Baum. Der Name, das Wort ist noch zu wenig vom Gegenstand gelöst und daher glaube ich annehmen zu können, daß das Kind, wenn es logisch über etwas nachdenkt, diesen Akt des Nachdenkens so vollbringt, daß es versucht durch die sprachliche Formulierung des Gedachten im Geiste sich den Sachverhalt klar zu machen. Und aus dieser Tatsache scheint mir die Annahme berechtigt, daß der Junge bei der Schilderung seiner Krankheitserscheinungen den Ausdruck Wort in dem gleichen Sinne gebraucht, wie der Erwachsene den Ausdruck Gedanke. Aus dieser Ursache heraus ist die Angabe des zweiten Falles erklärlich: »Wenn ich denke, habe ich als ein Wort ausgelassen.« Der Junge empfindet wohl eine Lücke im Aufbau seiner Gedankenreihe, einen Verlust, da bei ihm sich das logische Denken noch nicht gänzlich vom Wort gelöst hat. Es ist in diesem Zusammenhange sehr wahrscheinlich, daß Erwachsene Kranke hier über ein Abreißen der Gedanken klagen würden. Der kranke Knabe hat aber auch die deutliche Empfindung, daß der Gedankenstrom sich verringert hat, daß all die Möglichkeiten, die sonst irgendwie in einem Denksammenhang treten, fehlen. Er hat das »Gefühl der Leere im Kopf«, er »muß lange nach Ausdrücken suchen«, um sich mit seinen Kameraden zu unterhalten.

Der Junge (Fall I) empfindet sein Denken in den Perioden der Erregung als neuartig, die Denksammenhänge bleiben ihm fremd. Er versteht die einzelnen Bindungen nicht und kommt so zur Empfindung »der gemachten Gedanken«. *Jahrreiss* erklärt dieses Phänomen mit dem Unvermögen den Zusammenhang des Denkens zu beherrschen. Aus diesen Gründen sei der Kranke nicht mehr erfüllt von seinen Gedanken und empfindet sie so als gemacht. *Bunke* wiederum versucht dieses Symptom dahin zu erklären, daß der Kranke einfach fremde Einflüsse für die Störung seines Gedankenablaufes verantwortlich macht — verwandt mit dieser Erscheinung ist die des Gedankenentzugs. Anklänge finden wir bei dem Fall II mit der Äußerung: »Wenn ich denke, habe ich als ein Wort ausgelassen.« *Kreisch* versucht in einer Arbeit schizophrene Symptome als einen Funktionsabbau zu erklären und sieht in der Denkstörung ein Minus an Leistung. *Carl Schneider* glaubt, daß die Ursache des Gedankenentzugs nicht in der Unterbrechung aller Erlebnisse zu suchen sei, son-

dern nur in dem Entschwinden eines Sachverhaltes oder Beziehungsgliedes, welches im Brennpunkte der Beziehungsetzung steht.

Das Denken selbst hat in seiner ganzen Art etwas bizarres. Man merkt, daß die Kinder sich anders ausdrücken müssen, da ja auch die einzelnen Worte für sie einen andern Sinn haben. So kommt es zu dem Satze: »Die Mutter hat mir treu gedient.« Niemand drückt sich, wenn er von seiner Mutter spricht, so aus. Solche Redensarten können aber auch auf einer Störung zwischen dem Denken und der sprachlichen Formulierung desselben beruhen. Ja selbst ein schönes Beispiel des faseligen Denkens bietet der Fall I. Der Junge schildert diese Auferstehung: »Ganz kerzengerade aufgerückt — rund — dann so wie da unten die Krankenhausfenster.« Wir finden hier nach *Carl Schneider* zitiert: das unsinnige Durcheinanderwürfeln heterogener und heteronomer Sachverhaltsglieder.

Interessant ist, daß wir bei keinem unserer Fälle Wortneubildungen gefunden haben, da doch sonst bei Kindern die Neigung besteht ein an sich Unbekanntes, Fremdes in etwas Bekanntes einzugliedern. Ebenso fanden wir keine Stereotypien. Der Fall II macht dagegen beim Explorieren wiederholt den Eindruck einer Sperrung. Es war jedoch aus dem Knaben hierüber nichts zu eruieren.

Es ist selbstverständlich, daß Kinder mit den geschilderten Störungen den Zusammenhang mit ihrer Umgebung verlieren. Ihr Denken trennt sie in vielem von den andern, sie erleben die Geschehnisse und Ansprüche der Welt ganz anders. Sie stehen sich schließlich selbst fremd gegenüber. Sie verstehen sich selbst nicht mehr und so kommt es zur Ratlosigkeit, welche jedoch nicht immer sehr stark ausgesprochen sein muß. Ich glaube, daß gerade in dieser Ratlosigkeit eine Wurzel der schizophrenen Grundstimmung zu suchen ist, welche *Gruhle* zu den fünf Primärsymptomen der Schizophrenie zählt. Auch zum Autismus finden sich Beziehungen.

Ich will hier nochmals auf die Äußerungen des Jungen zurückkommen, welcher an einem Fenster sieht, wieviele Sünden er hat. Könnten hier nicht Anklänge zu *Bonhoeffers* »pathologischem Einfall« bestehen. Der Junge hat unklare Vorstellungen von der Seele und die Wirkung der Sünden auf dieselbe; — wie aus einer späteren Äußerung des Jungen zu entnehmen ist, sieht er die Seele eines ungezogenen Mitpatienten gänzlich schwarz, unscharf, verschwommen. — Der Junge steht noch im Banne der Religionsstunde (was tatsächlich der Fall war), glaubt nun im Anschluß an irgendeine Erklärung, daß die Wirkung der Sünde in einer Veränderung der Seelenfarbe besteht. Der Junge ist sehr religiös, denkt an seine Sünden und deren Wirkung auf seine

Seele, da fällt sein Blick auf das schwarze Fenster und nun wird beides in einen Zusammenhang gebracht.

Weitere schöne Beispiele von schizophrenem Denken finden sich bei *Homburger* in seiner Psychopathologie des Kindesalters.

A. Storch wies in seiner Arbeit über das archaische Denken in der Schizophrenie auf das eigenartige Erleben Schizophrener hin, welches in einem Hineinrücken der Gegenstände, des Gegenständlichen in die erweiterte Ichsphäre besteht. Bei dem Jungen des Falles I findet sich dies seltsame Erleben: »Drüben am Krankenhaus, da sind Teile bzw. Stücke von mir. Ich merke es daran, daß die Teile, welche zu mir gehören sich mit mir bewegen, wenn ich mich bewege.« Nun neigen ja Kinder zu rein spielerischem Sichversenken in Personen wie Gegenstände. Die Phantasie des Kindes gibt Vorschub zu einer solchen Art des Wachträumens. Jedoch wenn man ähnlichen Äußerungen geistig normaler Kinder nachgeht, findet man als Ursache dieses gegenseitigen Verschmelzens doch mit größter Wahrscheinlichkeit einen Wunsch, irgend einen inneren Antrieb, welcher auslöst. Das »Hineinrücken der Gegenstände« ist nicht so unerschütterlich verankert, immer bleibt eine spielerische Note. Anders bei der Schizophrenie. Hier liegt doch eine Störung der gesamten Persönlichkeit vor. Der Junge steht sich selbst irgendwie fremd gegenüber. Die Zielstrebigkeit, die Einheit seiner gesamten Persönlichkeit geht verloren. Dazu kommen noch die Störungen der Wahrnehmung, die eigenartige Stellung zur Umwelt. Sonst fest umrissene Begriffe und Erlebnisse verschwimmen, werden unscharf, der Junge vertraut nicht mehr seinen Wahrnehmungen, Zweifel an seiner kritischen Einstellung werden wach. Über den ganzen Menschen kommt das unheimliche Gefühl der Ratlosigkeit und nun ist der Boden zu dem Verschmelzen mit der Dingwelt geschaffen.

Wir selbst fragen ja auch in Perioden innerer Unsicherheit die Dingwelt um Rat. Heischen z. B. von einem Geldstück, das wir zu Boden werfen, einen Hinweis, einen Vorschlag für unser weiteres Verhalten. Bei all dem spielt ein Hang des Menschen zum Mystischen eine Rolle, jedoch behält aber normaler Weise immer eine kritische Einstellung, eine innere Überzeugung von dem Spielerischen dieser Handlung meist die Oberhand. Wie ganz anders muß sich der Schizophrene an einen solchen Rat eines Gegenstandes stützen. Er, der einen Halt sucht, wird erfaßt von diesem Dämonischen. Er prüft den Gegenstand nochmals, findet rein zufällig einen neuen Beweis einer Bindung zwischen sich und dem andern. Und nun glaubt er sein Ich mit dem Gegenstand oder der Person verbunden.

Die Ursache dieser Erscheinung liegt also in dem Gefühl der Ratlosigkeit, der Störung des Denkens und der Wahrnehmung und nicht zuletzt in dem in jedem Menschen schlummern den Hang zum Mystischen in Zeiten einer inneren Unsicherheit.

Bei der Intelligenzprüfung dieser Kinder fällt auf, daß diese nicht mehr die großen Zusammenhänge erfassen, sondern an Einzelheiten kleben bleiben. So macht es ihnen sehr große Mühe den Inhalt von Geschichten wiederzugeben. Uns fiel besonders die Schwierigkeit auf, welche die Kinder haben, wenn sie ein Bild beschreiben sollten.

Durch die Sprache treten wir in Konnex mit der Umwelt. Wie aber, wenn schon das Denken verändert ist, stelle ich diese Verbindung her? Und gerade hier finden wir häufig Störungen bei den schizophrenen Kindern. Schon uns Erwachsene fällt es oft schwer den sprachlichen Ausdruck für unsere Gedanken zu finden. In welche Not kommen da erst Kinder, deren Wortschatz geringer ist und wie ratlos und hilflos müssen sie dieser Tatsache gegenüberstehen, wenn ihr Denken krankhaft verändert ist. *Gruhle* nimmt an, daß die Sprachstörung ihre Wurzel in der gegenüber den fremdartigen Erlebnissen auftretenden Ausdrucksnot hat. *Carl Schneider* hingegen glaubt daß allein die Änderung des seelischen Vollzugs zu dieser Störung führt. *Bumke* vertritt die Ansicht, daß die Sprachstörung durch die Denkstörung bedingt ist.

Am meisten findet man bei den Kindern den Mutismus. Wir konnten ihn wenigstens zeitweilig bei allen unsern Fällen beobachten und er findet sich auch bei der größten Mehrheit der in der Literatur erwähnten Fälle. *Gruhle* erklärt ihn mit der Ausdrucksnot, es ist aber auch möglich, daß der Kranke aus einer autistischen Einstellung heraus oder durch irgendeine Sinnes-täuschung heraus schweigt.

Stereotypien sind in der Literatur wiederholt beschrieben, wir haben sie bei keinem der 4 Fälle wahrgenommen, obwohl es bei unserem Material wiederholt zu starken Affektausbrüchen kam. *Bleuler* glaubt, daß ein starker begleitender Affekt stereotypierend wirkt. *Bumke* sieht schon in dem bizarren Denken einen Anfang der Stereotypie.

Die Erregungszustände der Kinder unterscheiden sich in nichts von denen der Erwachsenen. Diese Zustände sind oft von dem Außenstehenden in keiner Weise einfühlbar. Manchmal erinnern sie durch ihr elementares Aussehen an den Manengang der Tiere, manchmal sind sie wie *Cimbal* hervorhebt von einem athletisch-clownistischen Charakter. Während einer starken motorischen Erregung ist der Kranke in der Mehrzahl der Fälle nicht ansprechbar. Rücksichtslos treibt es ihn im Saal herum. Sehr oft erlebt man, daß durch irgendeinen harmlosen äußeren

Reiz die Erregung ausgelöst wird und daß mit dem Wegfall des Reizes die Erregung abklingt. Dann wieder toben die Kinder, auch wenn sie isoliert sind und so kein Grund mehr vorhanden ist, weiter. Die Affekte halten länger an. *Bleuler* spricht daher von einer affektiven Steifigkeit, in welcher er ein sicheres Zeichen der Schizophrenie sieht.

Aus dieser Herrschaft der Affekte über den Willen und die Handlungen, welche bei Kindern ja noch viel stärker ist als bei Erwachsenen, erklärt sich auch die Neigung der Kinder zu stereotypen Bewegungen. Aber gerade hier weist *Homburger* auf die Schwierigkeiten hin, daß auch das normale Kind zu Bewegungen neigt, welche z. B. mit der Rede des Kindes in keinem Zusammenhang stehen. Für die Kinder sind nach *Homburger* die Bewegungswerkzeuge des ganzen Körpers einschließlich der Gesichtsmuskulatur noch ein Spielzeug.

Es bestehen die engsten Beziehungen zwischen den Affekten in dem schizophrenen Denken, eines beeinflußt das andere, löst aus, bestimmt die Richtung.

Bei dem Negativismus, welchen wir auch im Falle I zeitweilig beobachten konnten, liegt nach *Carl Schneider* eine Störung des Willens zugrunde. *Bumke* faßt ihn zum Teil als einen Widerstand gegen alle von außen gewollten Zustandsveränderungen auf und dadurch entstehen wieder Beziehungen zum Mutismus zum schizophrenen Denken. Ganz ausgesprochene Fälle von Negativismus haben wir bei unsern Fällen nicht gesehen. In der Literatur finden sich aber immer wieder Fälle von Negativismus beschrieben. So gibt *Horitzowna* an, daß bei seinen 20 Fällen unter 15 Jahren Katatonie und Negativismus am meisten vertreten waren. Von Negativismus bei einem zweijährigen Mädchen berichtet *Vallejow* und *Czac-Averbuch*. Wir konnten nur bei einem Fall eine Katatonie beobachten, *Bereteroide* und *Bozzo* schildern Katatonie bei einem 7jährigen Jungen. *T. Simon* gibt vier Fälle von Katatonie im Alter von drei Jahren an. Auch *Carzac-Averbuch* beschreibt eine katatone Psychose.

Homburger erklärt die Seltenheit der Wahnbildung bei schizophrenen Kindern mit der allgemeinen Einstellung des Kindes gegenüber seiner Umwelt. Auch bei unsern Fällen ließ sich kein Wahnsystem feststellen; wohl aber fanden sich hier und dort Anklänge bzw. flüchtige Äußerungen über Verfolgungsideen, welche jedoch keineswegs zu einem System ausgebaut wurden; wohl aus der Ursache heraus, daß bei Kindern die Phantasie sich doch meist im Bereich des eigenen Erlebens bewegt. Kommt es aber bei den Kindern zur Wahnbildung, so gleicht der Wahn der Kinder dem der Erwachsenen. Meist beginnt der Wahn mit einer eigentümlichen Beziehungssetzung. Alles hat eine bestimmte Be-

deutung, hat eine Beziehung auf den Patienten. Gegenstände, Personen haben eine gewisse Symbolbedeutung. So deutet irgend ein herumliegendes Buch an, daß der Patient noch vieles heute erfahre. Rein zufällig liest er in der Zeitung einen gleichklingenden Namen und schon will ihn jemand warnen, oder damit andeuten, daß er gestohlen habe. Die Kinder glauben sich vergiftet, durch elektrische Strahlen beeinflusst usw. Wir fanden jedoch bei keinem unserer zwei Knaben, daß die Störung des Denkens, welche sie, wie ich zeigte, wohl empfinden und auch zu deuten suchen, in das Wahnsystem hineinbezogen wurde. Man hat vielmehr den Eindruck als laufe beides nebeneinander her. So bringt doch der eine Junge Denkstörung, Verfolgungsideen, Vergiftungsfurcht nebeneinander vor, ohne nur nach einem System zu suchen, wodurch alles zu verstehen ist.

Zu dem Wahnsystem kann es nur durch die Stellung des kranken Kindes zur Umwelt kommen. Da das Kind sich nicht verstanden fühlt, keine tieferen Beziehungen zu anderen Menschen hat, aus seiner inneren Einstellung zum Eigenbrödlar bestimmt ist, verlegt es nun unwillkürlich die Ursache seiner Isoliertheit in die Umwelt. Und hier setzt nun ein, was *Gruhle* das Primäre am schizophrenen Wahn nennt: Die Beziehungssetzung ohne Anlaß und nach *Gruhle* liegt dann das Abnorme in dem hinzugesellten Symbolbewußtsein. *Carl Schneider* wiederum glaubt, daß der schizophrene Wahn durch das Nebeneinanderherlaufen zweier Gedanken entsteht, die zu einander in Beziehung treten und von einer eigenartigen Bedeutung erfüllt werden.

Wir haben im Gegensatz zu *Homburger* beobachtet, daß da wo der Wahn gebildet war, das Kind auch später, wenn es danach gefragt wird, von demselben zu berichten weiß. Zwar sind seine Angaben, dann nicht so ausführlich und vollständig, wie wir es bei Erwachsenen gewöhnt sind, aber das grundlegende konnte von den Kindern doch wieder reproduziert werden.

Bei den Sinnestäuschungen und dem Wahn des Falles I zeigt manches Anklänge an den epileptischen Formenkreis und ich glaube wohl annehmen zu dürfen, daß es sich nicht um ein zufälliges Ähneln beider Krankheiten handelt, sondern daß sich hier beide Formenkreise irgendwie berühren. Leider konnte in diesem Falle die Familienanamnese nicht eingehend erhoben werden. Es besteht hier die größte Wahrscheinlichkeit, daß der Junge auch Verwandte hat, welche in den schizophrenen Formenkreis gehören.

Wenn man schizophrene Kinder nach Sinnestäuschungen fragt, so findet man immer wieder den Hinweis *Homburgers* bestätigt, daß bei Kindern die Trugwahrnehmungen des Gesichts überwiegen. In der Literatur fand ich keinen besonderen Hin-

weis auf akustische Halluzinationen im Kindesalter. Von unsern 4 Fällen sind nur die Aussagen des Falles II in dieser Richtung zu bewerten. Immer wieder stößt man bei Kindern auf Zweifel, ob sie ein Erlebnis nun wirklich halluzinatorisch sinnlich erlebt haben, oder ob sie wie *Bumke* anführt, rein gedanklich erlebt worden sind. Ich führe als Beispiel hier nur die Äußerungen des ersten Jungen an, welcher zweierlei Stimmen hört. Bei genauerem Fragen läßt er offen, ob es wirklich Stimmen sind. Im Gegenteil man hat geradezu den Eindruck, daß für diesen Knaben der Widerstreit der Empfindungen und Gedanken, ich meine hier die Stimme des Gewissens, welche er als eigenartig und absonderlich wahrnimmt, so unpersönlich ist, daß er sie als etwas nicht zu ihm gehöriges, als etwas fremdes empfindet und sie so als akustische Halluzination erlebt.

Bei dem Falle II handelt es sich sicherlich um akustische Halluzinationen, aber auch hier fällt eine gewisse Unschärfe des Erlebnisses auf. Er hört Stimmen und Tritte von einem Menschen, aber was sie sagen, wie laut diese sind, kann er nicht angeben. Er halluziniert die Stimmen auch wenig zusammenhängend. Leider ist dieser Knabe so wenig für eine eingehende Exploration geeignet, daß man so nur oberflächliches über seine Gehörtäuschungen mitteilen kann.

Im Gegensatz zu den wenig ausgeprägten akustischen Halluzinationen finden sich viel häufiger Angaben über optische Halluzinationen. Aber auch da fiel bei unsern Fällen eine Mattheit der ganzen Wahrnehmung auf. Der Gegenstand bzw. die halluzinierte Person hebt sich unscharf von der Umgebung ab. Der Junge erzählte z. B. daß er zwei Teufel gesehen hatte, kann aber deren Aussehen nicht genau schildern. Er hält immer an dem Begriff Teufel fest, jedoch bleibt seine Aussage unscharf, wenn man nicht die kindliche Phantasie durch die Fragestellung anregt. Eigenartig war auch, daß bei unsern Fällen die Empfindung der Farbe wenig eindringlich war. Ein unscharfes Schwarzweiß wiegt vor und aus den Angaben des Jungen kann man auch entnehmen, daß er bei seinen Halluzinationen wohl eine Ausdehnung in die Länge und Breite wahrnimmt, aber nicht in die Tiefe.

Bei Kindern fällt es sehr schwer den Begriff Halluzination gegenüber Illusion bei Gesichtstäuschungen abzugrenzen. Nur zu oft hat man eine Umdeutung des wirklichen vor sich, immer wieder glaubt man hinter den geschilderten Halluzinationen irgendein reales Objekt versteckt.

Die Entstehung dieser Wahrnehmungen führt uns wieder auf die Denkstörung. Die Wahrnehmung, sowie auch die formale Verwertung des ganzen im Denken ist gestört. Dazu gesellt sich noch, die durch die Orientierung des Kranken nach innen be-

dingte Aufmerksamkeitsstörung. Bei Kindern beeinflussen dann noch die Affekte ihre ganze Einstellung. Aber immer wieder ist das Primäre auch bei dem Kinde die Denkstörung und die dadurch bedingte Verschiebung der Umwelt.

Weiter klagen die Kinder über Körperhalluzinationen, jedoch bemerken sie derartige Störungen meist beim Schlafen bzw. zu Zeiten der Dämmerung oder Dunkelheit. Um diese Tageszeit neigen ja alle Kinder zu Illusionen. Sie lassen ihrer Phantasie freien Lauf, dichten den verschwommenen Linien ihrer Umwelt, den Geräuschen des Alltags ganz andere Bedeutungsinhalte an. Ihr Inneres kommt in einen Zustand der Erregung und es ist dann nur ein Schritt, daß die Phantasie die Kinder meistert und nun ihrerseits mit den Kindern spielt. Sie fühlen sich gezwickt, angefaßt, gezerrt, gestoßen, gewürgt usw. Bei ihren Angaben fällt der Angstaffekt auf, mit welchem sie erzählen. Es ist aber sehr leicht möglich, daß es sich hierbei um Umdeutung von wirklichen Wahrnehmungen handelt, verbunden mit der bestehenden Neigung der Kinder zu Illusionen. Wissen wir doch, daß Schizophrene oft überempfindlich sind und auf körperliche Reize ganz anders reagieren wie wir.

Bumke sagt, daß das, was die Kranken nur fremd erleben läßt, dasselbe ist, was sie selber auch subjektiv isoliert. Gerade dieses Bewußtsein des Verändertseins ist es, welches wir bei den aktiven Schizophrenen finden. Wir stoßen hier immer wieder auf das Gefühl des »so entsetzlich alleine sein«. Und so klagen die Kinder über den Mangel an Elternliebe oder dergleichen. *Gruhle* spricht hier von einer Kälte, Frostigkeit, Fremdheit, die sich in Abgesondertheit und unlustbetonter Einsamkeit äußert. Im Verkehr fällt der fehlende gemüthliche Widerhall auf. Die Lehrer klagen hier immer wieder, daß sie mit nichts an das Kind heran kommen. So laufen sie in Gefahr, das sich Absondern und Abschließen des Kindes als Trotz-einstellung zu deuten. Auch im Elternhaus geben sich die Kinder anders wie früher. An dem Familienleben beteiligen sie sich nicht mehr, gleichgültig und interesselos passen sie sich mehr oder weniger den Gepflogenheiten des Tages an. Sind mürrisch und gereizt, wenn man sie wieder enger in den Familienkreis ziehen will. Oder sie bringen durch ihr stumpfes, apathisches Wesen, Eltern wie Erzieher zur Verzweiflung. Ihre Äußerungen lassen jede Liebe gegenüber den Eltern vermissen. Mit rohen Worten rühren sie an Dinge, welche sie früher nie erwähnt hätten. Alles ist ihnen gleichgültig. So erwecken sie die Annahme der gemüthlichen Verödung, jedoch findet man nie einen tatsächlichen Verlust. Affektiv ist nun alles verschoben, zum Teil zugedeckt um dann wieder elementar emporzubrechen. Jedoch liegen wie

Bleuler betont, die feineren auf komplizierten Vorgängen aufgebauten Empfindungen stärker darnieder, als die elementaren.

Es kann sich aber auch zu Beginn der Krankheit eine Überempfindlichkeit bemerkbar machen. Besonders Mädchen sind dann in ihren Äußerungen sehr übertrieben. Aber gerade hier hat man immer wieder das Gefühl, daß alles nicht so in die Tiefe geht, man steht den Kranken fremd gegenüber, es berührt einen innerlich nicht. Ihre Freudenbezeugungen können gerade durch diese Übertriebenheit läppisch und wenig ansprechbar erscheinen. Oft wirken die Gemütsäußerungen bizarr und stehen in keinem tieferen Zusammenhang mit der Äußerung des Kindes.

Bei allen mir näher bekannten Fällen ist es gerade die gemüthliche Veränderung, welche immer wieder von den Eltern als erstes Krankheitszeichen angegeben wird. Bei Kindern aber ist es hier sehr schwer die nötigen Trennungsstriche zwischen krank und gerade noch normal zu ziehen. Wir kennen alle die Veränderung, welche der Beginn der Pubertät mit sich bringt. Wir wissen, wie nachdrücklich ein Kind von einer Stimmung, einem Affekt beherrscht werden kann. Wir kennen alle, wie langwierig ein Kind z. B. auf ein Unrecht, welches ihm zugefügt wurde, reagiert und wie es sein ganzes Weltbild von diesem Erlebnis geradezu umbiegen läßt. Wenn ein Kind nun durch längere Zeit ein solch eigenartiges Gemütsleben zeigt, so ist hier schon der Verdacht Schizophrenie berechtigt, doch die Diagnose noch keineswegs gesichert.

Auch hier wie bei allen Störungen gibt das schizophrene Denken die Unterlage. Wenn ich andere Denkmöglichkeiten habe, wenn für mich Symbole, Worte etwas ganz anderes bedeuten wie bei den übrigen Menschen, so errichtet sich zwischen mir und der Umwelt eine Wand, welche von keiner Seite her abgetragen werden kann. *Gruhle* sieht in diesem Gefühl der Entfremdung, des Verändertseins, was wir bei allen aktiven Fällen finden, die Wurzel zum Autismus. *Carl Schneider* zeigt daß gerade diese Mattheit und Uneindringlichkeit der Gefühlswelt wieder Stoff zu dem Negativismus und zur schizophrenen Verantwortungslosigkeit gibt.

Differentialdiagnostisch kommt vor allen Dingen eine Pubertätskrise in Betracht. Die Mehrzahl der Kinder sind um diese Zeit irgendwie verändert und eine nicht geringe Anzahl wird mit der inneren Umwälzung nicht fertig und es kommt zur Krise. In gemüthlicher Beziehung wie auch zuweilen in den Bewegungen finden sich hier Anklänge zur Schizophrenie. Wir finden aber nie Störungen des Denkens und spezifische Sinnestäuschungen. Weiterhin gilt es die Psychopathie und Hysterie abzutrennen. Obwohl hysterische oder psychopathische Kinder gerade durch ihre unharmonische Entwicklung, ihre Affektlabilität, Insuffizienz und

dann wieder Machthunger, Mangel an Ausdauer und der überwuchernden Phantasie, den Verdacht einer Schizophrenie geradezu aufdrängen. Aber bei näherem Ausfragen fehlen doch die rein schizophhrenen Symptome. *Homburger* führt weiter noch als differentialdiagnostisch wichtig das Fieberdelir und die Alkoholhalluzinationen an. Jedoch macht zeitweilig bei Kindern ein angeborener Schwachsinn, oder eine Enzephalitis nicht unerhebliche Schwierigkeiten, wenn man das Jugendirresein abgrenzen will.

Die Prognose des Jugendirreseins ist durch die Gefährdung der geistigen wie seelischen Ordnung sehr ernst. Die Schizophrenie bringt eine Umwandlung der gesamten Persönlichkeit mit sich. *Vogt* wies in einer Arbeit nach, daß die Kinder doch nach dem ersten Schub eine mehr oder minder schwere seelische Veränderung zeigen. Nur von ganz wenigen Fällen, ich traf bei Durchsicht der Literatur seit 1925 auf zwei Fälle, ist die Remission eine anhaltende. Die Prognose entspricht der der Erwachsenen-Schizophrenie. *Corberi* konnte nachweisen, daß die katatonen Formen noch die günstigste Prognose haben.

Bei den hier näher beschriebenen zwei Fällen ist es von besonderer Bedeutung zu beobachten, wie beide Knaben unter der Krankheit leiden. Der Erste, welcher, soweit das bei Kindern festzustellen ist, mehr einen pyknischen Körperbautyp hat, zeigt im Leben unter seinen Kameraden, abgesehen von einer leichten Abgeschlossenheit, keinerlei Beeinträchtigung. Er spricht nie unangenehm von seinem Innenleben. Man hat manchmal geradezu den Eindruck der »doppelten Orientierung«. Wohingegen der zweite Fall einen asthenischen Habitus zeigt und auch im Spiel mit den andern stark auffällt und immer unter dem Banne seiner Krankheit steht.

Die Art der Erkrankung bringt es mit sich, daß wir sie nur symptomatisch beeinflussen können. Ist die Diagnose gesichert, so bedingt die Stärke der Krankheits Symptome wohl meistens eine mehr oder weniger längere Anstaltsbehandlung. Hier kann man am besten durch Dauerschlafkuren, oder je nach Stärke der Erregung durch Sedativa oder Hypnotica die Kinder beruhigen. Aber auch kalte bzw. lauwarme Einpackungen führen häufig zum Ziel, und der während der Packung oder kurz danach einsetzende Schlaf fördert noch das Abklingen der Erregung. In der Anstalt bereitet man auch am leichtesten, falls sich der Krankheitsfall derart gebessert hat, die Umstellung des Kindes auf einen andern Lebensstandart vor. Höhere Schule oder sogar Studium kommt nicht mehr in Betracht. Dagegen kann man sicherlich Kinder zu einer Beschäftigung in der Landwirtschaft, Gärtnereien, vielleicht sogar bei dem oder jenem Handwerk heranbilden. Die Grundbedeutung jeder Schizophreniebehandlung bleibt aber, von dem Kinde alles fernzuhalten, was irgendwie psychisch schaden könnte.

Ich glaube gezeigt zu haben, daß das Krankheitsbild der Schizophrenie Erwachsener und Kinder doch in den Hauptsymptomen übereinstimmt. Daß man wenigstens bei älteren Kindern mit größter Sicherheit die Diagnose der *Dementia praecox* bei einiger Beobachtungszeit und Eingehen in die Krankheitserscheinungen stellen kann. Wenn auch das Bild der Psychose weniger vielgestaltig ist, wenn auch eine gewisse Einförmigkeit bei allen Symptomen vorherrscht, so liegt dies sicherlich noch teilweise an der Methode der Untersuchung. Es ist ja an und für sich schon ein etwas voreiliges Unterfangen von uns Erwachsenen auf Kinder zu schließen, da die Kinder ja meist mit ihrer Umgebung noch gänzlich anders verbunden sind, wie wir. Aber trotzdem erscheint mir dieser Schluß erlaubt. Handelt es sich doch bei der Schizophrenie sicherlich um eine organische Krankheit, welche bei Erwachsenen wie Kindern dieselben Veränderungen setzt und legt ja gerade diese Erkrankung im Menschen wieder Züge des Seelenlebens bloß, welche wir in der Kindheit oder bei primitiven Menschen kennen lernten.

Literaturverzeichnis.

1. *Berze-Gruhle*: Psychologie der Schizophrenie 1929.
2. *Carl Schneider*: Die Psychologie der Schizophrenen 1930.
3. *O. Bumke*: Lehrbuch der Geisteskrankheiten 1929.
4. *Tscherkes* u. *M. J. Manguli*: Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie Band 132.
5. *F. Pollak*: Medizinische Klinik 1930.
6. *Ehrenwald*: Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 78.
7. *Volochow*: Zentralblatt f. d. ges. Neurologie u. Psychiatr. Bd. 54.
8. *Giacanelli*: Zentralblatt f. d. ges. Neurologie u. Psychiatr. Bd. 44.
9. *T. Simon*: Zentralblatt f. d. ges. Neurologie u. Psychiatr. Bd. 45.
10. *Horitzowna*: Zentralblatt f. d. ges. Neurologie u. Psychiatr. Bd. 44.
11. *H. W. Maier*: Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie Bd. 95.
12. *Homburger*: Die Psychologie des Kindesalters 1926.
13. *A. Storch*: Zeitschrift f. d. ges. Neurologie u. Psychiatr. 1922.
14. *Behringer*: Zeitschrift f. d. ges. Neurologie u. Psychiatr. Bd. 103.
15. *Jahrreiss*: Handbuch der Geisteskrankheiten (*Bumke*) 1928.
16. *Krisch*: Zeitschrift f. d. ges. Neurologie u. Psychiatr. Bd. 138.
17. *Bleuler*: Lehrbuch der Geisteskrankheiten 1930.
18. *Cimbal*: Neurosen d. Kindesalter 1927.
19. *Vallejow* u. *Cozac*: Zentralblatt f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie Bd. 61.
20. *Bereteroide* u. *Pozzo*: Zentralblatt f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie Bd. 42.
21. *Carzac* u. *Averbuch*: Zentralblatt f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie Bd. 61.
22. *Corberi*: Zentralblatt für Kindesforschung 1931.

Anschaungen, Beobachtungen und Erfahrungen über die Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker in dem festen Bewahrhause der Provinzialheilanstalt zu Eickelborn in Westfalen.

Von

Dr. Ferdinand Hürten, Oberarzt.

»Der alte Irrenarzt hatte«, wie *Wilmanns* sagt, »viel mehr Verwandtschaft mit dem Kerkermeister als wir uns jetzt noch gerne gestehen mögen. Er war in viel höherem Maße noch als gegenwärtig Hüter und Bewahrer gesellschaftsfeindlicher Ir rer. Die Irrenanstalten waren Isolieranstalten wie die heutigen Strafanstalten.« Bedeutete da die Einrichtung von Bewahrhäusern nicht einen Rückschritt auf dem Wege der modernen Psychiatrie? Allenthalben sind im Laufe der letzten Jahrzehnte Bewahrhäuser errichtet worden. Das Problem, in einem solchen Hause bautechnisch genügende Sicherungen zu schaffen, ohne gleichzeitig den Charakter einer Krankenanstalt erheblich zu verletzen, war dabei die Hauptaufgabe.

Die Provinz Westfalen hatte im Jahre 1904 bei der Heilanstalt Eickelborn ein Bewahrhaus mit 54 Plätzen für männliche Kranke errichtet; Vergitterungen und Schlösser, Verteilung der Kranken auf möglichst übersichtliche Abteilungen, feste Einzelzimmer, durch hohe Mauern abgeschlossene Höfe bildeten im wesentlichen die baulichen Sicherungsmaßnahmen. Über die in den ersten Jahren mit diesem Hause gesammelten Erfahrungen hat *Hermkes* vor dem Kriege einen kurzen Überblick veröffentlicht. Unter anderem wurde schon damals auf die guten Erfahrungen hingewiesen, die man mit der Einführung von Schutzhunden (Polizeihunden) gemacht hatte. Es wurde auch für die Folgezeit als wertvoll erkannt, daß die Hunde neben größerer Sicherheit des Bewahrhauses die Beschäftigung sozial schwieriger Kranker im Freien gestatteten. Seit Einführung der Hunde war es möglich, ständig 15 und mehr Kranke des Bewahrhauses unter der Aufsicht von zwei bis drei Pflegern und unter dem Schutz von ein bis zwei

Hunden mit Feldarbeit zu beschäftigen. Da die Kranken den Hunden die nicht zu unterschätzende Beachtung schenkten, so sind im Laufe der Jahre bei der Außenkolonne nur verhältnismäßig wenige Entweichungsversuche vorgekommen. Diese wurden sofort durch die Hunde vereitelt, indem letztere die Ausreißer verfolgten und stellten, wobei nur einmal ein Kranker ganz leicht am Bein verletzt wurde. Im übrigen haben die Kranken sich an die Begleitung der Hunde gut gewöhnt. Wenn man bedenkt, wieviel Unruhe und Aufregung für die Kranken Fluchtpläne und Entweichungen bedeuteten, welchen Unbilden dieselben auf ihrer Flucht insbesondere bei ungünstigen Jahreszeiten oft ausgesetzt waren, wenn man andererseits berücksichtigt, daß neben der besseren Verhütung solcher Vorkommnisse körperlich kräftigen Kranken durch die Begleitung der Hunde erst die sehr willkommene Beschäftigung in der Außenkolonne ermöglicht wurde, so kann im Interesse der Kranken — man möchte sagen — die menschenfreundliche Hilfe des klugen Hundes nicht hoch genug veranschlagt und begrüßt werden.

Im Laufe der Jahre zeigte sich aber immer deutlicher, daß die Sicherungen des Bewahrhauses in baulicher Beziehung den gestellten Anforderungen auf die Dauer nicht genügten, eine Tatsache, welche durch die im Folgenden angeführten Berichte über einige Ausbrüche und Meutereien illustriert werden soll.

Im November 1906 drangen die Kranken L., R. und D. vermittels Nachschlüssel in den Hof. D., welcher den andern beim Überklettern der Mauer als Leiter gedient hatte, blieb zurück, während die beiden andern entkamen.

Im November 1907 entfloh der Kranke F., indem er sich vom Boden aus mit Hilfe eines Seiles, welches er sich aus geflochtenem Rohr verfertigt hatte, an der Hausfassade hinunterließ.

Im Jahre 1909 hatte der Kranke E. im Einzelzimmer unter Zuhilfenahme eines Hemdenknopfes die Schrauben der Winkeleisen an den Fenstern entfernt und diese Stellen mit Brot verschmiert, so daß nichts auffiel. Mit den gelösten Eisen kratzte er in wochenlanger Arbeit ein Loch von 40 cm im Quadrat in die Mauer. Steine und Mörtel versteckte er im Strohsack unter seiner Matratze, womit er auch geschickt das Loch in der Wand zu verbergen verstand, bis zur rechten Zeit noch sein Fluchtplan vereitelt werden konnte.

Im Jahre 1910 verübten die Kranken St. (Räuberhauptmann) und Sch. einen Ausbruch, wobei sie mit Hilfe von Nachschlüsseln und einer eingeschmuggelten Säge die Eisenvergitterung durchbrachen, von einem Eckfenster aus auf die Mauer sprangen und entkamen.

Der Kranke B. fand im Jahre 1911 das Weite, indem er vom Boden aus an einem wiederum aus Rohr geflochtenen Seile an der Hausfassade hinunterkletterte.

Am 27. Januar 1912 hatte sich ein Komplott der Kranken E., J., B., M. und R. gebildet. In der Vermutung, daß wegen der damals stattfin-

denden Kaisergeburtstagsfeier weniger Personal im Dienste und infolgedessen die Bewachung ungenügender sei, faßten die genannten Kranken folgenden Plan. Sie wollten sich nachts von dem Pfleger, der außerhalb des Gitters die Wache hatte, ein Glas Wasser geben lassen, ihn, sobald er dasselbe durch das Gitter reichte, an den Händen ergreifen und ihm den Schlüssel entreißen. Der Pfleger jedoch, der rechtzeitig durch einen anderen Kranken von diesem Vorhaben unterrichtet worden war, verweigerte das planmäßig verlangte Wasser. Hierdurch verärgert, gerieten die betreffenden Kranken plötzlich in höchste Erregung, bewaffneten sich mit eisernen Bügeln, welche sie von den Matratzengestellen abbrachen, und mit Gurt-rahmen, die sie aus den Betten rissen, und schlugen zunächst die elektrischen Lampen entzwei, so daß im ganzen Hause durch Kurzschluß das Licht erlosch. In brutaler Wut demolierten sie weiter alles Mobiliar und versuchten die Gittertüren gewaltsam aufzubrechen, was jedoch durch Eingreifen der Pfleger verhindert wurde. Die Kranken gaben auch jetzt keine Ruhe, hörten auf keinen Zuspruch, sondern schlugen in ständig wachsender Raserei sämtliche Fensterscheiben ein, so daß sich die Lage immer gefährlicher gestaltete. Schließlich wurde zwecks Unterdrückung der Revolte auf ärztliche Anordnung mit dem Wasserstrahl aus Feuerwehrschräuchen gegen die aufs höchste erregten Kranken vorgegangen. Nun endlich, nach diesem probaten Mittel, trat bei den Kranken Ernüchterung ein, ihr Widerstand war gebrochen, Ruhe und Ordnung auf der Abteilung wieder hergestellt.

Im Jahre 1917 hatte der Kranke J. sich einen Nachschlüssel verschaffen können. Als die anderen Kranken zum Spaziergang in den Hof geführt wurden, blieb er heimlich auf der Abteilung zurück, sich auf dem Abort versteckt haltend. Während die anderen Kranken im Hof waren, konnte er sich unbemerkt mit Hilfe des Nachschlüssels aus der anderen Seite des Hauses heraus entfernen. Er schloß das Gartentor auf, hob dasselbe aus den Angeln, stellte es an die Mauer, um den Schein zu erwecken, als ob er dort übergeklettert sei. In Wirklichkeit hatte er das Gebäude gar nicht verlassen, sondern sich auf die zurzeit unbewachte und leere Abteilung begeben, deren Insassen tagsüber bei der Außenkolonne waren, sich in ein Einzelzimmer geschlichen und dort unter einem Strohsack verborgen gehalten bis gegen 2 Uhr nachts. Die Verfolgung des vermeintlichen Ausreißers war inzwischen natürlich ergebnislos verlaufen und aufgegeben worden. In der Nacht nun schlich J. sich erneut in den Hof und entfloh erst jetzt. Denselben Morgen wurde er in einer etwa 15 Kilometer entfernten Ortschaft von einem Polizeibeamten verhaftet, entließ diesem wieder, wurde dann aber von einem anderen Landjäger erneut gestellt. Plötzlich lief J. auf diesen zu, riß ihm den Säbel aus der Scheide und hätte den Beamten bald mit der eigenen Waffe erstochen.

Im Jahre 1919 gelang es dem Kranken D. vermittels eines Nachschlüssels auf den Boden zu schleichen, von hier aufs Dach zu klettern, von wo er sich am Blitzableiter hinunter auf die Mauer gleiten ließ und entkam.

In demselben Jahr bewerkstelligten die Kranken S., P., D. und M. einen Ausbruch, indem M., der mit der Reinigung der Badestube beschäftigt war, mit einer Stahlsäge und einem Dreikantschlüssel, welchen er sich aus einer Zwirnrolle gefertigt hatte, unbemerkt das Fenster der Badestube öffnete und eine Stange aus der Fenstervergitterung zersägte, so daß alle vier durchschlüpfen konnten.

Im Dezember 1920 hatten sich die Kranken K., J., Sch., E. und H. durch Zersägen der Fenstervergitterung auf und davon gemacht. Sofort wurden die Hunde auf die Spur gesetzt, der Hund »Lux« nahm die Spur auf, verfolgte die Kranken und stellte sie, bis er von einem derselben, ehe weitere Hilfe herangekommen war, mit einer scharfen Feile erstochen wurde.

Der Kranke B. brachte es während des Spazierganges im Hof fertig, unerwartet und behende am Blitzableiter hinauf auf das Dach zu klettern, ohne allerdings weiter zu entkommen.

Der Kranke W. war durch die zersägte Fenstergitterung entflohen, er lief, weil er sich auf der Verfolgung nicht anders zu helfen wußte, zur Lippe und sprang in den Fluß. Von einem Hunde wurde er wieder aus dem Wasser gezogen und von Pflegern in die Anstalt zurückgebracht.

Im Juni 1925 führten die Kranken L., W., D., P., G. und G., wie sich später herausstellte, folgendes Komplott aus. G., der im Einzelzimmer Buchbinderarbeiten verrichtete, hatte mit Hilfe einer Heftlade die Fenstervergitterung auseinander gebogen, L., der auf der Abteilungsschneiderei beschäftigt war, sämtlichen Beteiligten Anzüge verschafft, G. hatte außerdem eine Leine aus Heftgarn gedreht, woran sie sich nacheinander aus dem Fenster herabließen. Die Flucht gelang ihnen, nachdem sie die Pfleger durch lautloses Vorgehen bei ihren raffinierten Machenschaften in geschicktester Weise getäuscht hatten. Die Betten auf dem Schlafsaale hatten sie z. B. so markiert, als ob dieselben belegt wären. So wurde der Ausbruch erst gegen Morgen festgestellt.

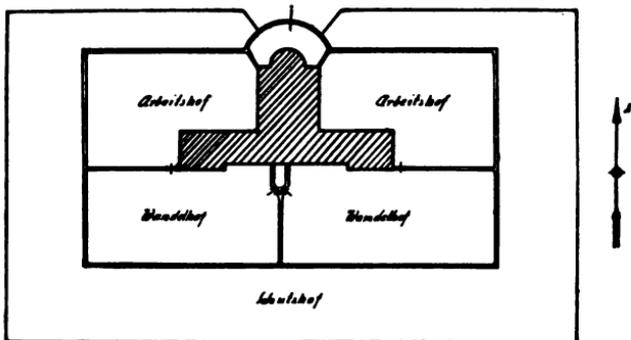
Im November 1926 verübten die Kranken P., B. und K. einen gemeinsamen Ausbruch. B. hatte es verstanden, sich Nachschlüssel anzufertigen. Gegen Mitternacht, als der Pfleger sich den Kaffee aus der Küche holte, standen die genannten Kranken notdürftig bekleidet auf, stießen den Pfleger in die Küche zurück, bewaffneten sich mit Eßkesseln und hielten die Tür von der unteren Wache zu, so daß der Pfleger nichts ausrichten konnte. In der Zwischenzeit hatte P. die Außentür aufschließen können, durch welche dann alle davonliefen. Da heftiges Unwetter herrschte, konnte ihre Spur nicht verfolgt werden.

Im Hinblick auf die geschilderten Vorkommnisse, die wohl gemerkt lediglich durch Mängel der baulichen Sicherungsmaßnahmen und die dadurch bedingte ungenügende Beaufsichtigungsmöglichkeit geschehen konnten, nicht aber auf Fahrlässigkeiten des Pflegepersonals im Dienste zurückzuführen waren, wurde die Forderung nach einem besser gesicherten Bewahrhause immer dringender. Daher entschloß sich die Provinzialverwaltung, einen Neubau zu errichten, der unter Nutzenanwendung der bisher gemachten Erfahrungen und nach eingehender Besichtigung einer Reihe anderer Bewahrhäuser von seiten der an dem Entwurf beteiligten bautechnischen und ärztlichen Personen allen wünschenswerten Ansprüchen gerecht wurde.

Im folgenden gebe ich eine bautechnische Schilderung des Hauses, das im Jahre 1929 eröffnet worden ist.

Das neue Bewahrhaus ist abseits der übrigen Krankengebäude errichtet, um die Insassen möglichst isoliert zu halten.

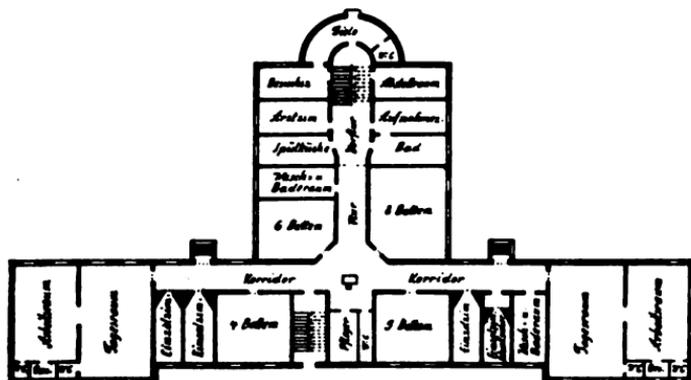
Wandel- und Arbeitshöfe sind durch eine vier Meter hohe, glatte, oben abgerundete Umfassungsmauer abgeschlossen. Die ganze Anlage ist wiederum von einem Schutzhofe umgeben, dessen Einzäunung aus einem über zwei Meter hohen Drahtgitter mit oberem Stacheldrahtabschluß besteht, um zu verhindern, daß den Insassen Hilfe von außen gebracht werden kann und damit ihnen selber ein evtl. Überklettern zweier Einfriedigungen sehr erschwert wird. Betritt man das zweistöckige Haus durch die im überhöhten



Lageplan.

Mittelbau gelegene Eingangstür, die mit dem allgemeinen Anstaltsschlüssel geöffnet werden kann, so gelangt man in einen dielenartigen, freundlichen Raum, von welchem eine Tür rechts in das Besuchszimmer, eine Tür links zur Toilette für Besucher führt, während eine mittlere Tür Zutritt in den Vorflur gewährt. Dieser wird nach einigen Stufen durch einen eisenvergitterten Abschluß abgegrenzt, der nur von dem sich hier aufhaltenden Pfleger zu schließen ist. Vor dem Flurabschluß befinden sich das Untersuchungszimmer des Arztes, das Aufnahmezimmer für Kranke mit Aufnahmebad sowie eine Anrichteküche. Hinter diesem Abschluß läuft der Flur senkrecht auf die verbreiterte Mitte des Hauptkorridors zu. An dem Kreuzungspunkte sitzt eine ständige Wache, die vor sich rechts und links einen Überblick hat auf die beiden großen Schafsäle und beiderseits über den Korridor bis in die mit einer Doppelwache und bis zu 13 Kranken belegten Tagesräume hinein, an die sich weiter die hellen Arbeitsräume anschließen. Die Schafsäle, welche acht-, sechs- und vierbettig sind, die Einzelzimmer und Tagesräume haben nach dem Flur zu Doppeltüren, und zwar innere schmiedeeiserne Gittertüren, zu deren zweitem Schloß nur der auf dem Korridor wachhabende Pfleger einen Schlüssel besitzt, und nach außen glatte, aus Sperrholz be-

stehende, dicke Eichentüren ohne jede Füllung. In den Einzelzimmern sind die beiderseits hinter der Tür liegenden Ecken zwecks besserer Übersicht des Raumes zur Tür hin abgeschrägt. Sämtliche Türen liegen in eisernen Rahmen, durch besondere Vorrichtungen ist verhindert, daß die Türen aus den Angeln gehoben werden können. Weiter sind Vorkehrungen getroffen, daß den Kranken keine Angriffsmöglichkeit geboten und keine Gelegenheit gegeben



Erdgeschoß.

ist, Gegenstände zu verstecken, wie es früher hinter Verkleidungen, Füllungen, Fußleisten und dergleichen oft geschah.

Das ganze Gebäude ist durch eine eigene, im Keller gelegene Zentralanlage gleichmäßig heizbar, daher können die äußeren Holztüren auch zur kalten Jahreszeit Tag und Nacht offen bleiben, um die Kranken jederzeit durch die verschlossene Gittertüre zu beobachten, während die Holztüren geschlossen werden in Räumen, in denen sich Kranke nicht aufhalten.

Die Fenster des Hauses bestehen aus Original-Pitchpineholz mit schmiedeeiserner Versprossung. Als Verglasung der Fenster dient 10 mm dickes Spiegelglas. In den Einzelzimmern, deren es im Hause neben einer »schallsicheren Zelle« nur wenige gibt, hat 20 mm starkes Rohglas Verwendung gefunden, abgesehen bei den Oberlichtern, die wieder mit Spiegelglas versehen sind. Alle Fenster haben Dornverschlüsse und Hängegriffe, die auf schmiedeeisernen Platten befestigt sind. Der Fensterverschluß ist außerdem durch ein Schloß gegen unbefugtes Öffnen nochmals gesichert. Nach außen sind sämtliche Fenster stark vergittert, deren Gitterung allerdings durch wohlgeählten Anstrich bei äußerer Besichtigung nur wenig in die Augen springt.

Als Fußboden dient in den Spülküchen und Waschräumen

Terrazzoestrich, in den Einzelzimmern liegen schmale Buchenriemen, die bis 5 cm unter die Wände fassen und hier mit Winkelisen festgehalten werden. In den Schlaf-, Tages- und Arbeitsräumen sowie in den Fluren liegt Steinholzfußboden, welcher in den Ecken abgerundet und 12 cm hochgezogen ist. Der Wandputz schließt mit den Fußleisten in einer Fläche ab. Arzt- und Pflegerzimmer haben Linoleumbelag.

Die Heizung erfolgt in allen Räumen durch Radiatoren unter den Fensterbänken, nur in den Einzelzimmern durch horizontale Rohre unter der Decke.

Die Beleuchtungskörper sitzen in allen den Kranken zugänglichen Räumen direkt unter der Decke bei einer Geschoßhöhe von 3,80 m. In den Einzelzimmern erfolgt die Beleuchtung indirekt durch einen mit kräftigem Spiegelglas versehenen Fensterrahmen, welcher über der Tür unmittelbar unter der Decke angebracht ist, indem sich dahinter auf der Flurseite der Scheinwerfer befindet (Blechkasten mit Glühbirne).

Vor dem Platz der Wache an dem oben erwähnten Kreuzungspunkt geht eine Leitung zu einer Alarmsirene, welche vor dem eisernen Flurabschluß im Treppenhaus angebracht ist. Ebenfalls läuft von hier aus eine Leitung zu einer Alarmsirene auf dem Dach des Gebäudes, damit bei evtl. Revolten auch das gesamte Anstaltspersonal alarmiert werden kann. Ferner sind am Wachplatz des Pflegers eine Einschaltung für die Notbeleuchtung und in dem hinter der Wache befindlichen Pflegerzimmer ein Telefon angebracht wie auch im Arzt- und Oberpflegerzimmer, außerdem befindet sich im letzteren eine Vorrichtung, welche die Bedienung der Stoppuhren an sechs verschiedenen Stellen des Hauses elektrisch kontrolliert. In der Höhe des Obergeschosses sind an der Außenmauer auf allen Seiten Lampen vorhanden, die bei Nacht die Fenster von außen, das Innere der Höfe und die Umgebung des ganzen Gebäudekomplexes hell beleuchten. Diese ausgiebige nächtliche Außenbeleuchtung soll sowohl Ausbruchversuchen der Insassen entgegenwirken als auch Befreiungsversuchen von auswärts, wie sie in anderen Bewahrhäusern gelegentlich vorgekommen sind. Zum Schutz gegen das Hinaufklettern an Dachrinnen und Blitzableitern sind dieselben mit einem viertelkreisförmigen Blech verdeckt, welches vier Meter über Terrain trichterartig endet.

Der erste und zweite Stock entsprechen sich baulich genau. Der Mittelflügel, in dem sich das Haupttreppenhaus befindet, überragt den zweiten Stock durch einen Aufbau, wodurch ein genügend großer Gemeinschaftsraum geschaffen werden konnte, in welchem außer dem wöchentlich stattfindenden katholischen und

evangelischen Gottesdienst auch Vorträge, musikalische Darbietungen und Lichtbildervorführungen abgehalten werden.

Die inneren Räume sind mit Kaseinfarbe gestrichen, Spülküchen und Badezimmer haben 1,40 m hohe Wandplattenbekleidung. Die Baderäume sind mit Wannen und an den Wänden mit Waschrögen aus Eisenbeton und Terrazzoüberzug zum Gebrauch für je fünf Personen ausgestattet. Die Kranken können sich hier nur unter fließendem Wasser waschen.

Die Betten sind aus Kiefernholz, die Bettrahmen aus Eisen mit Bindfadengurten, die Auflegematratzen aus Roßhaar. Auf besondere Schwere und Befestigung der Möbel, wie sie zwecks Verhütung eines Mißbrauches zu Angriffswaffen anderorts bestehen, ist in unserm Bewahrhause verzichtet worden.

Die weitere Baubeschreibung wird durch die beigegebenen Zeichnungen und Photos ergänzt, welche letztere nach einem von einem Insassen selbst gearbeiteten Modell angefertigt sind.

Neben den festungsartigen Sicherungsmaßnahmen ist besonderer Wert gelegt auf eine einem Krankenhaus würdige Innenausstattung, so daß der Charakter des Gefängnisartigen, abgesehen von der nicht vermeidbaren Vergitterung, fast gänzlich fortfällt. Freundliche, farbig gehaltene Anstriche sämtlicher Räume, auf allen Abteilungen gute, glasgerahmte Bilder, von denen übrigens bis heute noch keines durch die Kranken mutwillig zertrümmert wurde, Blumenschmuck im Treppenhaus, Radioanlagen in den Tagesräumen, weißbezogene Betten in den Schlafsälen, alles übermitteln den anheimelnden Eindruck wohlthuender Behaglichkeit und gepflegter Sauberkeit bei selbstverständlichem Ausschluß jedes übertriebenen Aufwandes.

Das Haus hat vier Abteilungen, im unteren und oberen Stockwerk je eine rechts und links, insgesamt 52 Krankenplätze bei einem Bestand von 22 Pflegern, zwei Abteilungspflegern und einem Oberpfleger.

Was nun die Behandlung der in dem Bewahrhause untergebrachten gemeingefährlichen Geisteskranken anbetrifft, so richtet sich diese nach den für die Behandlung der Geisteskranken überhaupt gültigen psychiatrischen Grundsätzen. Ich nehme hier Bezug auf den Aufsatz von *Hermkes* über die neuzeitliche Anstaltsbehandlung der Geisteskranken, wie sie in dem von *Clemens* gedrehten Eickelborner Anstaltsfilm anschaulich und treffend zur Darstellung gelangt ist.

Doch wird sich der Betrieb im Bewahrhause in vielen Fällen straffer gestalten müssen. Hauptzweck des Hauses bildet die Gewährleistung der öffentlichen Sicherheit gegen Angriffe und Ausschreitungen von seiten der Insassen durch deren Bewahrung, obschon freilich heute die Unterbringung von Kranken

in viel weiterem Maße auch erfolgreicher Heilbehandlung dient als früher.

Hermkes bezeichnet als für das feste Haus in Betracht kommende Kranke einmal solche mit dauernder Neigung zu Gewalttätigkeiten, sodann Entweichungsstüchtige, von denen gemeingefährliche Handlungen zu befürchten sind.

Unter dauernder Neigung zu Gewalttätigkeiten versteht *Tintemann* nicht die durch Angst und Sinnestäuschung bedingte Erregung der akuten Psychose, nicht die Unruhe und Angriffsbereitschaft der Verwirrtheit, nicht die Unruhe des völlig Verblödeten, sondern er hält für dauernd gewalttätig im Sinne einer Notwendigkeit der Behandlung im festen Hause mit Recht »alle jene reizbaren, querulierenden, hetzenden Elemente, die überlegt dauernd Komplotte anstiften, andere Kranke, sich selber feige verbergend, aufhetzen und jene brutalen Individuen, die überlegte, zielbewußte, heimtückische Angriffe auf ihre Umgebung, insbesondere auf Ärzte und Personal ausüben, kurz alle die Elemente, die überlegt und zielbewußt Handlungen begehen, denen gegenüber die Sicherungen einer Heil- und Pflegeanstalt nicht ausreichen, um sie an der Begehung derartiger, die Umgebung dauernd bedrohender und beunruhigender Handlungen zu verhindern.«

Was bedeutet nun Gemeingefährlichkeit?

Eine erschöpfende Beantwortung dieser Frage ist kaum möglich. Gemeingefährlichkeit eines Menschen ist nach *Enge* lediglich ein verwaltungstechnischer, weder ein medizinischer oder psychiatrischer, noch ein scharf umgrenzter juristischer Begriff. Die Gemeingefährlichkeit sei nicht an bestimmte Formen oder Zustände geistiger Störung geknüpft, sondern vielmehr das Ergebnis der Einwirkung bestimmter äußerer Umstände auf eine regelwidrig sich äußernde Psyche. Man müsse also bei der Beurteilung derselben beides berücksichtigen, einmal den Geisteszustand des Betroffenen und zum anderen die Umgebung oder die von ihr ausgehenden Reize.

In den Entscheidungen des Preußischen Oberverwaltungsgerichtes Bd. 77 S. 343 werden Richtlinien angeführt, unter welchen Voraussetzungen ein Geisteskranker als gemeingefährlich anzusehen ist. Nach der genannten Entscheidung liegen die diesbezüglichen Voraussetzungen vor, »wenn der Geisteskranke vermöge seiner Krankheit oder unter deren Einfluß für sich oder andere oder für die öffentliche Sicherheit, Ruhe und Ordnung sich als gefährlich erweist. Gegenstand des Schutzes auf seiten der Gefährdeten sind nicht nur Leben und Gesundheit, sondern alle Rechtsgüter, auch die Ehre und das Vermögen. Rechtswidrige Angriffe gegen Rechtsgüter eines anderen, insbesondere, wenn sie

an sich den Tatbestand strafbarer Handlungen ausmachen, aber wegen der Geisteskrankheit des Täters nicht verfolgt werden können, fallen unter den Begriff der Gemeingefährlichkeit, welche die polizeiliche Internierung des Geisteskranken rechtfertigt (Urt. v. 2. Juli 1907, v. 13. Dez. 1912 und vom 29. Sept. 1913, Entsch. d. OVG. Bd. 51 S. 223, Bd. 65 S. 247 und 259).«

Gemeingefährlichkeit im Sinne der vorstehenden Rechtsausführung liegt bei einer ganzen Reihe Kranker vor, für deren Unterbringung die Einrichtungen jeder neuzeitlichen Irrenanstalt genügen, einzelne derartiger Kranker lassen sich erfahrungsgemäß sogar unbedenklich in das Milieu des offenen Landhauses einfügen. Im allgemeinen wird man sagen können, daß Einweisung in das Bewahrhaus nur für solche Kranke als unbedingt notwendig in Frage kommt, bei denen infolge erheblicher Mängel und Verkümmierungen auf ethischem und sozialem Gebiete und der dadurch bedingten hochgradigen sittlichen Stumpfheit und Gefühlsverödung bei ungeschwächter Tatkraft oder infolge stärkster Affekterregbarkeit oder infolge abnormen Trieblebens oder unter dem Einfluß bestimmter Sinnestäuschungen bzw. Wahnvorstellungen ausgesprochene Neigungen zu schweren Gewalttaten wie Mord, Totschlag, gefährlicher Körperverletzung, schwerem Einbruchsdiebstahl, Raub, Erpressung, Sexualverbrechen, Brandstiftung u. dgl. bereits hervorgetreten oder zu befürchten sind.

Neben diesen im Sinne der Notwendigkeit einer Bewahrhausbehandlung gemeingefährlichen Kranken gibt es andere, die zwar nicht zu Rechtsbrüchen der genannten Art, aber zu gelegentlicher Entweichung neigen und infolge ihrer Willensschwäche in der Freiheit immer wieder zu Delikten leichterer Art kommen, wie einfachen Diebstählen, Urkundenfälschungen, Betrügereien, Hochstapeleien u. dgl., die es insbesondere z. T. meisterhaft verstehen, die Gutgläubigkeit bzw. Dummheit ihrer Mitmenschen auszunutzen, und auf solche Weise recht erheblichen Schaden anrichten können; auch diese Kranken werden zuweilen zweckmäßigerweise im Bewahrhaus untergebracht.

Dabei ist die für die Verlegung in das Bewahrhaus vielfach geforderte Voraussetzung, nämlich die Forderung der Unheilbarkeit des einzuweisenden Kranken, bei uns längst fallen gelassen. Denn das Heilverfahren nicht unheilbarer Kranker, deren zeitige Unterbringung im Bewahrhaus wegen ihrer Gesellschaftsschädlichkeit erfolgen mußte, wird nach unseren Erfahrungen durch die aktivere Behandlung im Bewahrhaus nicht nur nicht vereitelt, wie man früher befürchtet hatte, sondern oft wirkungsvoller gefördert, als es auf anderen Abteilungen möglich ist. Ausnahmsweise empfiehlt sich daher sogar, daß der eine oder andere im freien Gesellschaftsleben bisher unbescholtene Kranke lediglich in seinem eigenen

Interesse vorübergehend der strafferen Behandlung im Bewahrhaus unterzogen wird. Von einer hoffnungslosen, lebenslänglichen Einschließung der einmal ins Bewahrhaus aufgenommenen Kranken ist grundsätzlich gar keine Rede mehr. Das Bewahrhaus darf nach alledem nicht als eine Anstalt für irre Verbrecher oder verbrecherische Irre angesehen werden, sondern hat sich als eine Abteilung für Geisteskranke organisch einzufügen in den Rahmen der Gesamtanstalt.

Wir halten es auch nicht für zweckmäßig, die Verlegung eines Kranken in das Bewahrhaus oder aus demselben auf eine andere Abteilung von der besonderen Entscheidung einer Verwaltungsbehörde abhängig zu machen, wie das wenigstens früher anderorts vorgeschrieben war; wir sind vielmehr der Meinung, daß diese Entscheidung ebenso ausschließlich den Ärzten zusteht wie die Entscheidung der Frage, auf welcher der verschiedenen Abteilungen jeder andere in die Anstalt aufgenommene Kranke unterzubringen ist.

Je nach der Geistesverfassung und der dadurch bedingten sozialen Haltung gibt es für die ins Bewahrhaus aufgenommenen Kranken stufenweise steigende Vergünstigungen bezügl. ihrer Lage, um ihren Gesundungswillen anzuregen. Kranke, deren äußeres Verhalten sich gebessert hat, werden — soweit sie nicht in den Strafvollzug zurückzuschicken sind — gewöhnlich zunächst in das freier umgebaute, frühere Bewahrhaus verlegt, das zwar z. T. noch die alten Vergitterungen aufweist, dessen Insassen jedoch — wie oben geschildert — nach wie vor unter Begleitung von Schutzhunden sich draußen beschäftigen können und auf diese Weise immerhin mehr Freiheit genießen als die Insassen des neuen Bewahrhauses, welche aus Sicherheitsgründen grundsätzlich für die Dauer ihres dortigen Aufenthaltes aus den Umfriedigungsmauern des Gebäudes nicht herauskommen. Deshalb ist auf die Einrichtung des Hundesystems für den Betrieb im neuen Hause verzichtet worden. Bei fortschreitender Besserung der Kranken erfolgen weitere Vergünstigungen, freier Ausgang oder mit endgültiger Entlassung Wiedereinreihung in das freie Erwerbsleben.

Bei der eigentlichen Behandlung der Kranken nun handelt es sich in der Hauptsache um eine zielbewußte Psychotherapie, welche vornehmlich in einer psychologisch-pädagogisch-ärztlich durchgeführten Disziplinierung bei nutzbringenden, individualisierenden Beschäftigungsmethoden in grundsätzlicher Gemeinschaftsbehandlung besteht. Isolierungen werden tagsüber, abgesehen von solchen, die wenige Minuten dauern und als erzieherische Maßnahmen zu bewerten sind, nicht angewandt. Die Einzelzimmer werden vielmehr benutzt zur Absonderung störender Elemente nur für die Nachtzeit, zur Pflege körperlich Kranker und zum Arbeitsaufenthalt

solcher Insassen, die sich mit geistigen Arbeiten beschäftigen können und dabei in der Gemeinschaft der anderen gestört würden. Auf mehr als stundenweise Bettbehandlung zwecks Beruhigung und auf Dauerbadbehandlung wird verzichtet. Narkotika brauchen nur sehr selten verabreicht zu werden. Dafür nimmt aber die aktivere Beschäftigungstherapie im Sinne *Simons* den ersten Platz ein; dem Wert der Arbeitstherapie braucht heute nicht mehr das Wort gesprochen zu werden.

Es berührt außerordentlich sympathisch, wenn man sieht, mit welchem Frohsinn und Eifer die körperlich kräftigen Kranken des Bewahrhauses auf den beiden Arbeitshöfen, während des Winters im Keller, sich der Fabrikation von Kunststeinen und Platten widmen. Großes Bedauern herrscht bei diesen Kranken jedesmal dann, wenn das Material oder die Aufträge zur Steinfabrikation ausbleiben, so daß sie sich mit der Beschäftigung des Rohrflechters begnügen müssen wie jene, denen wegen besonderer Unzuverlässigkeit Werkzeuge, Spaten u. dgl. nicht anvertraut werden dürfen.

Um jeglicher Verwahrlosung, wozu gerade unsoziale Geistesranke neigen, zu steuern, wird streng auf Durchführung geregelter Hausordnung geachtet, in Verfolg deren bei Nichtdissidenten aus ärztlich-therapeutischen Gründen auch die Teilnahme am Gottesdienst angeordnet wird. Weiter werden die Insassen zu einem anständigen Benehmen, zu guter Haltung im Verkehr mit Mitkranken, Pflegern und Arzt immer von neuem angehalten und angelernet. Bei den Mahlzeiten, sowie in der Erholung, in der Pflege des Körpers und der Kleidung werden nicht die geringsten Nachlässigkeiten geduldet. Es ist interessant zu beobachten und eine erfreuliche Tatsache, wie die Kranken, einmal richtig angeleitet, sich sogar gegenseitig erziehen lernen. In den Freizeiten ist den Kranken Möglichkeit gegeben, sich mit Lektüre, mit Karten- und Schachspielen oder mit sonstigen Unterhaltungen die Zeit zu vertreiben. Manche Kranke widmen sich zu passenden Zeiten gärtnerischen Beschäftigungen in den Wandelhöfen, nehmen sich sorgsamer Blumenpflege an oder ziehen sich geflissentlich auch zum eigenen Bedarf geeignetes Rohkostgemüse. Zweimal während des Sommers finden gemeinsame Gartenfeste statt, wobei es Kaffee, Kuchen und Zigarren gibt. Die Pflegerkapelle spielt dann zur Musik auf, es werden Reden und humoristische Vorträge gehalten, turnerische Wettspiele mit Preisverteilungen ausgetragen, kurz, es herrscht allerbeste Stimmung und dankbare Freude. So wickelt sich das Leben im Bewahrhause durchweg geordnet, zweckdienlich und ruhig ab.

Das Einfügen auch der schwierigsten Elemente erfolgt im neuen Bewahrhause, aus welchem bisher keine Ausbrüche zu ver-

zeichnen sind, wesentlich besser als in dem alten mit seinen unzulänglichen Einrichtungen, wie die oben geschilderten Beispiele zur Genüge beweisen.

Im neuen Hause sehen die Kranken von vornherein ein, daß z. B. eine Ausbruchsmöglichkeit für sie gar nicht in Frage kommt, sie bescheiden sich alsbald mit dieser Erkenntnis, ohne daß sie sich mit aufregenden Fluchtgedanken und komplottierenden Revolteabsichten seelisch zermürben und infolgedessen gar nicht zur notwendigen Ruhe kommen. Zudem werden nach Möglichkeit alle Umstände, welche die Kranken zu verkehrten Reaktionen verleiten könnten, zu vermeiden gesucht. Die Dienstanweisung der Pfleger, von welchen für ihre Berufstätigkeit besondere Persönlichkeitswerte und äußerste Pflichterfüllung verlangt wird, ist bis in Kleinigkeiten wohl durchdacht. Durch tadelloses Verhalten soll das Pflegepersonal den Kranken stetes Vorbild sein. Es würde zu weit führen, alle Bestimmungen der Anweisung hier aufzuzählen, es sei aber ausdrücklich darauf hingewiesen, daß bei jeder Aufnahme eines Kranken streng darauf geachtet wird, daß keine Ausbruchs- oder Angriffswerkzeuge eingeschleppt werden. Ich erwähne nur eine vor Jahren hier gemachte Beobachtung, daß ein Kranker sein Messer sogar im After versteckt hielt. Eigene Kleidung dürfen die Insassen des Hauses während ihres Aufenthaltes dortselbst überhaupt nicht tragen, da erfahrungsgemäß oft in den mitgebrachten Sachen verbotene Gegenstände verborgen sind. Ein ganzes Arsenal solcher, im Laufe der Jahre hier gefundener Dinge könnte man zu einem Museum zusammenstellen; z. B. wurde mal eine kleine Säge in der Sohle mitgebrachter Schuhe entdeckt, Taschenmesser und Feilen waren im Rücken eines mitgebrachten Buches eingebunden oder im Rockfutter vernäht, Kassiber in Stücken Seife versteckt und anderes mehr. Nachschlüssel wurden geschickt aus an und für sich ganz ungeeignet erscheinenden einfachsten Hilfsmitteln gefertigt, eine gefährliche Angriffswaffe wurde in raffinierter Weise dadurch hergestellt, daß der Handgriff einer beinernen Zahnbürste wie ein Dolch geschliffen und scharf zugespitzt wurde.

Mit Eröffnung des neuen Bewahrhauses ist auch in dieser Beziehung endgültig Wandel geschaffen, so daß sich solche Virtuositäten von seiten der Kranken infolge besserer Beaufsichtigungsmöglichkeit nicht mehr entfalten können.

Es darf nicht verschwiegen werden, daß zwar unsoziale Neigungen, Erregungszustände, Widerstand und Unbotmäßigkeit trotz allem episodenhaft in die Erscheinung treten, doch immer sehr bald unterdrückt werden können. Durch Aussprache und gerechte Verwarnung seitens des Arztes, der bei den Kranken eine autoritative Achtung nach Art des Vorgesetzten genießt, evtl. durch

Entziehung einer sonst gewährten Vergünstigung, z. B. Rauchverbot, durch evtl. Verlegung des Kranken auf eine andere Abteilung des Hauses in eine neue Umgebung, schließlich auch durch faradische Suggestivanwendung kann immer die Ordnung im Hause durchgeführt werden. Übrigens handelt es sich bei der faradischen Behandlung wohlgermerkt niemals um eine Übelzufügung etwa zum Zwecke einer Bestrafung, sondern um eine rein ärztliche Maßnahme im therapeutischen Sinne. Wenn der Arzt, von dem verantwortungsbewußten Streben des Helfenwollens beseelt, bei dieser Behandlungsmethode zwecks Erreichung einer Suggestivwirkung unter entsprechendem Zuspruch einen äußeren Nervenreiz setzt mit der erfolgssicheren Zielsetzung, daß der Kranke sein psychogen überlagertes ungeordnetes Benehmen, seinen wüsten Erregungszustand, seine häßlichen Manieren, seine Verworrenheit oder Lähmung prompt und endgültig aufgibt, so steht diese Methode trotz aller diesbezüglichen Kritik m. E. durchaus in Einklang mit der ärztlichen Berufsethik und bedeutet unbestreitbar wertvollen Dienst und Wohltat am Kranken. Der an sich ganz harmlose faradische Strom braucht zudem nur sehr selten angewandt zu werden, weil meist schon die Tatsache an sich, daß diese Behandlung im gegebenen Falle geübt wird, einen solchen Erfolg bedingt, daß ohne Faradisation die beabsichtigte Wirkung beim Kranken allein durch den Respekt vor dieser Methode erzielt wird.

Nach den obigen Ausführungen ist es kurz gesagt der herrschende Geist des Hauses, welcher infolge Vorhandenseins stärkster baulicher Sicherungsmaßnahmen, durch straffe Hausordnung, unter zielstrebigem und sachgemäßer Aufsicht, bei stets obwaltender Gewissenhaftigkeit und Intensität der pflegerischen und ärztlichen Betreuung eine ungemein stark wirkende suggestive Macht im ordnenden Sinne auf die Psyche jedes Kranken ausübt vom ersten Augenblick seiner Aufnahme an. Auf diese Weise wird der Boden für die erstrebte Besserung bzw. Heilung geebnet, zum mindesten durch das systematisierte Milieu erreicht, daß die Insassen anstaltssozial werden, so daß man sich immer wieder wundern muß, wie sittsam und tadellos es durchweg zugeht in einer Gemeinschaft von an und für sich unsozialen Menschen, deren Mannigfaltigkeit der Individualitäten denkbar groß ist. Es zeigt sich, daß die Grundformen gegenseitiger Einwirkung von Menschen untereinander in den Phänomenen: Suggestion, Sympathie und Nachahmung, worin *Mc. Dougall* und andere Forscher die wesentlichen Aufbaufaktoren der geselligen Erscheinungen erblicken (zitiert nach *Plaut*), sich auch hier geltend machen, indem gleichzeitig die Kranken mit Ort und Bedingungen des täglichen Lebens ihr Benehmen ändern. In dieser Hinsicht ergaben sich bei der obigen

Schilderung des Verhaltens der Kranken während ihres Aufenthaltes im Bewahrhause beachtenswerte soziologische Zusammenhänge, ist doch nach *Plaut*, »jedes Aufeinandertreffen von Individuen, d. h. jeder schon rein räumliche Kontakt, der aus irgendwelchen Gründen zwischen irgendwelchen Individuen besteht oder hergestellt wird, als soziologische Beziehung anzusprechen«.

Die Insassen des Bewahrhauses gehören klinisch den verschiedensten Krankheitsgruppen an und bieten in pathopsychologischer Hinsicht größte Reichhaltigkeit, wie die folgende Statistik veranschaulicht.

Die Zahl der seit Eröffnung des Bewahrhauses im Jahre 1904 bisher von draußen eingewiesenen Kranken beläuft sich auf rund 500 Aufnahmen, das sind durchschnittlich 18 Zugänge im Jahr.

Nach den Krankheitsformen gruppieren sich die Gesamtaufnahmen folgendermaßen: Die größte Gruppe bilden die psychoaktiven Haftstörungen der Psychopathen mit 42%. Es folgen die Schizophrenen mit einer Zahl von 16%. Die Oligophrenen sind mit 15% vertreten. Paranoisch Erkrankte machen 12% aus. Die Zahl der Epileptiker beläuft sich auf 8%. Die Manisch-Depressiven ergeben 4% und die Paralytiker 3%.

Erbliche Belastung ist in 39% aller Fälle, Alkoholmißbrauch in 23% nachweisbar, in 6% der Fälle läßt sich uneheliche Geburt der Kranken feststellen.

Die zwecks Beobachtung in das Bewahrhaus eingewiesenen Aufnahmen machen 4% aus. Das Kontingent der Fürsorgezöglinge beläuft sich ebenfalls auf 4%. Von sämtlichen Aufnahmen sind 18% nicht kriminell, während die übrigen sich meistens mehrfache Rechtsbrüche haben zu schulden kommen lassen. Infolgedessen ergibt sich, daß die Statistik bezgl. der Delikte die Hundertzahl in Prozenten erheblich übersteigt, und zwar um 33%. Einweisung nach Freispruch auf Grund des § 51 StGB. ist in 10% der Fälle ausgesprochen.

Bezüglich der kriminellen Handlungen der in das Bewahrhaus aufgenommenen Kranken sagt weiter die Statistik folgendes:

Die weitaus größte Zahl der Rechtsbrüche machen die Eigentumsdelikte mit 53% aus (darunter schwerste Einbruchsdiebstähle in 16%, Straßenraub in 7% der Fälle). Körperverletzungen kommen in 24% der Fälle vor (darunter 2% mit Todeserfolg). Betrug ist in 15% der Fälle ermittelt. Die Sexualdelikte erreichen die Höhe von 8% (dazu 1% Notzuchtsversuche). Urkundenfälschung ergibt eine Verhältniszahl von 6%, Hehlerei eine solche von 5%. Mord, Mordversuch und Totschlag sind in je 2% der Fälle errechnet. An sonstigen kriminellen Handlungen, die 1 oder weniger Prozent ausmachen, sind zu erwähnen: Brandstiftung, Hoch-

stapelei, Erpressung, Bedrohung, Meineid, Widerstand, Kuppelei, Münzfälschung, Meuterei, Fahnenflucht, Unterschlagung u. a. m., z. B. auch noch ein Fall von Kindesaussetzung mit Todeserfolg.

Die Statistik über die Abgänge ergibt folgende Verhältniszahlen: In andere Provinzen überführt sind 20%. Als gebessert in den Strafvollzug zurückgeschickt wurden 16%. Bei dieser Zahl ist zu berücksichtigen, daß manche Kranke erst nach Verbüßung ihrer Strafe aus den Adnexen der Strafanstalten zwecks weiterer Unterbringung in das hiesige Bewahrhaus eingewiesen wurden, von wo nach erfolgter Besserung ihre Verlegung in andere Abteilungen, ins offene Landhaus oder in Familienpflege bzw. ihre Entlassung in die Häuslichkeit erfolgte, ohne daß sie in den Strafvollzug zurückzukehren brauchten. Die Gesamtzahl der aus dem Bewahrhause nach anderen Plätzen in der hiesigen Anstalt verlegten Kranken beläuft sich auf 26%. In die Häuslichkeit entlassen sind 28%, worunter sich 8% geheilt Entlassene befinden.

Selbstmorde von Bewahrhausinsassen sind überhaupt nicht vorgekommen, im Laufe der vielen Jahre aber sind vier Todesfälle im Bewahrhaus zu verzeichnen, die infolge interkurrenter Krankheiten erfolgten.

Die übrigbleibenden rund 10% bilden die zurzeit im Bewahrhause untergebrachten 48 Kranken, deren statistische Erfassung folgendes besagt: 23 Kranke gehören dem schizophhren Formenkreis an, 14 leiden an psychoreaktiven Haftpsychoosen, dazu kommen je 3 Oligophrene, Epileptiker und Metenzephalitiker sowie 1 Gehirnluetiker und 1 zum manisch-depressiven Formenkreis gehörender Fall. Von den 48 Insassen sind nicht kriminell 13. Die kriminellen Handlungen der übrigen 35 Insassen kommen bei jedem einzelnen wieder gehäuft vor, so daß die Gesamtzahl der Delikte die Zahl der Täter übersteigt. Nach der Art der kriminellen Handlungen ergibt sich das Vorkommen von Eigentumsdelikten in 18 Fällen (darunter 4 besonders schwere Einbruchsdiebstähle). Gefährliche Körperverletzungen sind achtmal ermittelt (darunter 2 mit Todeserfolg). Sexualverbrechen sind siebenmal, versuchter Totschlag und Raub je viermal und Totschlag dreimal festgestellt, Mord kommt in 2 Fällen vor, ebenso Urkundenfälschung, Betrug, Hehlerei und Sachbeschädigung. Mordverdacht, räuberische Erpressung, Brandstiftung, Meineid, Unterschlagung, Widerstand, Hausfriedensbruch, Heiratsschwindel und Bettelei sind je einmal nachweisbar. Bei 35 Rechtsbrechern beläuft sich die Zahl auf 61 Rechtsbrüche. Nach Freispruch auf Grund des § 51 StGB. sind eingewiesen 9 Insassen. Erbliche Belastung liegt bei 22 Fällen vor, indem dreizehnmal Geistes- und Nervenkrankheiten und einmal Selbstmord in der Familie und neunmal Trunksucht der Eltern festgestellt sind. Uneheliche Ge-

burt ist in 4 Fällen nachweisbar (1 Insasse war Waisenkind). Entmündigt sind 5 Kranke, ledig sind 28, verheiratet 20 (davon 2 verwitwet). Von Beruf sind Handwerker 16, Arbeiter 12, Bergmann 10, Invalide 3, Architekt 1, Akademiker (cand. med.) 1, kein Beruf (Jugendliche) 5. — Eingewiesen sind aus der Strafanstalt, bzw. ihren Adnexen 22, aus anderen Heilanstalten 7 und aus anderen Abteilungen der hiesigen Anstalt 6, aus Fürsorgeanstalten ebenfalls 6, aus dem Krankenhaus 3, aus dem Arbeits Hause 2, aus der Trinkerheilstätte 1, aus der Familie 1. Gefängnisstrafen zu verbüßen haben noch 11 Insassen, Zuchthausstrafen haben noch 12, darunter 2 lebenslänglich.

Man sieht, daß die letztere Zusammenstellung sich von den Ergebnissen der ersteren allgemeinen Statistik erheblich unterscheidet. Diese Nichtanpassung begründet sich zweifellos einmal auf Zufälligkeiten in der Zusammensetzung des beschränkten Formenkreises, sodann auch in der heutigen veränderten Nutzenanwendung bzgl. der für die im Sinne einer Notwendigkeit der Bewahrhausunterbringung hier geltenden Voraussetzungen. So kommt es, daß die Zahl der nichtkriminellen Kranken sowie die der Schizophrenen zurzeit verhältnismäßig hoch ist und auch Metenzephalitiker lediglich wegen ihrer schwierigen Charakterveränderung zwecks strafbarer Behandlung augenblicklich einen Platz im Bewahrhaus gefunden haben. Andererseits darf nicht unberücksichtigt bleiben, daß eine große Anzahl ursprünglich krimineller Bewahrhausinsassen im baulich umgeänderten alten Bewahrhaus und, wie bereits erwähnt, an anderen Plätzen innerhalb der Heilanstalt untergebracht ist, zumal diese Kranken im Notfall kurzerhand wieder in das feste Haus zurückverlegt werden können, wodurch das Bild der Statistik gleich wieder ein anderes Gesicht erhielt. Im übrigen ist es eine sehr interessante Tatsache, daß eine ganze Reihe chronischer Geisteskranker, die z. T. schwere Delikte, wie Vatermord, Gattenmord, Totschlag u. a. m. verübt haben, seit Jahren schon, ohne weitere Schwierigkeiten zu machen, sogar im offenen Landhaus untergebracht sind.

Auf eine besondere klinische Darstellung wird im Rahmen vorliegender Arbeit verzichtet, nachdem noch kürzlich diesbezügliche Veröffentlichungen erschienen sind, ich verweise nur auf die Arbeiten von *Glaser* und *Knigge*.

Die eingangs gestellte Frage, ob die Einrichtung von festen Häusern einen Rückschritt bedeutet auf dem Wege moderner Irrenbehandlung, muß, wie die gemachten Ausführungen bewiesen haben dürften, unbedingt verneint werden. Denn das modern eingerichtete Bewahrhaus ist kein Fremdkörper mehr im Organismus einer Heilanstalt, sondern fügt sich innig trotz seiner notwendigen äußeren Sicherungsvorkehrungen als eine echte Krankenabteilung

in den Gesamtbetrieb der Anstalt ein und bildet auch zum Wohle seiner kriminellen Insassen eine bedeutungsvolle Errungenschaft.

Zusammenfassend kann nicht stark genug betont werden, daß unser neues Bewahrhaus für Geisteskranke mit gemeingefährlichen Neigungen vor allem seine Bedeutung darin findet, daß es neben der Zweckerfüllung einer wohlgesicherten Verwahrung seiner Insassen gerade die Einfügung der letzteren in eine straff geordnete Gemeinschaft unter Verzicht jeder Dauerisolierung bei Bevorzugung aktiverer Beschäftigungstherapie nach neuzeitlichen Methoden und Grundsätzen ermöglicht, wodurch unverkennbar wertvolle soziologische und klinische Erfolge bei den Insassen erzielt werden.

Literaturnachweis.

- Enge*, Soziale Psychiatrie. 1919. Berlin. Adler-Verlag.
- Glaser*, Zum gegenwärtigen Stand der Frage vom moralischen Defekt. Zeitschrift für die ges. Neurologie und Psychiatrie. 138. Bd., 1. Heft. 1932.
- Hermkes*, Das Bewahrhaus für Geisteskranke mit gemeingefährlichen Neigungen. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin u. öffentliche Sanitätswesen. 1913. Bd. 45.
- Ders.*, Die neuzeitliche Anstaltsbehandlung der Geisteskranken, dargestellt in einem Film. Zeitschrift für psychische Hygiene. 1930. Bd. 3.
- Knigge*, Über psychische Störungen bei Strafgefangenen. Archiv für Psychiatrie. 1932. 96. Bd., 1. Heft.
- Plaut*, Im Handwörterbuch der psychischen Hygiene. 1931.
- Tintemann*, Das Provinzialverwahrungshaus zu Göttingen und seine Insassen in den ersten fünf Jahren seines Bestehens. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsform. 11. Jahrg. April 1914. März 1918.
- Wilmanns*, Die sogenannte verminderte Zurechnungsfähigkeit als zentrales Problem der Entwürfe zu einem Deutschen Strafgesetzbuch. 1927. Berlin. Jul. Springer.
-

(Aus der psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Freiburg i. B.,
Geheimrat Prof. Dr. *Hoché*, und der psychiatrischen Universitätsklinik Basel,
Professor Dr. *J. E. Stachelin*.)

Beitrag zum inneren Erleben der Schizophrenie und zur seelischen Verarbeitung therapeutischer Bemühungen.

Von

Adolf Friedemann, Berlin-Buch.

Das seelische Bild Schizophrener von innen gesehen, ist so oft beschrieben worden, daß eine Selbstschilderung nur um ihrer selbst willen wohl nur noch Interesse unter besonderen Gesichtspunkten besitzt. Hier soll der Bericht eines Kranken über sein Leiden nach erfolgter Besserung wiedergegeben werden, der den Einfluß der Beschäftigungsbehandlung besonders eindrucksvoll erlebt hat.

Der Kranke E. R. F. wird am 8. Oktober 1926 in die Freiburger Klinik aufgenommen, weil er in einem benachbarten Nervensanatorium versucht hat, mit einem Hammer auf den behandelnden Arzt loszuschlagen. Er wirkt bei der Aufnahme etwas ängstlich, ist äußerlich ruhig, gibt an, er käme zur Beobachtung in die Klinik, weil er im Sanatorium schwierig zu behandeln sei.

Zur Familienanamnese erfährt man, daß der Vater mit 54 Jahren an Paralyse gestorben ist. Die Mutter sei auch »ein bißchen schwach« gewesen.

Der Kranke selbst hat sich normal entwickelt, Gymnasial- und Universitätsbesuch verlief ohne Schwierigkeiten. Seit etwa 14 Tagen fiel bei dem Kranken eine gewisse Nervosität auf, die auf Überarbeitung zurückgeführt wurde. Im Sanatorium hat er dann Schwitzbäder bekommen, über die er sehr erregt war, auch die Art, wie die Leute dort sprachen, empörte ihn, so daß er schließlich eines Tages bei einer Vorlesung mit einem Hammer in der Faust erschien, um die Unterbrechung der Vorlesung zu erzwingen.

Körperlich handelt es sich um einen lang aufgeschossenen jungen Mann von 24 Jahren, asthenisch, von ausgesprochen femininem Typ ohne grob körperliche Veränderung. Klinisch bietet er das Bild eines schüchternen, verhaltenen, ängstlich gespannten Menschen, der ständig von Halluzinationen geplagt zu sein scheint, nur spärlich Auskunft über sich gibt, hie und da über Schlaflosigkeit klagt, aber sofort glücklich ist, »wohl doch« geschlafen zu haben, wenn man ihm, an Hand des Nachtberichtes, sagt, daß keine Schlafstörung beobachtet sei. Zeitweise wird dieses Verhalten

von explosiver Erregtheit abgelöst, die Dauerbadbehandlung und Dauerschlaf nötig macht. Am 12. 11. 1926 wurde der Kranke zur Weiterbehandlung in die Klinik nach Basel verlegt.

Am 22. Dez. 1927 erhielt ich von F. folgenden Brief: »... Am 3. Juli 1927 wurde ich in B. entlassen, erholte mich noch einige Monate in dem Pfarrhause meines Bruders und bin seit ca. 3 Monaten wieder in meinem Berufe tätig. ... diese kurzen Angaben teile ich Ihnen mit, weil vor meiner Entlassung aus Ihrer Anstalt ein Arzt, dessen Namen mir entfallen ist, mich aufforderte, Sie einmal zu benachrichtigen, auch ist es mir recht, Ihnen ehrlich großen Dank auszusprechen für die an mir geleistete schwere, undankbare Arbeit.« Auf weitere Anfrage nach der Entstehung seines Leidens schreibt F. 19. 11. 28: »... Es brauchte lange, bis ich einsah, wie berechtigt es war, mich von G. (Sanatorium) in die psych. Klinik nach Freiburg zu verbringen.

Schon vor meinem Aufenthalte in G. hatten sich Vorstellungen eingefleischt, die stark illusionär waren. Diese Wahnideen hatten unsinnige Taten zur Folge.

Als Factor dieser Wahnideenbildung kommt eine Lähmung meiner Gedankentätigkeit in Betracht. Die letztere wurde durch heftige Schmerzen und peinliche Gefühle gehemmt.

Gewisse Wahnideen ließen mich in großartigem Lichte mich selbst bespiegeln. Größere Zeiträume hindurch tänzelten vor meinen Augen graue Schattenbilder herum. Wie ich mich aus meiner ... Krankheitszeit (in B.) erinnere, nahmen diese Schatten alle möglichen Formen an, von einer Kurve zu einem Eisblock, dann zu Wellen usw.

Rätselhaft ist mir der deutliche, bewegliche, starke, schwarze Schatten einer mir bekannten Person. Dieser lebensgroße Schatten lief bei Tageslicht schnell durch den Gang.

Stark beeinflusste mich ein Hören von Lauten, Worten, Satzgebilden und Sätzen, das nicht von der Außenwelt stammt. Mit Interesse, zum Teil Wonne, zum Teil Abneigung bei z. B. längerem 'Oeleli, Böleli ...', verlor ich mich in diesem Zuhören. Wie ich einige Male konstatieren konnte, nimmt dieses Konzert bei Teilnahme ein den nicht sprachlich und lautlich niedergelegten Gedanken, die während dieser Teilnahme aufleben, sich näherndes Thema an.

Es ging lange, bis ich es notwendig fand, diesem 'Gespräch' möglichst gleichgültig, oder dann für kurze Zeit als es Erkennenwollender gegenüberzustehen.

Nach zu Bette gehen bin ich diesem 'Gespräch' ausgesetzt. Aus langer Erfahrung weiß ich, daß irgend ein Nachhängen mir lange Schlaflosigkeit bringt. Ich darf hier besonders nicht angenehm erscheinenden, stark gefühlsbetonten Erinnerungs- oder Phantasiegebilden nachspinnen.

Kaltblütig muß ich mich quasi langweilen lassen. Dann geht dieses 'Gespräch', das während des Tages Arbeit zurücktritt, ohne, oder ohne wichtige Bindung vorbei, und der Schlaf tritt ein.

Als Schulknabe schwelgte ich lange Zeit nach dem Zubettgehen stundenlang in Szenen aus dem schweizerischen Robinson. Der Maßgebende, der Robinson, war ich und Freunde etwa Mithelden. Das andre Leben dünkte mich öde und kalt. Erwähnen möchte ich, daß ich als Kind

viel allein war. Wir durften nicht, oder selten mit andern Kindern auf der Gasse spielen. Mein Vater starb als ich zwölf Jahre alt war.

In F. war ich sehr unglücklich und entbehrte der Zufriedenheit. Entweder litt ich unter Schmerzen, unter unheimlichen Gefühlen, oder in besseren Zeiten unter meiner Lage und den entsetzlichen Physiognomien von Mitpatienten. In F. war ich körperlich sehr schwach und sehr 'aus dem Häuschen'. Sehr empfehlenswert finde ich die starken Anstrengungen in B., die Patienten durch Arbeit zu beschäftigen. Die letztere bringt von seinen verkehrten Vorstellungen ab und zeigt dem Patienten, oder kann ihm wenigstens zeigen, daß er doch noch zu einer nützlichen Arbeit taugte. Mit Dankbarkeit sehe ich auf die Möglichkeit in B., wo ich ca. 8 Monate war, auf dem umliegenden Acker- und Gartenlande mit einigen Gärtnern die verschiedensten Landarbeiten kennen zu lernen. Ein Patient hat mir bei gemeinsamem Distelausgraben mit seinem Optimismus auch gut getan.

Nicht weglassen will ich, daß die Liebenswürdigkeit von Wärterinnen, wie ihr Gesang und Frohmüt, mir den Weg zum Menschen erleichterten.

Ich danke Ihnen nochmals für Ihre wie Ihrer Mitarbeiter Pflege, bedaure meine Grobheiten usw., die ich in F. verübte, nehme Ratschläge gerne an und verbleibe...«

Auf diesen Brief hin bat ich um Beantwortung einiger spezieller Fragen. Darauf schrieb F.:

»... Für Ihre Zeilen danke ich Ihnen. Die gestellten Fragen will ich zu beantworten versuchen. Die erste lautet 'Wann haben sie zum ersten Male überhaupt Veränderungen an sich bemerkt?'

Als die erste derartige Veränderung schaue ich das folgende Erlebnis an, das ungefähr 2 Jahre vor meinem Aufenthalte in F. stattfand, also 2 Jahre vor unserm Kennenlernen.

Ich lebte damals in einem möblierten Zimmer in B. Im gleichen Hause hatte auch ein intimer Freund ein Zimmer gemietet. Wir nahmen das selbst hergestellte Morgenessen gemeinsam ein.

Als ich eines Morgens etwas vor 7 Uhr erwachte, 'sah' ich ein schwarzes, gräßliches Dunkel. Wie es in meiner Erinnerung auflebt, war dieses Dunkel sehr groß und besonders vor mir und in meinem vorderen Körper für mich in die Augen springend. Mein letzter Satz ist allerdings ein gesuchter und er gibt das Erlebnis nicht recht wieder, aber Ihrer spätern Frage, der Raumfrage dieser Erscheinungen zuliebe, suchte ich etwas davon zu schildern, was ich kaum beobachtete. Diese Erscheinungen wechselten stark und machten Verwandlungen durch.

Diesem Dunkel suchte ich zu entweichen. Nur mit großer Mühe konnte ich etwas überlegen in einem, bildlich gesprochen, Gemenge von Vorurteilen. Ich möchte sagen, der Gefühlston lebte in unsinnigen Gedanken, wie z. B. aus dem Fenster zu springen, mit, während einer Überlegung diese 'Zustimmung' fehlte.

Mit ungewöhnlicher Intensität und Alleinherrschaft fieberten tolle Einfälle. Vor dem Essen, dem Stuhle, ja vor dem eintretenden Freunde wurde ich von Ekel ergriffen. Ich wünschte diesem allem vollständiges Verschwinden.

'Fort ins Freie', daran klammerte ich mich während dieses Fehlens von gewohnten Assoziationen und Hervortretens eines unmenschlichen Seelenlebens. Mit der noch vorhandenen Beherrschung zog ich mich schleunigst an und verließ, fluchtartig, ohne gegessen zu haben, das Haus.

Draußen war es mir wohlher. Das etwas dunkle Zimmer, das durch ein Fenster Licht erhielt, war ich froh, außer Sehweite zu haben, fort vom Freunde zu sein. Das matt belichtete Fenster machte einen ähnlichen Eindruck wie schon oft eine vom Mond beleuchtete Flußpartie. Dieses letztere Gefühl, in ein Wasser zu springen, haben ja viele Leute.

Um 11 Uhr aß ich in M., einem Dorfe in der Nähe B.s. Vorher hatte ich, soviel ich weiß, nur eine Banane gegessen. Ich war froh bei meinem Mittagessen wieder in einem warmen, beschützten Zustande zu leben. Denn gerade damals hatte ich den Eindruck, daß, bildlich gesprochen, ein Riegel heute schnell geöffnet und sofort wieder verschlossen worden war; ein Riegel, der mich beschützte, allerdings auch eine Welt verschloß.

Ich hatte damals Ferien, die noch ungefähr einen Monat dauerten. In dieser Zeit hatte ich manche Lektüre zu verarbeiten geplant. Doch nirgends hatte ich Rast. Einige Tage war es besonders arg. Ich kam zu der Ansicht und war ihr damals auch einige Tage treu, daß in der Stadt herumzulaufen mich gesünder erhalte, als Spaziergänge in der Natur. Dafür bin ich sonst nicht, diesem Gerenn zuzuschauen und ein Mädchen-gesichtchen nach dem andern zu verschlingen. Doch die Natur war unheimlich. Ich lief beinahe den ganzen Tag, natürlich freudlos, herum, um nachts doch etwas zu schlafen. Denn bei Lektüre den Tag durch schlief ich eher noch miserabler.

Ungefähr ein halbes Jahr später erlebte ich dieses fürchterliche, unabhnbare Dunkel noch zweimal und zwar während der Nacht im Bett. Nur hatten diese Dunkelerlebnisse eine Fortsetzung. Das erstmal in einer undifferenzierten Erhellung, das zweitemal bewegten sich Funken usw. blitzartig in diesem Dunkel. Das letztere Erlebnis machte damals einen grandiosen Eindruck auf mich. Es war auch im Moment vorbei. . .

Wenn ich mich nicht sehr täusche, zeigte ein starkes Herzklopfen die erste der beiden zuletzt beschriebenen Erscheinungen an. Ich war nachher auch stark geschwächt, allerdings mußte ich nicht aussetzen.

Etwa $\frac{1}{4}$ Jahr vor meiner Eisenbahnfahrt nach F. trug ich ein einige Kilo schweres Reisekörbchen auf die Tramstation. Es war sehr heiß. Mit letzter Kraft erreichte ich die Haltestelle; ich war ungefähr 150 m gelaufen. Dort angelangt fiel ich auf dem Trottoir vollständig um. Ich wurde nicht bewußtlos und bekam gleich wieder Gewalt über meine Glieder, fuhr auch in einer Viertelstunde mit dem Tram an mein Reiseziel.

Vorher und seither war ich nie ohnmächtig.

Seit diesem Unfall erfühle ich mein Bewußtsein 'härter' und ein-töniger und Wahnideen stellten sich ein.

Diese letzteren hatten Sie in F. auch auszukosten. Mich dünken sie jetzt auch unglaublich. Ich will eine beschreiben.

Am zweiten Tage meiner Behandlung in F. glaubte ich, daß ein geliebtes Mädchen im Nachbarzimmer sei, in dem ich die erste Nacht verbrachte. Dieses unglaubliche Recht, als gesundes Mädchen in der Männer-abteilung sein zu können, erklärte ich mir teilweise aus ihrer Bitte, die Anstalt erst mit mir zu verlassen.

Diese Vorurteile stammen wohl zum größten Teil daher, es bestehe ein Gedankenaustausch zwischen dem Mädchen und mir in meinen diesbezüglichen Einfällen. Der Wunsch war der Vater des Gedankens.

Nach dieser Abschweifung kommen wir zur zweiten Frage: 'Glauben Sie diese Veränderungen auf irgendwelche äußern Anlässe zurückführen zu können?' Wie erwähnt, hatte die Ohnmacht Zerfall zur Folge, die Vererbung wäre zu berücksichtigen. Eine Vergiftung bei der Apothekerarbeit wäre in Frage kommend. Doch ist mir keine bekannt.

Die dritte Frage lautet: 'Betrafen die ersten fremden Sinneswahrnehmungen das Gefühl, das Gesicht, das Gehör oder Zustände in Ihrem Körper oder außerhalb desselben?'

Etwa $\frac{1}{4}$ Jahr vor unserm Kennenlernen kam durch ein Mädchen, das ich gerne sah, mein Seelenleben in eine ungewohnte Richtung. 'Geschwärm' hatte ich allerdings auch schon vorher für andere Mädchen. Nachts schwebte mir das Gesicht des Mädchens einmal sehr intensiv vor Augen. Seither zeigte es sich oft auch tagsüber. Das machte mir anfangs viel Freude. In B. versperrte es mir oft im Garten, wie auch sonstwo, den Blick in die Außenwelt. Wie Nebelfäden legte sich dies Bildchen, einem Schattenbild ähnlich, vor die Augen.

Mir kommt es vor, daß mit der Einsicht, daß es erbärmlich ist, einer Leidenschaft zu einem Mädchen wegen, die Welt zu vernachlässigen, daß also mit dieser Einsicht die geilen Einfälle und die Bilder vor den Augen abnahmen.

Ich habe mir diese Liebschaft während der Besserungszeit in B. aus dem Kopf geschlagen.

In der Nacht, die mir ein starkes Bild des Mädchens hinterließ, oder in einer der nächsten, erlebte ich folgendes. Ich war stark verwirrt, schwitzte fürchterlich, konnte nicht schlafen und entleerte den Urin ungefähr zehnmal.

Mein Körper kam mir vor, wie in der Brustgegend mit der Brust des geliebten Mädchens versehen. Ich empfand dort wollüstige Gefühle. Die Brust kam mir gelb vor, der übrige Körperteil grau-schwarz.

Über die Brust zogen sich (es entstand, soviel ich mich erinnere, erst nach der übrigen Ausgestaltung des Bildes zwei dünne, schwarze Striche, die zueinander senkrecht standen.

In der dunkeln Umgebung dünkten mich Personen anwesend zu sein, die ich aber nicht sah.

Das war kein Traum; denn ich war wach dabei.

Die eigentliche Frage direkt zu beantworten, fällt mir schwer. Im großen und ganzen sind visuelle 'unwirkliche' Sinneswahrnehmungen zuerst aufgetreten, sowohl innerhalb, wie außerhalb meines Körpers sich manifestierend. Auditive Wahrnehmungen traten später, in den Irrenanstalten, auf.

Eine auditive Wahrnehmung war z. B. folgende:

In den letzten Tagen in F. hörte ich nachts oft ein knatterndes, exaktes, starkes, andauerndes 'Signalisieren' (die Wirkung von Wahnideen), zeitweise auch ein Lärmen, wie wenn 30 Löffel ca. auf einen Metallteller aufschlugen in regelmäßigem Auf und Ab.

Ich wollte die Zeitangabe der 'fremden Sinneserscheinungen' mit

ihren Schilderungen angeben. Deshalb findet man dort Aufschluß über die vierte Frage: 'Welcher Art waren die ersten fremden Erlebnisse?'

Die fünfte Frage heißt: 'Hatten Sie das Gefühl, daß die Erscheinungen von innen aus Ihnen heraus kamen, oder daß sie Ihnen irgendwie von außen gemacht wurden?'

Je nach der Erscheinung muß ich mit einem 'Ja' oder 'Nein' antworten, oder mit 'gegen dieses Gefühl indifferent'.

Z. B. bei obigem Bilde, bei dem durch die Mädchenbrust durchsetzten Körperbilde, war der weibliche Brustteil mit dem Bilde meines übrigen Körpers stark zusammenhängend.

Die beiden schwarzen Striche, die in demselben Bilde vorkamen, machten den Eindruck des von außen Hinzugefügten.

Das Mädchenbild, das mir später so oft vor Augen trat, machte mir weder den Eindruck von außen hergekommen zu sein, noch den, mit meinem Körperbilde eng verbunden zu sein.

Im großen und ganzen nehme ich von diesen Dingen nichts mehr wahr (Frage 6). Vor ungefähr einem Monat geschah eine Ausnahme.

Vor meinem etwas abgelegenen Zimmer befindet sich ein Gang, der nachts nicht erhellt werden kann. Abends 'sah' ich bei dessen Durchschreiten ca. 2 m von mir seitwärts eine gräßliche Fratze. Es ist das Schattensbild einer Teufelsfigur einer theatralischen Aufführung. Den nächsten Abend, ungefähr um dieselbe Zeit, war dort das Bild noch einmal, aber schwächer, da. Seither ist es wieder verschwunden.

Die siebente Frage lautet: 'Wie gestaltete sich Ihre Beziehung zur Umwelt (Anschlußbedürfnis) lieber weiblichen oder lieber männlichen Verkehr?'

Als Kind war ich viel zu Hause im Zimmer. Unser Vater wollte nicht, daß wir auf der Straße spielten. Es wurde mir erzählt, daß ich gerne lange Zeit allein spielte.

Im untern Gymnasium, also während des 11.—15. Lebensjahres, wurde ich viel verspottet. Ich war körperlich schwach. Als ich 12 Jahre alt war, starb mein Vater.

Mein Vater, von Beruf Redakteur, nahm sich wenig Zeit für das Familienleben. Eindrücklich geliebt ist mir, daß fast jeden Tag ich von meinem Vater zum Fleischessen gezwungen wurde. Das meiste Fleisch widerstand mir sehr. Ich hatte Angst vor meinem Vater.

Das folgende will ich Ihnen als Arzt nicht verhehlen.

Nach einer Turnstunde, in der ich ausgelacht worden war, frug mich die Mutter daheim nach der Ursache meiner verweinten Augen. Nachdem sie diese erfahren hatte, nannte sie mich auch noch ein 'Ditti' (hochdeutsch = Puppe) usw.

Dies letztere mag mir die Offenherzigkeit gegen meine hoch zu schätzende Mutter zerstört haben.

Leider kam ich damals dazu, die Menschen als des Gehäßtwerdens würdig anzuschauen. Ich suchte nach einem Wege, mich ihnen gegenüber so zu stellen, um vor ihnen möglichst Ruhe zu haben. Ich hielt mein Innenleben mehr zurück und wurde kaltblütiger. In der letzten Schulzeit hatte ich auch wenig unter Gespött zu leiden. In der Schulzeit vom 15. Jahre an botanisierte ich viel. Gewisse, z. Teil philosophische Fragen

bewegten mich stark. In den letzten Schulklassen lernte ich einen Freund kennen, mit welchem ich gerade solche Fragen besprechen konnte.

Mich dünkte das Leben nicht menschenwürdig zu sein, ohne Aussicht, diese Fragen beantwortet zu erhalten.

Ein ebensolches Interesse und Suchen ersehnte ich weit mehr als andern Verkehr.

Ich sah die Schönheit der Mädchen gern; daneben sah ich in ihnen Geschlechtswesen. Dies grauste mir. Ich bedauerte, auch selbst einen Geschlechtsapparat haben zu müssen. Ein Freund gab mir während der Studienzeit den Rat, Mädchenverkehr aufzusuchen, um meine Passivität zu verlieren. Ein großer Teil dieses gesuchten Liebesverkehrs war für mich eine Qual. Nun, es dauerte auch nicht Monate. Wohl war ich dabei einmal recht verliebt und bekam zum Schluß einen Korb. Erst später verliebte ich mich in das Mädchen, wovon oben häufig die Rede ist, dessen Bild mir in den Irrenanstalten oft hervortrat usw.

Im großen und ganzen verkehrte ich wenig mit Mädchen. Ich habe eine Antipathie gegen Küsse. Auch das Mädchen, von dem ich geschildert habe, in daß ich recht verliebt war, und von dem ich einen Korb erhielt, bekam nur einen Kuß. Diesen brachte ich glücklich zustande, nachdem ein Freund vorher lange diesen als notwendig hingestellt hatte.

— Ich mag als verschlossene Natur gelten. —

Auf die Frage, ob ich lieber männlichen oder weiblichen Verkehr hatte, muß ich sagen, daß es mir auf den schon angedeuteten Gedankenaustausch in erster Linie ankam. Diesen fand ich früher nur bei männlichen Personen. Die Mädchen kamen mir doch fast langweilig vor; so sehr ich mich nach ihnen, außer Sprechweite von ihnen befindlich, zu ihnen etwa sehnte. Ich kam dazu, daß ein schönes Gesicht seiner Schönheit wegen bewundert werden kann und es verfehlt sein kann, weitere Verbindungen mit seinem Träger zu machen.

Nun, den direkten Beweis, daß Frauenzimmer auch höheres Interesse haben können, habe ich erlebt. Der Verkehr mit weiblichen Persönlichkeiten gehört zu meinen schönen Stunden.

Zu der achten Frage: 'Wie gestaltete sich Ihre sexuelle Entwicklung (Aufklärung, Onanie, Geschlechtsverkehr)' habe ich folgendes zu schreiben.

Aufgeklärt wurde ich durch meine Mutter nicht recht. Ich hörte dann hie und da etwas. Später las ich 'Die sexuelle Frage' von Herrn Prof. Forel teilweise. Das Geschlechtsleben kam mir als etwas Ekliges vor; es wäre mir lieber gewesen, es gäbe es nicht.

Als Schulknabe rieb ich etwa in naiver Weise die betreffenden Stellen, um Wollust zu erzielen. Später verbot ich mir das; doch machte ich oft eine Turnübung, bei der Spermatozoenentleerung eintritt. Ich legte die Füße unter ein Möbelstück, legte mich auf den Boden und bewegte die Brust mit dem Kopf auf und ab.

Ich habe wenig mit Mädchen, die zu meinem Alter 'passen', verkehrt. Zu etwas Nachbarlicherem, als zu einem Kuß und einer sanften, kurzen Umarmung, ist es nie mit einem Mädchen gekommen.

Doch mit männlichen Altersgenossen. Ein etwas älterer Jüngling liebte es, als ich ca. 17 Jahre alt war, auf dem Kanapee mit mir herumzuhantieren und glücklich lag er ca sechsmal auf mir. Wir waren teilweise entblößt, da wo wir einander berührten. Wir kannten einander ordentlich gut.

Später nahm er, ca. 18 Jahre alt, ein Schulkamerad und ich ein Sonnenbad an einem abgelegenen Waldrand. Dabei lag ich kurze Zeit auf ihm. Seither erinnere ich mich nicht solcher perversierter Aktionen.

Noch nachholen will ich, daß ich in der Schule einen Kameraden, den ich gut mochte, einen auf dem Lande aufgewachsenen Jüngling beinahe wie ein Mädchen liebte. Ich liebte es ausnahmsweise, mich mit ihm etwas herumzubalgen. Er zeichnete sich durch seine kaltblütige Geradheit aus. Dadurch erzürnte er manchen eingebildeten Lehrer. Er ist viel stärker als ich. Auf einem Schulpaziergange lagen wir nebeneinander auf teilweise derselben Decke. Dabei hatte ich lange Zeit meine Hand unter seinem Kopf, oder umgekehrt; ich bin das nicht mehr sicher. Mehr geschah nicht; auch dies nicht direkt absichtlich. Ich war davon beglückt.

Die neunte Frage heißt: 'Künstlerische Neigungen (literarisch, bildend, musikalisch).'

— Ich las wohl; aber nicht viel 'schöne Literatur'. Sie gab mir schöne Momente, doch nicht Antwort auf meine bohrenden Fragen. —

Künstlerische Begabung geht mir leider ab. Ich habe Freude am Malen. Doch treibe ich dabei viel Geometrie und habe keinen Sinn oder nur wenig für Farbenspiele, die das Licht hervorzaubert. Skizzieren kann ich etwas besser. Ich besuchte auch außerhalb der Schule ein Jahr lang Skizzierstunden...

Ausgesprochen musikalisch bin ich nicht, bin kein Sänger und kann nur ein wenig Klavierspielen. Bessere Musik liebe ich sehr.

Damit hoffe ich einigermaßen Ihrem Wunsche entgegengekommen zu sein. Manches davon mag zu korrigieren sein; doch habe ich mir Mühe gegeben, der Wahrheit zu entsprechen. Ich arbeitete lange, allerdings nicht kontinuierlich, in meiner freien Zeit daran. Mir selbst hat diese Arbeit manches wieder vor Augen gebracht unter zum Teil neuen Gesichtspunkten.

Für Ihre Anteilnahme danke ich Ihnen herzlich.«

Betrachten wir nun diese Selbstschilderung auf ihre objektive Verwendbarkeit, so kommt ihr diese in höherem Maße zu als etwa der Schilderung eines Psychiaters, auch wenn er sich, wie *Gruhle* verlangt, »a limine schizophren« einfühlte. Ohne auf speziellere Fragen schizophrenen Geschehens eingehen zu wollen, ist hervorzuheben, wie der Kranke hier von organisch anmutenden Veränderungen überfallen wird (Nebelsehen, Funkensehen, später auch Lärmen von Löffeln auf Metalltellern), die in ihrer Primitivität an Halluzinationen organisch Hirngeschädigter erinnern. Der Interessierte wird auch den psychogenen Überbau und das rein Reaktiv-Erlebnismäßige in der Selbstschilderung ohne Mühe (neben Primär-Halluzinationen *Bleulers*) herausfinden.

Man wird hier (mit *Hoche*) den von den Analytikern postulierten Ödipus-Komplex vermissen. Wir finden Andeutungen von Ablehnung des Vaters. Wenn wir aber genauer lesen, wird auch die Mutter abgelehnt. Aus anderen hier nicht geschilderten Explorationen ergibt sich überhaupt eine Ablehnung der ganzen Familie und eine Neigung, sich vorzugsweise an Fremde anzu-

schließen. Diese Neigung mag außer einer wohl von jeher bestehenden Ambivalenz auch eine gewisse negativistische Komponente erhalten.

Hier soll jedoch weniger auf theoretische Probleme der Schizophrenie eingegangen werden, als auf die Frage: Was können wir für unsere therapeutischen Bemühungen lernen?

Da ist es nun bemerkenswert, daß der Kranke in dem akuten Stadium seiner Erkrankung in F. weder auf die Bädetherapie noch auf den Dauerschlaf innerlich reagiert hat, nur den äußeren und vor allem den nach außen projizierten Zwang hat er empfunden. Wir finden hier das interessante Phänomen spezifischer Reaktionsbereitschaft wieder, das wir aus der Entwicklungsmechanik (*F.E. Lehmann*) der Spemann-Schule auch auf Reaktionsformen der Psychose übernehmen können. Was früher bei der individuell schwankenden Wirkungsweise der Schlafmittel beschrieben wurde (*A. Friedemann*), sehen wir auch bei den Beeinflussungsversuchen psychotischer Phänomene: gleiche therapeutische Bemühungen können je nach der Reaktionsbereitschaft des Individuums wirksam oder unwirksam werden. (Eine Analogie der inneren Medizin wäre etwa die Digitalisierungs- oder Camphorisierungsmöglichkeit des Herzens, die zu optimalem Erfolge ebenfalls eine spezifische Reaktionsbereitschaft des kranken Körpers voraussetzt.) Aus dem äußerlichen Verlaufe der Erkrankung könnte man vielleicht einen inneren Protest gegen die Sanatoriumsbehandlung (Schwitzbäder, gemeinsame Lesestunden) herauslesen wollen. Wer will aber entscheiden, wo hier normal motivierbare innere Strebungen und krankhafte Geschehen zusammentreffen?

Mit einiger Sicherheit kann man nur soviel sagen: nach dem Abklingen der massiven Symptome wurde hier eine gewisse Empfänglichkeit für helfende Einflüsse der Umwelt deutlich, die in B. in ausgezeichneter Weise einsetzten. Aus der Selbstschilderung sehen wir, wie auch der gebildete Kranke gerne die primitive Arbeit ausführt, die ihn aus autistischer Quälerei zu lösen vermag, wir sehen aber auch, wie die Rolle des Pflegepersonals sich fruchtbar auswirkt, um dem in Selbsteinsamkeit verhärteten Kranken, der sich von Kindheit an auf sich selbst zurückgedrängt fühlt, wieder den Anschluß an die Umwelt möglich zu machen.

Der Mitkranke ist anscheinend nicht ganz ohne Einfluß, wie wir hier sehen. Sicher spielt der Mitkranke im Irrenhause nicht die wichtige Rolle, die ihm manche Angehörige zuschreiben möchten, ebenso sicher kann aber doch auch bei empfänglichen Leuten einmal Erregung, Mißvergnügen oder ein andermal gute Stimmung und Heilungswillen ausgelöst werden. Aus der Selbst-

schilderung kann vielleicht eine Bestätigung für die Auffassung erfahrener Psychiater hergeleitet werden, daß sich therapeutisch manches schon dadurch erreichen läßt, daß man nach Möglichkeit geeignete Zimmergenossen zusammenlegt, die sich in ihrer Erregung gegenseitig dämpfen, oder die zum mindesten keinen schädlichen, Erregung und Ablehnung provozierenden Einfluß aufeinander ausüben. Jeder könnte aus eigener Erfahrung auf asoziale Psychopathen hinweisen, deren Einordnungsfähigkeit durch vorübergehenden Aufenthalt auf Unruhigen-Stationen gebessert worden ist; jeder kennt den suggestiv gefärbten Genesungswillen bei vielen Psychopathen auf geeigneten Stationen; und jeder kennt schließlich Beispiele unerträglicher Situationen, die durch ungeheure Kombination von Epileptikern, paranoiden, geltungssüchtigen Psychopathen und womöglich noch unzufriedenen Rentenhysterikern in manchen Krankensälen entstehen können.

Vielleicht ist dieser Beitrag dazu angetan, den rechten Mittelweg zwischen überspannter Therapeutik (vor der *Homburger* und andere so beherzigenswert warnten) und allzu resigniertem Nihilismus bahnen zu helfen (wie doch *Kretschmer* und andere uns seelische Behandlungsmöglichkeiten gerade bei Psychosen gezeigt haben).

Literatur.

- E. Bleuler*: Lehrbuch der Psychiatrie.
A. Friedemann: Klinische vergleichende Untersuchungen zur individuellen Reaktion auf Schlafmittel bei oraler und rektaler Darreichung. D. m. W. Nr. 21, 1930.
H. W. Gruhle: Die psychologische Analyse eines Krankheitsbildes. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 90. S. 850. 1930.
A. Homburger: Die Gefahren der Überspannung des psychotherapeutischen Gedankens. Nervenarzt I, 1. 1929.
E. Kretschmer: Psychotherapie der Schizophrenie und ihrer Grenzzustände. Z. Neurol. Bd. 121. H. 1/2.
F. E. Lehmann: Die Entwicklung des Anlagemusters im Ektoderm der Tritongastrula. *Wilh. Roux' Arch. f. Entwicklungsmech. d. Organismen*. Bd. 117. 2. Teil. 1929.
-

(Aus der psychiatrischen u. Nervenlinik der Universität Bonn — Direktor
Professor Dr. *Hübner*.)

Vortäuschungen von Unfällen und ihren Folgen in gewinnsüchtiger Absicht.

Von

Marianne Conen-Bonn.

Fälle von Versicherungsbetrug gab es schon in vorchristlicher Zeit, als noch gar keine Versicherungen im heutigen Sinne des Wortes bestanden. Vor 2150 Jahren, zur Zeit des zweiten punischen Krieges, hatte der römische Staat die Haftung für die Schäden von Heeressendungen auf dem Meere übernommen, sofern der Schaden durch Sturm entstanden war. Es war schon damals keine Seltenheit, daß Schiffbrüche erlitten wurden, oder es wurden bei wirklichen Schiffbrüchen Sturmschäden vorgetäuscht, während der Unfall auf eigenes Verschulden zurückzuführen war. Es kam sogar vor, daß auf alten baufälligen Schiffen wenig minderwertige Ware verladen wurde, die dann auf hohem Meere versenkt wurde, und der Staat mußte für diesen Schaden zahlen.

Die ersten Versicherungen im modernen Sinne gab es um die Mitte des 15. Jahrhunderts in Barcelona. Die Seeversicherung stand dort in vollster Blüte und mit ihr auch der Versicherungsbetrug. Dafür spricht eine Gesetzesbestimmung von 1584, wonach Versicherungsbetrug mit 100 Barcelonischen Livres bestraft wurde.

Das Gemeinsame der Erfahrungen, über die ich nach *Hirsch* und *Leppmann* zunächst berichten möchte, liegt darin, daß einzelne Personen gewissermaßen serienweise Unfälle vortäuschen und längere Zeit davon leben, wie andere vom Heirats- oder Kautionschwindel.

Die harmloseste Form ist der Spitalsbruder, der einen Unfall arrangiert, um von der Straße weg ins Krankenhaus gebracht zu werden und sich dort pflegen und versorgen zu lassen. San.-Rat *Leppmann* berichtet von einem Fall, der seit 15 bis 20 Jahren laut gerichtlicher Feststellung davon lebt, daß er Unfälle oder plötzliche Erkrankungen auf der Straße fingiert

und sich von mitleidigen Menschen auflesen und ins Krankenhaus bringen läßt, wo er dann noch allerlei dazu schwindelt, um in die erste Verpflegungsklasse zu gelangen; findet er im Krankenhaus Schwierigkeiten, dann tobt er, bekommt Anfälle und wird in der Irrenanstalt weiter gratis verpflegt.

Die meisten Personen, die als rückfällige Unfallvortäuscher bekannt sind, haben das Gemeinsame, daß sie sich auch in ihrer übrigen Lebensführung als Kriminelle, und zwar als psychopathische Kriminelle darstellen.

Ein Patient T. begnügte sich mit bescheidenen Bezügen aus der Arbeiterversicherung. Im April 1906 fiel dem Patienten tatsächlich ein hölzerner Luftschaft auf den Kopf. Der Effekt war eine Beule. Die von ihm behauptete Bewußtlosigkeit war nach Aussagen der Zeugen nicht vorhanden. Die klinische Beobachtung ergab, daß eine von ihm angegebene Hörstörung auch nicht bestand. Aber man fand eine leichte Schwäche der linken unteren Gesichtshälfte und schloß daraus auf eine vorhergegangene Blutung im Schädelinneren. Er bekam 20% Rente. Eine spätere klinische Untersuchung ergab eine mäßige Nervosität, weiter nichts. Damals erhielt er dennoch seine Rente weiter und wurde 1907 mit 630 Mark abgefunden. Ganz kurze Zeit später passierte dem T. ein zweiter sogenannter Unfall: T. arbeitete in einem Rohrgraben, und durch einen vorüberfahrenden Straßenbahnwagen wurde ihm Erde auf Kopf und Schultern geschüttet. Die Augenzeugen haben nicht wahrgenommen, daß ihm dabei irgend etwas passiert war, er arbeitete weiter. Aber 9 Tage später ging er zum Nervenarzt; es war inzwischen aus dieser kleinen Affäre ein großer Unfall geworden: »Es war ihm ein schwerer Mauerstein auf den Kopf gefallen, und er war über eine Stunde bewußtlos gewesen.« Er bekam monatelang Krankengeld und der Unfallgutachter nahm eine Unfallnervenschwäche mit $33\frac{1}{3}\%$ Erwerbsbeschränkung an. Er hat es nachher im selben Jahr noch durchgesetzt, daß er wegen einer Knöchelquetschung 72 Mark im Monat bekam.

In einem anderen Fall, der ebenfalls von *Hirsch* und *Leppmann* angegeben ist, beschaffte sich ein Unfallschwindler die erforderlichen ärztlichen Gutachten auf einfache Weise, indem er Namen und Stempel eines San.-Rats Bach fälschte und unter diesem Namen die Gutachten herstellen ließ.

Intellektuell weit über diesen bescheidenen Schlaubergern stand aber ein Schwindlerpaar namens P. und Sch., von denen der eine, wahrscheinlich mit medizinischer Unterstützung des anderen, aber auch mit eigener großer Geschicklichkeit arbeitete. P. hat angeblich vier schwere Unfälle erlitten.

1. Unfall: Am 15. April 1925 abends nach 10 Uhr stürzte P. in Ch. von der Treppe, die von der P.-Straße nach dem Tunnel führte, und soll mit Kopf und Rücken aufgeschlagen sein. Nach dem Unfall war P. in Behandlung bei einem praktischen Arzt, der eine Nierenquetschung und Verletzung des Rückenmarkes annahm. P. klagte über starke Kopfschmerzen, Schmerzen im Rücken, über Taubsein in beiden Armen, die er nur langsam bewegte, und wies eine Lähmung beider Beine auf. Am nächsten Tage wurde festgestellt, daß im Urin reichlich rote Blutkörperchen waren. Außerdem sollten beide Beine völlig empfindungslos sein. Im Mai waren die Arme wieder frei beweglich, an den Beinen war kein Muskelschwund. Am rechten Bein war völlig normales Empfindungsvermögen vorhanden, dagegen zeigten sich am linken Bein, und zwar an der Außenseite des Oberschenkels erhebliche Störungen in der Sensibilität. Handbreit unterhalb des Knies war das Empfindungsvermögen ganz aufgehoben. Der Arzt blieb deshalb bei seiner Diagnose: Stauchung der Wirbelsäule und Nierenquetschung. P. schleppte das linke Bein nach. Einige Zeit später wurde von einem Chirurgen eine Röntgenplatte angefertigt, und auf Grund dieser ein Bruch des 11. und 12. Brustwirbels festgestellt. Die Röntgenplatte hat sich später nicht mehr auffinden lassen! Dem Patienten wurde sofort ein Gipskorsett angefertigt, und im Laufe von 14 Tagen war eine wesentliche Besserung eingetreten. P. war damals unter seinem wirklichen Namen als Apotheker gegen Unfall versichert und erhielt von der Versicherungsgesellschaft eine Abfindungssumme von 4000 Mark ausbezahlt.

2. Unfall: Am 1. September 1925 vormittags um 11 Uhr erlitt P. wieder unter dem Namen »Apotheker P.« einen Unfall dadurch, daß er auf der Treppe des Überführungssteiges der Eisenbahn ausglitt und derart auf die Treppenstufen fiel, daß ein »Bruch der Wirbelsäule« entstand. Er wurde in »bewußtlosem Zustand« mittels Sanitätswagens ins Krankenhaus gebracht. Im Krankenhause wurden Rückenmarksquetschung, Hämatomyelie, Lähmung von Blase und Mastdarm und der unteren Extremitäten und Nierenblutungen festgestellt. Heftigste Schmerzen bei kleinsten Bewegungen der Wirbelsäule. An den Armen bis zu den Ellenbogen Kribbeln, Anästhesie und Analgesie. Beide Beine waren schlaff gelähmt. Die Knie und Achillessehnenreflexe sollen gefehlt haben. Der Unterkörper war etwa bis zur Nabelhöhe hinauf ohne Berührungs- und Schmerzempfindung. Katheterurin klar. Eine Röntgenaufnahme ergab verdächtige Stellung der Dornfortsätze 5—2, keinen sicheren Befund. Es traten wieder Erythrozyten im Urin auf. Nach sorgfältiger Behandlung und Gehübungen besserte sich der Zustand erheblich, diesmal wurde das rechte Bein nachgeschleppt. Es blieben außerdem Beschwerden beim Wasserlassen. Die Blase konnte angeblich nur mit Hilfe der Bauchpresse oder durch manuellen Druck auf die Blasegegend entleert werden. Stuhlbrand wollte P. überhaupt keinen empfinden. Die Reste des angeblichen Unfalles waren diesmal erheblicher als das erste Mal. Die Gefühlslosigkeit war in beiden Beinen bis zur Hälfte und reichte vorn bis über den Nabel, hinten bis zum 11. B. W. D., Genitalien und Damm waren völlig gefühlslos. Die Gelenke an den Beinen waren alle frei. Das linke Bein gut beweglich. Rechts waren nur im Fußgelenk zuckende Bewegungen ausführbar. Alle Muskeln sprachen auf Faradisieren gut an. Die Prognose lautete dahin, daß eine gewisse Beeinträchtigung wohl für Lebenszeit bei P. bestehen bleiben werde. Er erhielt vorläufig 6000 Mark von der Versicherung. Als diese in Er-

fahrung gebracht hatte, daß P. in demselben Jahre bei einer anderen Versicherung einen Unfall angemeldet hatte, stellte sie ihre Zahlungen ein.

3. Unfall: Der angebliche Apotheker P. arbeitete jetzt als »Studiosus Helmut Jansen aus Marburg«. Sein Komplize, der falsche Arzt Sch. berichtet am 31. 8. 26, daß Jansen am Abend vorher einen schweren Radunfall erlitten habe. Er gab gleich den ersten Krankenbericht: Patient sei völlig bewußtlos gewesen und habe erbrochen. Weite, starre Pupillen, die auf Licht-einfall nicht reagierten. Konjunktival- und Cornealreflexe erloschen. Bauchdeckenreflexe leicht angedeutet, links stärker als rechts. Etwa 2 cm lange Rißwunde an der linken vorderen Schädelgegend. Schürfung der linken Wange. Herz und Lungen o. B. Keine Frakturen oder Luxationen. Der Patient sei bis zum nächsten Morgen 10 Uhr bewußtlos gewesen. Beim Er-wachen aus dem Coma zeigte er eine schlaffe Lähmung der linken Körper-hälfte und sensible Störungen rechts. Urin gehe spontan ab. Starke Kopf-schmerzen. Pupillen weiterhin starr, reaktionslos. Patient könne sich auf nichts besinnen. Diagnose: Gehirnerschütterung und wahrscheinlich Schädel-basisfraktur. Der Studiosus soll mit dem Arzt Sch. eine Radtour unter-nommen haben; es sei dem Studenten plötzlich etwas ins Auge geflogen, er habe die Gewalt über sein Rad verloren, sei hingestürzt und zwar gegen ein eisernes Brückengeländer. Er sei Sportsmann, rauche und trinke wenig. — Der angebliche Sch., ein Freund des P. hat dann weitere Berichte erstattet. Die beiderseitige Pupillenstarre halte an, desgleichen das Fehlen der Corneal-reflexe. Es zeige sich links eine schwache motorische Lähmung, heisere Sprache und »Sormolenz«. (Hier ist dem falschen Doktor ein Fehler unter-laufen, gemeint ist nämlich »Somnolenz«.) Der Krankenhausarzt bestätigte den Befund: Bewußtlosigkeit, aufgehobene Cornealreflexe. Nach 12 Stunden Rückkehr des Bewußtseins, schlaffe Lähmung des linken Armes und Beines. Inkontinenz der Blase mit ständigem Harträufeln. Diagnose: Intracranialer Bluterguß. Um die Sache zu einem günstigen Ende zu führen, teilte P. seiner Versicherung mit, er würde sich in die Heilstätte G. begeben, wo sein be-handelnder Arzt Sch., als Assistent weile. Die Versicherung schickte ihn aber in das Krankenhaus Eppendorf, wo er vom 30. November bis zum 2. De-zember 1926 lag. Hier sollte eine Cystoskopie mit Uretherenkatheterismus vorgenommen werden, weil bei Jansen eine schwere Hämaturie festgestellt war. Er lehnte diesen diagnostischen Eingriff ab und erreichte dadurch, daß er sich gegen eine Zahlung von 2000 Mark für abgefunden erklären konnte.

4. Unfall: Schon am 21. Februar 1927 erlitt P., der sich inzwischen in einen »Diplomingenieur Helmut Müller« aus Magdeburg verwandelt hatte, beim Aufenthalt eines Personenzuges auf einem Bahnhof während des Aus-steigens aus einem Abteil zweiter Klasse einen Sturz mit schwerer Gehirn-erschütterung, Bewußtlosigkeit und starker Blutung aus Nase und Mund. Der Bahnarzt ließ ihn sofort zum Krankenhaus transportieren. Der Verun-glückte war wieder bis zum nächsten Morgen bewußtlos. Infolge eines Blut-ergusses ins Gehirn war diesmal die rechte Körperhälfte gelähmt. P. war angeblich auf eine Apfelsinenschale getreten und mit dem Hinterkopf auf die Kante des Trittbrettes aufgeschlagen. Der Krankenhausarzt bescheinigte: Vollständige Bewußtlosigkeit, frische Blutung aus der Nase, reaktionslose weite Pupillen. Erste Diagnose: Gehirnerschütterung und Blutungen ins Ge-hirn. Am 22. 2. 27 Bewußtlosigkeit aufgehoben. Vollständige Lähmung des

rechten Armes, des Bauches und beider Beine. Starke Druckempfindlichkeit des 12. B. W. D. Zweite Diagnose: Quetschung des rechten Rückenmarkes in der unteren Brustwirbelsäule. Am 26. 3. 27 ist der Verletzte noch fest bettlägerig. Teilweise Lähmung des rechten Armes, vollständige Lähmung beider Beine, teils von Blase und Darm. Die Röntgenuntersuchung soll einen Bruch des 12. B. W. ergeben haben.

Plötzlich wurde P. aus dem Krankenhause heraus verhaftet. Der falsche Arzt Sch., ein früherer Fürsorgezögling, war nämlich inzwischen festgenommen worden, und dadurch kam das Schwindelmanöver des P. ans Licht. Im Untersuchungsgefängnis ging es ihm von Tag zu Tag besser, und trotzdem bescheinigte ihm eine der ersten Nervenkliniken im Juni 1927 folgendes: Störungen der Blasenfunktion, Lähmung des rechten Beines bis auf schwache Bewegungen der Zehen und des Fußgelenkes, leichte Umfangminderung. Bei erhaltener elektrischer Erregbarkeit gesteigerte Patellarreflexe mit Klonus bei sonst fehlenden Pyramidensymptomen. Aufhebung der Empfindlichkeit für Schmerz, Temperatur und feine Berührungen im Bereich des rechten Beines heraufgehend bis handbreit über den Nabel, bzw. unterhalb des Schulterblattes, links Sensibilitätsstörung nach Reithosenart. Es handelte sich demnach um eine Rückenmarkschädigung vom 12. B. W. an abwärts. Die Symptome wurden auch so klar und in gewissem Grade schulgemäß dargeboten, daß sie nur jemand vortäuschen konnte, der über gutes neurologisches Rüstzeug verfügte. Die letzten neurologischen Befunde im Sommer 1928 (Dr. *Leppmann*) lauteten folgendermaßen: P. ist ein zartgebauter, schwächtiger Mensch mit gering entwickelter Muskulatur, leidlichem Fettpolster am Bauche. Er zeigt bei der Untersuchung fleckige Rötung an Brust und Hals. Das Gesicht sieht wie gedunsen aus, der Achselschweiß tropft. Überstreichen der Haut bewirkt Nachröten. Die rechte Pupille und Lidspalte sind enger als die linke. Die Pupillen sind kreisrund, reizfähig, die Augenbewegungen frei. Beim Abwärtssehen gehen manchmal die Oberlider nicht mit, so daß das Weiße über dem Augapfel zum Vorschein kommt. Gesicht, Zunge und Gaumen werden regelrecht bewegt. Hornhautreflexe sind erhalten. Sprache ist geläufig, Stimme klar. Herz und Lungen o. B. Der Patient trägt ein Urinal, das immer trocken ist, auch Bett und Hemd waren immer trocken. An der Wirbelsäule sind keine Formveränderungen erkennbar. Es besteht kein Druck- und Klopf-schmerz. Alle Bewegungen der Wirbelsäule sind ausgiebig und schmerzlos. P. kann ohne Stock gehen, er schleppt das rechte Bein mit der ganzen Sohle über den Fußboden nach, kommt flink vorwärts. Die Schwielen an der linken Hacke ist derber als die an der rechten. Gelenke sind alle frei beweglich. Die Muskulatur ist am rechten Bein in geringem Umfange weniger entwickelt als

links. Die grobe Kraft ist in beiden Beinen herabgesetzt. Die elektrische Untersuchung ergibt an beiden Beinen nichts Besonderes. Beide Hände schwitzen gleichmäßig. Bauch-, Knie-, Achilles-, Unterarm- und Fingergrundreflexe regelrecht und seitengleich. Kein Babinski, kein Rossolimo, keine Kloni. Bei der ersten Sensibilitätsprüfung im Juni wurde eine Unempfindlichkeit gegen Berührung und spitz-stumpf an beiden unteren Gliedmaßen, abschließend mit dem Hüftbeinkamm und den Leistenbeugen nach oben angegeben. Bei der zweiten Untersuchung am 29. 8. betraf die angebliche Unempfindlichkeit den Geschlechtsteil und den Hodensack sowie einen Bezirk, der beiderseits in Form eines Dreiecks mit der Spitze nach unten die Innenseite der Oberschenkel einnahm. Bei der dritten Prüfung, eine Woche später, wurde der Patient unsicher, gab dann genau jede Berührung überall an. P. macht einen nicht unintelligenten Eindruck, ist willig, aufmerksam, schlagfertig, braucht Fremdwörter richtig, ohne damit zu protzen. Von all den »Wirbelbrüchen, Rückenmarksschädigungen, Gehirnerschütterungen, Nierenquetschungen« war also so gut wie nichts übriggeblieben.

Der Komplize des P. wurde im April 1927 wegen hohen Fiebers ins Lazarett des Untersuchungsgefängnisses eingeliefert. Er sei bei seiner Verhaftung vom Treppengeländer gestürzt und habe dabei eine Verletzung der Wirbelsäule mit Blasenlähmung davongetragen, könne den Körper, spez. die Beine nicht bewegen, nur die Arme. Im Lazarett fand sich in der Gegend der dritten und vierten Rippe links inmitten einer alten Narbenmasse eine etwa Fünfmarkstück große, ödematös geschwollene und gerötete Stelle, in deren Mitte eine mit Schorf bedeckte Wunde. Auf eindringliches Befragen gab er an, er habe sich mit einem Nagel einen Streifen Hemdenstoff, den er vorher durch seine Rima Ani gezogen habe, in die Brust gestoßen. Die Wunde wurde erweitert, es entleerte sich stinkender Eiter und ein Leinwandstreifen. Später fand sich in der gebildeten Abzeßhöhle eine abgebrochene Rasierklinge, Haarnadeln, ein Eisenstück usw. Es entwickelte sich eine Lungengangrän, die zur Sepsis und zum Exitus führte. Durch den Tod des Sch. sind die Versicherungsbetrügereien des P. in weitem Maße aufgedeckt worden. P. war daraufhin geständig. Sch. war der geistige Urheber der Betrügereien. Er hat dem P. auch die Medikamente beschafft, durch die er zahlreiche Symptome vortäuschen konnte und ihm ständig Verhaltensmaßregeln gegeben. In der Wohnung des P. wurden von der Polizei beschlagnahmt: Atrop. sulf., ins Auge geträufelt, bewirkt eine extreme Erweiterung der Pupille, die auch auf Lichteinfall nicht verschwindet. Durch dieses Symptom wollte P. im Verein mit Ausfluß von Blut aus Nase und Ohr eine Schädelbasisfraktur vortäuschen.

Scopolamin. hydrobrom. in Dosen von 0,005 bewirkt eine starke Herabsetzung des Bewußtseins mit stark verringerter Reflexfähigkeit, ein Zustand, in dem die bewußte Unterdrückung von Bewußtseinserscheinungen unschwer zu bewirken ist.

Da P. außerdem Lehrbücher berühmter Neurologen, namentlich über die Simulation nervöser Symptome, genau studiert hatte, war es für ihn leicht, die Klippen einer neurologischen Untersuchung zu umgehen.

Interessant ist, daß P. die Nierenblutungen vortäuschte, indem er sich Blutserum in die Harnröhre spritzte.

In der Verhandlung vom 20. November 1928 wurde P. zu der gelinden Strafe von drei Jahren Gefängnis verurteilt, worauf noch einundeinhalbes Jahr Untersuchungshaft angerechnet wurden.

Ein anderer Fall, der lange die verschiedensten Versicherungsgesellschaften durch Betrügereien beschwindelt hat, ist Zeber.

Er arbeitete als 24-jähriger Müller von 1902—1908, jedes Jahr die Stelle wechselnd. Während dieser Zeit ist er angeblich siebenmal im Betrieb verunglückt. Er lag im ganzen fast drei Jahre in Krankenhäusern und Kliniken herum und erschwindelte auf diese Weise 20000 Mark. Meist führte Zeber die angeblichen Unfälle im Herbst herbei, verbrachte den Winter im Krankenhaus und war im Frühjahr wieder munter. In all den sieben Fällen handelt es sich um einen Sturz aus der Höhe, Leiter, Aufzug oder Treppe. Nach dem Unfall gibt er an, er könne nicht mehr gehen und bleibt liegen. Der erste behandelnde Arzt glaubte dieses, baute darauf seine Diagnose auf und beeinflusste so auch die der später untersuchenden Ärzte. Da Zeber die Ärzte häufig wechselte, war jedem Arzt nur der eine Fall bekannt, die vorangegangenen Unfälle verschwie er. Zeber verstärkte im Laufe der Zeit die Symptome und Beschwerden der vorgespiegelten Unfälle. Die Diagnose der Ärzte wurde also von Fall zu Fall ernster. Beim ersten Unfall lautete die Diagnose: Beckenbruch, wenn auch das Röntgenbild die Diagnose nicht bestätigte. Im zweiten Unfall lautete die Diagnose: Beckenbruch mit Lähmung des rechten Beines durch Nervenquetschung. In einem späteren Fall: Diagnose auf Bruch der Wirbelsäule, Quetschung des Rückenmarkes und Lähmung beider Beine und des linken Armes. Im fünften Fall stellte der Arzt wieder Verletzung der Wirbelsäule, Rückenmarksblutung mit Lähmung der Blase, beider Beine und des linken Armes fest. Im letzten Fall wurde die Diagnose im November 1908 in St. Gallen auf bleibende Invalidität oder Tod gestellt. Der interessante Patient wurde im Hörsaal den Studenten vorgestellt als Verletzung des Rückenmarkes, und zwar als Quetschung durch einen Knochensplitter mit infauster Prognose. Interessant ist nun nach allem das Gutachten, das der ärztliche Sachverständige, dem die Krankengeschichten aller sieben Unfälle vorlagen und der den Schwindler längere Zeit beobachtete, vor Gericht erstattete: »Der Mann ist Hysteriker.« Er hat rechts, besonders am rechten Bein auch jetzt noch eine Zone, deren Empfindlichkeit herabgesetzt ist. Er zeigt rechts leichtes Hinken. Wenn er die von den Ärzten diagnostizierten schweren chirurgischen Verletzungen in der Schwere und

der Häufigkeit und der raschen Aufeinanderfolge alle durchgemacht hätte, wäre er längst zugrunde gegangen. Er sei jetzt ein Mann von riesenhaftem Körperbau, der im Vollbesitz seiner Kräfte sei. Die Krankheitserscheinungen, die nach den Unfällen auftraten, dürfen nicht als Ausdrucksformen einer Hysterie angesehen werden. Die hysterischen Lähmungen pflegen sich allmählich während der ärztlichen Behandlung herauszustellen und steigern sich durch den Kampf um die Rente, wie durch die Bewilligung einer Rente. Umgekehrt in diesem Falle. Schwerste Erscheinungen unmittelbar im Anschluß an den Unfall und Verschwinden, nachdem seine Ansprüche befriedigt sind.

Zeber wurde am 31. Januar 1910 zu Tübingen wegen Betrugs zu 4 Jahren Gefängnis und 5 Jahren Ehrverlust verurteilt.

Ein Infantrist wird angeblich durch Explosion einer Granate zu Boden geworfen und ist seitdem taubstumm. Übrumpelungsversuche schlugen fehl. Es wurde ihm eines Tages angedeutet, er solle sich auf den Operationstisch legen, was er bereitwilligst tat. Aufträufeln von Äther auf eine vorgehaltene Maske. Im Ätherrausch antwortete der Mann auf die an ihn gestellten Fragen, versuchte nachher wieder den Taubstummen zu spielen. Auf Warnung hin gab er den Betrug zu.

Einen sehr guten Fall hat *Florschütz* (Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1912 Nr. 25) aus Gothaer Material veröffentlicht.

Der Kaufmann D. fuhr, nachdem er die Reise einige Tage vorher vorbereitet hatte, morgens um 2 Uhr mit einem gemieteten Fuhrwerk fort. Um 6 Uhr kamen Pferd und Wagen zurück. Im Wagen lag D. mit einem Strick um den Hals und mit auf den Rücken gebundenen Armen. Sofort angestellte Wiederbelebungsversuche, bei denen die Stricke durchschnitten waren, blieben erfolglos. Nach seinen Büchern und nach Bekundungen seines Gehilfen hatte D. bei seiner Abfahrt 2000 Taler, teils in Scheinen, teils in bar (in drei Schrotbeuteln) mitgenommen, die bei der Leiche fehlten. Die Fesseln waren nach Angabe der Zeugen so fest verschnürt gewesen, daß diese Knötung ein anderer als D. vorgenommen haben mußte. Die Schrotbeutel und eine Kiste, in der Beutel gelegen hatten, wurden leer gefunden. Die Obduktion ergab einen Befund, der »die Kennzeichen des Todes durch Erdrosselung mittels der um den Hals vorgefundenen Schnur bei gleichzeitiger Abwesenheit aller Zeichen einer anderweitigen Todesart erwies.« Die Erdrosselung mußte auch von fremder Hand geschehen sein, weil die Hände des Toten sehr fest zusammengeschnürt waren. Im Volke tauchte schon nach ganz kurzer Zeit das Gerücht auf, D. habe einen Helfershelfer gehabt, um die Versicherung zu betrügen. Geld habe er überhaupt keins mitgehabt, sondern Schrot. Auch insofern liege Täuschung vor. Aus verschiedenen Erwägungen heraus, namentlich der, daß sich niemand zu einer derartigen Tat als Helfershelfer hergeben werde, wurde dieses Gerücht aber schließlich als unzutreffend angesehen. Die Witwe bekam die Versicherungssumme. Vier Jahre später erhielt die Gesellschaft ein Schreiben, aus dem hervorging, daß D. sich selbst aufgehängt hätte, um der Familie die Versicherungssumme zu verschaffen. Er habe dann einen Bekannten gebeten, ihn loszuschneiden, zu fesseln und dann die Leiche auf dem Wagen zurückzuschicken. Die Beutel und die Kiste sollte er fortwerfen. Der Helfer meldete sich zunächst nicht persönlich. Das geschah vielmehr erst viel später, nachdem inzwischen ein Zivilprozeß entstanden war,

in welchem das Landgericht bei der Annahme blieb, daß Mord vorliege. Weitere acht Jahre später erhielt die Gesellschaft wieder einen Brief, in dem der Helfer sich endgültig zu erkennen gab, und, da er in Not geraten war, um Geld bat. Ursprünglich hatte er dem Verstorbenen seine Hilfe nur geliehen, um ihn vor dem Odium des Selbstmordes zu bewahren. Von der Versicherung hatte er nichts gewußt. Als die Gesellschaft den Namen des Helfers wußte, erstattete sie Anzeige wegen Betrugs. Eine Verfolgung des Angeschuldigten war aber ausgeschlossen, weil die Tat verjährt war.

Ein bekannter Skifahrer, der 32jährige Kaufmann P., unternahm Anfang August 1925 eine Skitour in die St'erer Alpen. Auf der M'erer Hütte ließ er sein Gepäck zurück und wollte angeblich zur B'erer Hütte wandern, wo er sich mit einem anderen, den er dort hinbestellt hatte, treffen wollte. Er traf aber dort nicht ein. Es wurde eine Hilfsexpedition entsandt, die tagelang nach P. suchte. Schließlich fand man seine zertrümmerten Skier und den Stock vor einer tiefen Gletscherspalte. Man nahm an, er sei dort abgestürzt. Die Bergführer erklärten die Bergung der Leiche für ausgeschlossen. Die Frau des P. setzte 6000 Lire für die Bergung der Leiche aus. P. war im ganzen für 120000 Mark versichert. Die Versicherungen waren im Frühjahr 1925 abgeschlossen worden. Nach dem Unglück verlangte die Frau Auszahlung der Beträge. Sie erhielt auch von einer Versicherung 1500 Mark. Die anderen Gesellschaften erklärten, sie würden erst nach der amtlichen Todeserklärung zahlen. Es wurden Erhebungen angestellt, die zur Verhaftung der Frau P. führten. Nun gestand sie ein, daß der Unfall erdichtet sei. Ihr Mann befinde sich zurzeit in einem Dorfe bei M. (Ausland). Dort wurde er auch gefunden.

Dora Kellner erwähnt den Fall eines hoch versicherten Kaufmanns, der zur Erlangung der Versicherungssumme sein Haus anzündete und scheinbar bei dem Brande umkam. Das wurde anfangs auch daraus geschlossen, daß sich in der Asche Knochenreste einer verkohlten männlichen Leiche fanden. Ein mit der Aufklärung des Tatbestandes beauftragter Detektiv entdeckte an der Brandstelle aber ein Stückchen Knochen, das an einem Draht befestigt war. Er forschte weiter und ermittelte, daß einem in der Nähe wohnenden Arzte ein Skelett gestohlen war. Dieses war, wie sich schließlich ergab, statt des Versicherten verbrannt worden. Der Täter selbst war nach Anlegung des Brandes verschwunden. —

Noch in der Mitte der 80er Jahre wurden Fälle von äußerer Selbstbeschädigung zur Erlangung einer Unfallrente oder Entschädigung für sehr unwahrscheinlich gehalten, und daher waren in verschiedenen Staaten noch gar keine Gesetze für derartige Delikte vorgesehen. Erst in den letzten Dezennien haben sich die Fälle gehäuft, so daß es für Richter und Sachverständige nötig wurde, sich näher mit diesen Fragen zu befassen. Die Literatur ist aber heute noch spärlich, so daß die nähere Beschreibung des folgenden

Falles, der von Prof. *Merkel* veröffentlicht wurde, gerechtfertigt erscheint.

Der zur Verbüßung einer längeren Freiheitsstrafe in das Gefängnis zu R. eingewiesene, erheblich vorbestrafte 28jährige Händler Pf. erlitt dort am 9. 9. 27 angeblich einen Unfall. Er kam in der Schreinerei durch Ausgleiten zu Fall und brachte dabei den linken Vorderarm in eine elektrisch betriebene Bandsäge, an der er arbeiten sollte, so daß ihm die linke Hand oberhalb des Handgelenkes glatt und vollständig abgeschnitten wurde. Er stellte Antrag auf Gewährung einer Unfallrente. Nach dem Bericht des Hausarztes stellte die Wunde eine auffallend glatte Durchtrennung des Armes in senkrechter Richtung dar ohne weitere Zerfetzung der Weichteile oder Knochensplittierung. Pf. war dann in ärztlicher Behandlung im Krankenhaus E. bis zur Abheilung der Wunde. Pf. erhob Anspruch auf Unfallrente. Es wurde ihm in der Tat mit Wirkung vom 21. 11. 27 eine Unfallrente von jährlich 180 Mark zugesprochen, von denen ihm auch bereits mehrere Teilbeträge ausgezahlt wurden. Nach seiner Entlassung aus dem Arbeitshause im Dezember 1927 kam Pf. zu Verwandten, bei denen er zugegeben hat, daß er sich selbst in Abwesenheit des Aufsehers die Hand abgesägt habe. Dann hat der Verletzte seinen Hausiererhandel wieder aufgenommen und war monatelang unauffindbar. Darauf erließ der Staatsanwalt am 24. 9. 28 einen Haftbefehl gegen ihn wegen Betruges. Es hatte sich nämlich in der Zwischenzeit durch Zeugenaussagen und die an Ort und Stelle gepflogenen Erhebungen ergeben, daß die Darstellung, die er von der Entstehung seiner Verletzung gegeben hatte, in vielen Punkten bestimmt unrichtig war. Die Säge, in die Pf. angeblich geraten war, hatte eine geringe Bewegungskraft, so daß Pf. die Hand unter allen Umständen vor der völligen Durchtrennung hätte zurückziehen können. Die Tatsache, daß der Arm vollständig durchtrennt war und zwar senkrecht, läßt auf absichtliches Handeln schließen. In dem Gutachten des Prof. *Merkel* wird Pf. als ein intellektuell und moralisch ganz minderwertiger Mensch bezeichnet, dem man eine derartige Handlung zwecks Erreichung eines persönlichen Vorteils wohl zutrauen dürfe, denn Pf. wollte Rente und vorzeitige Entlassung aus dem Arbeitshause dadurch erreichen. Da Pf. während des Strafverfahrens gegenüber Verwandten die Selbstverstümmelung zugegeben hatte, wurde er wegen Betruges zu drei Monaten Gefängnis verurteilt.

Ein weiterer Fall eines vorgetäuschten Unfalles ist von *E. Marz* veröffentlicht worden. Fabrikbesitzer K. war bei mehreren Versicherungsgesellschaften gegen Unfall um hohe Beträge versichert. Eines Tages geriet K. angeblich zufällig mit einer Hand in eine in seinem Betriebe aufgestellte Kreissäge, wodurch er sich schwere Verletzungen zuzog. Es wurde ihm für diesen Unfall eine größere Summe anstandslos ausbezahlt. Die Staatsanwaltschaft stellte, durch auffällige Vorgänge in der Fabrik angeregt, Erhebungen an, die zur Verhaftung des K. führten. Die Untersuchung ergab, daß der Unfall absichtlich herbeigeführt war, um durch die Versicherungssumme den zerrütteten Finanzen wieder aufzuhelfen.

Ein gegen Unfall versicherter Arbeiter wurde sechs Monate nach Abschluß der Versicherung bewußtlos mit abgetrenntem Zeigefinger bei der Arbeit aufgefunden. Er gab später an, beim

Lederzuschneiden das Gleichgewicht verloren zu haben und sich dabei den linken Zeigefinger abgeschnitten zu haben. Die Versicherungsgesellschaft verweigerte die Auszahlung der Versicherungsprämie, da es sich um Selbstverstümmelung gehandelt habe. Die Sachverständigen erklärten ein Abtrennen des Zeigefingers unter den geschilderten Umständen nicht für ausgeschlossen, die Auseinandersetzungen des Verletzten waren aber derart, daß ihm kein Glaube für diesen besonderen Fall beizumessen war. Das Gericht erklärte den Fall für Selbstverstümmelung.

Zahlreiche Fälle von Versicherungsbetrügereien veröffentlichte vor kurzem eine in Deutschland arbeitende Unfall- und Haftpflicht-Versicherungsgesellschaft in der Tagespresse.

Ein süddeutsches Bürgertrio beschäftigte sich 12 Jahre lang systematisch mit der Vortäuschung von Unfällen und erschwandte bei einer Reihe von Versicherungsgesellschaften hohe Entschädigungssummen. Als Eideshelfer benützten sie entweder sich selbst gegenseitig oder dritte Personen gegen Versprechung von Belohnungen. Der Haupttäter opferte seiner Habgier insgesamt vier Finger seiner rechten und zwei Finger seiner linken Hand, während ein anderer einen weniger blutigen Weg vorzog, um zu Wohlstand zu gelangen. Er glitt nämlich nur auf einer eigens zu diesem Zwecke vorher hingelegten Bananenschale kunstgerecht aus und erhielt von einer Versicherungsgesellschaft wegen einer angeblich durch diesen Fall verursachten Gehirnerschütterung und Nierenbeckenquetschung die Summe von 5000 Mark ausbezahlt. Ein anderes Mal erlitt er einen Unfall dadurch, daß er sich von seinem Freunde, dem er zu diesem Zweck ein Fahrrad geliehen hatte, sanft von hinten überfahren ließ, wobei er sich auch prompt wieder eine Gehirnerschütterung mit leichtem Schädelbruch und Nierenbeckenquetschung zuzog. Durch den Gerichtsarzt während der Untersuchungshaft eingehend untersucht, stellte sich in der Hauptverhandlung heraus, daß er in der Täuschung von Ärzten durch künstliche Erzeugung von Krankheitssymptomen, wie Erbrechen, Fieber usw., eine hoch entwickelte Fähigkeit besitzt.

Was die Selbstverstümmelung des Haupttäters angeht, so ließ er sich die vier Finger seiner rechten Hand beim Holzhacken von einem guten Bekannten »aus Versehen« abschlagen, während die zwei Finger der linken Hand auf das Konto der Eisenbahn fallen, wobei er aber verschwie, daß er seine linke Hand beim Anfahren des Zuges unter die Räder gelegt hatte, um sie sich abfahren zu lassen.

Denselben Trick benutzte kurz hinterher ein anderer hoch gegen Unfall Versicherter. Er »verunglückte« in der schwedischen Hauptstadt nach seiner eigenen Darstellung dadurch, daß er beim Überschreiten einer belebten Straße angeblich über eine Bananen-

schale gestürzt und dabei so unglücklich zu Fall gekommen war, daß er eine schwere Verletzung der linken Hand erlitt, die ihm im Stockholmer Krankenhaus amputiert werden mußte. Da die Sache der Gesellschaft etwas merkwürdig vorkam, bat sie die schwedische Polizei um Untersuchung des Falles. Mit musterhafter Sorgsamkeit stellte nun die Polizei lange Verhöre mit allen in Frage kommenden Personen an, und dabei stellte sich heraus, daß der Verletzte seine Körperverletzung selbst herbeigeführt hatte. Er war nämlich nicht im Begriff gewesen, die Straße zu überkreuzen, sondern war auf dem Bürgersteig längs der nahe an diesem vorbeifahrenden Straßenbahn gegangen, hatte sich langsam und vorsichtig hingelegt, und die Hand unter den gerade ankommenden Straßenbahnmotorwagen gestreckt. Zweimal hatte er die Hand zurückgezogen, beim dritten Versuch wurde ihm die Hand vom Anhänger abgefahren. Während dieses Vorganges ertönte im Wageninneren spontan der Ruf eines Augenzeugen »dort legt ja jemand die Hand unter den Wagen«. Der Schadenfall wurde von der Gesellschaft natürlich abgelehnt.

In einem anderen Fall verstanden sich sogar sämtliche Mitglieder einer Familie dazu, einen bzw. zwei ihrer Finger zu opfern, um auf Grund von Unfallentschädigung ein sorgenfreies Leben zu führen. Der Familienvater brachte nacheinander sich selbst, seine Ehefrau, seinen Bruder und seinen Schwager um den Verlust von vier Daumen und einem Zeigefinger, wobei sich allein ein Daumen und ein Zeigefinger mit 35000 Mark bezahlt gemacht haben. Der strafende Arm der Gerechtigkeit hat diese ehrenwerten Mitglieder der menschlichen Gesellschaft aber schließlich doch erreicht.

Auf seltsame Weise versuchte es ein anderer gegen Unfall Versicherter, die Versicherungssumme für den Todesfall zu erlangen. Er begab sich auf eine Reise und mietete sich in einem Seebade ein. Da er eines Tages nicht vom Baden zurückkehrte und man am nächsten Tage Kleidungsstücke gefunden hatte, die unzweifelhaft Eigentum des Vermißten waren, nahm man allgemein an, daß dieser ertrunken sei. Ermittlungen führten jedoch zu dem Ergebnis, daß ein tödlicher Unglücksfall vorgetäuscht war, um in den Besitz der Versicherungssumme für den Todesfall von 25000 Mark zu kommen. Der Vermißte hielt sich in einer größeren Stadt Deutschlands verborgen, seine Mutter und sein Bruder waren von seinem Plan unterrichtet. In die Enge getrieben, legte die Mutter denn auch ein Geständnis ab. Alle drei Beteiligten wurden in dem nachfolgenden Strafverfahren zu Gefängnis verurteilt.

Das verhängnisvolle Überhandnehmen von Versicherungsbruch beweisen Versicherungsbetrugsepidemien in kleineren

Ortschaften, von denen ich durch die Braunschweigische Lebensversicherung Kenntnis erhielt.

In Oppeln beginnt zurzeit ein Prozeß gegen nicht weniger als 380 Angeklagte, die sämtlich des Versicherungsbetrugs beschuldigt werden. Die Angeklagten, meistens Landleute oder Versicherungsagenten aus dem Kreise Oppeln, haben lange Zeit hindurch Versicherungen abgeschlossen. Die Versicherten brachten sich dann auf Anraten der Agenten selbst geringfügige Verletzungen bei, ließen sich z. B. eine Treppe herunterfallen oder rieben sich mit einem Reibeisen ein Bein auf. Sie erhielten Entschädigungen von mehreren 100 Mark ausbezahlt, die sie mit den Agenten teilten.

Außerdem beschäftigt sich die Oppelner Kriminalpolizei seit Monaten mit sensationellen Versicherungsbetrügereien, bei denen 18 Versicherungsgesellschaften um Riesensummen betrogen wurden. Bisher sind mehr als 800 Personen in die Ermittlungen wegen der Betrügereien einbezogen worden. Die Vorgeschichte klingt wie ein Hintertreppenroman. In dem Dörfchen Chroschwitz erzählte 1926 ein Bewohner am Biertisch seinen Freunden von einer geheimnisvollen Salbe. Mit dieser habe er sich im Kriege Arm und Beine eingerieben, worauf sich kleine Bläschen und nach einer Stunde eine große Blase gebildet hätte. Die Ärzte hätten vor einem Rätsel gestanden und ihn kriegsuntauglich geschrieben. Die Freunde kauften diesem Manne die Salbe für 5 Mark ab und rieben sich ein. Die Wirkung trat prompt ein; und nun ließen sie sich auf Grund von ärztlichen Gutachten von Unfallversicherungen pro Tag drei Mark zahlen. Schließlich wurde die Versicherung auf 20 Mark pro Tag erhöht. Das Geheimnis von der Wundersalbe sprach sich vertraulich herum und schließlich wurde im ganzen Dorf begeistert gesalbt. Einzelne ganz Schlaue schlossen gleich mit 5 oder noch mehr Versicherungen ab und bekamen dann tatsächlich bis zu 75 Mark pro Tag ausbezahlt. Als die Beschaffung von ärztlichen Attesten Schwierigkeiten machte, sprangen Reisende für Nähmaschinen und Versicherungszeitschriften ein, die entsprechende Verbindungen hatten. Sie verkauften Nähmaschinen für 300 Mark an Arbeitslose, die mit Hilfe der Zeitschriftenversicherung bezahlt wurden. Für jedes ärztliche Attest mußte die Versicherung außerdem noch 5 Mark zahlen.

Aus allen oberschlesischen Kreisen häuften sich die Unfallmeldungen in erschreckendem Maße, daß die Versicherungsgesellschaften vor einem Rätsel standen. Allein ein Bewohner von Chroschwitz hat verschiedene Versicherungen um 18000 Mark betrogen, ein anderer um 15000 Mark.

Schließlich beauftragte eine Hamburger Versicherung die Polizei, nähere Ermittlungen über die Massenunfälle anzustellen. Ein Unfallverletzter wurde verhaftet. Er gab dann eine Anzahl seiner »Leidensgenossen« an und nannte die Wundersalbe. Man grub sie im Garten eines Landwirtes aus. Als sie von einem Chemiker untersucht wurde, entpuppte sie sich als ganz gewöhnliche Pferdesalbe, die überall für billiges Geld zu haben ist.

Aus der Ortschaft Zemmer bei Trier wurde die Braunschweigische Lebensversicherung allein in den letzten Monaten in über 40 Fällen geschädigt. Es wurde in allen Fällen entweder auf ganz primitive Weise ein Unfall herbeigeführt, oder aber ein Unfall, der gar nicht stattgefunden hatte, angemeldet, um Tagegelder und Abfindungssummen zu erlangen.

Aus den vorstehenden Berichten sieht man, daß der Versicherungsbetrug heute einen viel größeren Umfang angenommen hat, als man bisher glaubte. Auch die Technik der Betrüger ist eine viel

kompliziertere geworden. Die Mitteilung weiterer Erfahrungen ist deshalb am Platze. Ich möchte noch über einige Fälle aus der hiesigen Universitätsnervenklinik und der Knappschaftsberufsgenossenschaft Sekt. I ausführlicher berichten.

1. Fall. (Fr. Kn. geb. am 16. 9. 82.) In bezug auf Heredität kein Befund. Keine geschlechtliche Infektion, Ehefrau gesund. Keine Aborte. Vier Kinder, von denen zwei gestorben sind. Alkohol und Nikotinabusus negiert. Niemals früher krank gewesen, insbesondere keine Augenkrankheiten, kein Doppelsehen. Keine klinischen Zeichen einer Enzephalitis. Psychisch immer sehr rege gewesen, besonders im Gewerkschaftswesen.

Am 22. 2. 26 Unfall: Patient fiel ungefähr 3—4 Meter von einer Leiter herunter und schlug mit dem Hinterkopf auf. Angeblich sofortiges Erbrechen. Versuchte nach Hause zu gehen, mußte sich aber auf eine Kiste setzen, auf der er dann bewußtlos zusammensch. Bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht völlig besinnungslos, nur »sehr verwirrt«. Konnte keine Angaben über das Geschehene machen. Objektiv bot er keine Zeichen einer äußeren Verletzung. Kein Blut aus Nase und Ohr. Keine Bewegungsstörungen. Pupillen o. B. Leichte Benommenheit, Puls 50, unregelmäßig. In den nächsten Tagen äußerte er bei leichter Benommenheit Vergiftungsideen. Am 28. 2. ist er wieder völlig klar, der Puls jedoch unregelmäßig und verlangsamt. Klagt über Ohrensausen rechts und Kopfdruck. Die fachärztliche Untersuchung ergibt im rechten Gehörgang etwas geronnenes Blut. Am 20. 3. wird er entlassen. Er klagt noch über unzusammenhängendes Denken, Schwierigkeit beim Lesen komplizierter Dinge. Auch habe er öfters noch Brechreiz. Urin ist wie auch vorher frei von Eiweiß und Zucker. Dieselben Beschwerden bringt er auch bei einer Untersuchung am 22. 7. 26 vor. Zwischendurch war er häufig in Krankenhausbehandlung. Bei dieser Untersuchung fallen zum erstenmal Pupillenstörungen auf. Die linke Pupille ist stets weiter als die rechte. Sie reagiert weniger prompt und ausgiebig als die rechte. Der Augenhintergrund ist o. B. Es findet sich kein Anhalt für Artefakt. Psychisch fällt ein als hysterisch gedeutetes Verhalten auf: Weinerlichkeit, Sprachstörung und Pseudoataxie. Im Urin findet sich kein Eiweiß, aber bei wiederholter Untersuchung stets geringe Mengen von Zucker. Patient kann in Gegenwart anderer kein Wasser lassen, Katheterurin frei von Zucker. Durch Beschränkung der Kohlehydrate wird die Zuckerausscheidung nicht beeinflusst. Wa. R. im Blut negativ. Röntgenaufnahme des Schädels o. B. Der Pupillenbefund erweist sich im Laufe der Zeit als wechselnd, z. B. Pupillen reagierten einmal um 5 Uhr nachmittags sehr träge, abends um 9 Uhr ganz normal. Gelegentlich wurde auf dem linken Auge Starre festgestellt. Bei der Aufnahme in die hiesige Klinik bringt er folgende Klagen vor: er sehe alles doppelt, viel Schwindel, als wenn alles rund gehe, manchmal Gefühl, als wenn er in ein tiefes Loch falle. Schmerzen im Hinterkopf, müsse viel stottern, dabei verziehe sich das Gesicht. Wenn er sich bücke oder sich aufrege, gingen ihm die Augen krampfhaft nach innen. Er falle dann auch manchmal hin. Das Begriffsvermögen sei ganz weg, wick kann nichts auffassen, wenn ich etwas höre, bleibe ich bei dem Wort stehen und kann nicht weiter denken«.

Allgemeinzustand gut, kräftige Muskulatur. Haut und Schleimhäute gut durchblutet. Innere Organe o. B. Blutdruck maximal 125 mm Hg. Urin ist frei von pathologischen Bestandteilen, auch nach Kohlehydratbelastung. Nervensystem: Der Kopf ist diffus klopfempfindlich. Hirnnerven

1. 5. 7. 10. 11. 12. o. B. Haut und Sehnenreflexe des Körpers völlig intakt. Es bestehen keine Zeichen einer Pyramidenbahnläsion. Die Sensibilität ist für Berührung und Tiefe intakt, dagegen für Schmerz total aufgehoben. Keine Ataxie. Die vorgestreckten Hände zittern mittel-grobschlägig. Das Verhalten beim Rombergschen Versuch ist hysterisch, er zittert am ganzen Körper, schwankt, korrigiert. Bei Ablenkung steht er völlig still. Blase und Mastdarm o. B., Lumbalpunktion verweigert. Wa. R. im Blut negativ. Die ohrenärztliche Untersuchung ergibt keinen pathologischen Befund. Vestibulärapparat intakt. Psychischer Befund: Räumlich und zeitlich gut orientiert. Es bestehen keine organischen Defekte der Intelligenz und des Gedächtnisses. Das Benehmen bei Prüfung dieser Funktionen ist typisch hysterisch. Er besinnt sich länger, fängt heftig an zu weinen, kramt in seinen Taschen herum, ruft fortgesetzt »ich kann so schlecht begreifen, vergesse alles«, nachher kommt dann das Richtige. Das Rechnen geht gut. Texte von *Ebbinghaus* werden gut kombiniert, es dauert etwas länger, weil dauernd hysterischen Zitteranfälle und Weinen dazwischen kommen. Lesen gut, Bilder werden zwar langsam, aber richtig erklärt, Farben werden gut unterschieden. Die Sprache ist nicht aphasisch gestört. Das Gesamtbenehmen ist theatralisch, auf Eindruck berechnet, typische hysterische Wehleidigkeit (Rentenverfahren). Durch Ablenkung läßt sich das gesamte psychische Zustandsbild ändern, während es sich andererseits durch Erregung fast bis zum hysterischen Anfall steigern läßt. Untersuchungsbefund der Augen: Bds. Lider, Bindehaut und tränenableitende Wege o. B. Das linke Auge zeigt Strabismus konvergenz. Sehschärfe: r. 0,4, lks. 0,4. Gesichtsfeld beiderseits peripher und zentral intakt. Untersuchung der Pupillen: Während der mehrwöchigen Untersuchung wird festgestellt, daß einerseits stets die linke Pupille weiter ist als die rechte. Andererseits schwankt die Weite beider Pupillen und ihre Lichtreaktion an verschiedenen Tagen und auch zu verschiedenen Stunden. Bei zehntägiger Beobachtung tritt dreimal im Abstand von drei—vier und zwei Tagen am linken Auge eine mydriatische Starre auf, ohne daß eine Unterlage dafür gefunden werden kann. Die Starre äußert sich im wesentlichen als Lichtstarre. Die Konvergenzreaktion ist noch andeutungsweise erhalten. Diese mydriatische Starre hält ungefähr acht bis zehn Stunden an. Der Umschlag von enger, auf Licht und Konvergenz reagierender Pupille zu erweiterter starrer Pupille vollzieht sich sehr langsam über mehrere Stunden. Es wurde an eine artifizielle Beeinflussung der linken Pupille durch Augentropfen gedacht. Um jedem Irrtum vorzubeugen, wurde einige Tage lang ein völlig die linke Gesichtshälfte abschließender Stärkeverband angelegt. Derselbe wurde einmal am Tag vom Arzt gewechselt und dann der Pupillenbefund sofort kontrolliert. Es ergab sich, daß die mydriatische Starre auch jetzt auftrat. Es bestand also bei Fr. Kn. eine konstante Spinkterschwäche des linken Auges, beruhend auf einer Schädigung der Pupillenverengungsbahn. Dazu kommen Augenphänomene wechselnder Art, besonders die periodisch auftretende, Stunden anhaltende mydriatische Starre der linken Pupille. An einem organischen Hintergrund war also nicht zu zweifeln. Am 13. 2. 28 wird Kn. in der Augenklinik in Münster entlarvt. Es fand sich tatsächlich Atropin und Eserin (wurde durch Tierversuch festgestellt) in seinem Spazierstock. Also Hysterie und Betrug.

2. Fall. Am 30. 6. 1906 ist W. angeblich beim Heruntergehen im Bremsberg mit dem Rücken auf eine Schiene gefallen und soll sich dabei eine

Kontusion des letzteren zugezogen haben. Zeugen für den Unfall waren nicht da. Er gibt an, daß er nach dem Fall, da seine Lampe dabei verlöscht sei, im Dunkeln umhergetappt und später ohnmächtig geworden sei. Seither leide er an Krampfanfällen und könne nicht mehr arbeiten. Im ersten ärztlichen Gutachten wird die Rückenverletzung als eine geringfügige dargestellt, deren Folgen auch unter Ruhebehandlung schwanden. Erst einige Wochen später erzählte W. von seinen Krampfanfällen. Es wurden zwei typische hysterische Anfälle beobachtet. Der Zusammenhang mit diesem hysterischen Leiden und dem Unfall wurde abgelehnt. Am 6. 4. 1910 wurde W. in die hiesige Universitätsnervenklinik aufgenommen. Er gibt an, er leide an einer großen Schwäche, er könne sich nicht mehr auf den Beinen halten. Außerdem leide er in unregelmäßigen Abständen an Anfällen, bei denen er bewußtlos hin falle, mit Armen und Beinen um sich schlüge und nachher wie gelähmt für mehrere Stunden liegen bleibe. Diese Beschwerden habe er seit dem Unfall am 30. 6. 1909. Früher sei er nie krank gewesen.

Die Untersuchung ergab: W. ist dürrftig genährt, von blasser Hautfarbe. Kopf ist nirgends druckempfindlich. Pupillen reagieren prompt auf Licht und Konvergenz. In den seitlichen Endstellungen der Bulbi nystagmusartige Zuckungen. Augenhintergrund o. B. Herz in normalen Grenzen, Töne rein, A₂ lauter als P₂. Puls regelmäßig, 72. Sonst ist kein krankhafter Befund an den inneren Organen zu erheben. Kein Tremor, Muskulatur überall gut entwickelt. In der Beinmuskulatur erscheint die grobe Kraft herabgesetzt (paradoxe Innervation). Alle Reflexe sind etwas lebhaft, aber seitengleich. Keine pathologischen Reflexe. Gang ist schwer gestört, Patient sucht Stützpunkte, macht nur kleine, unregelmäßige Schritte, fällt aber nur, wenn er einen Stützpunkt sieht. Kommt nur ganz langsam weiter, die Haltung ist dabei gebückt. Beim Aufrichten aus der Rückenlage hat er ebenfalls große Schwierigkeiten. Keine Ataxie, Romberg negativ. Die Schmerzempfindung ist beiderseits an den ganzen Oberschenkeln herabgesetzt. Die Wirbelsäule ist ohne Deformität, frei beweglich, nirgends druckempfindlich. Einige Tage später ist der Gang des Patienten etwas besser. Er geht zwar noch mit kleinen, schlürfenden Schritten, auf einen Stock gestützt. Drei Wochen nach Einlieferung in die Klinik bekam Patient einen hysterischen Anfall, bei dem er mit Armen und Beinen um sich schlug. Lag danach wie gelähmt, konnte Arme und Beine nur sehr wenig von der Unterlage abheben. Händedruck minimal. Reflexe und Sensibilität unverändert. Aus dem Bett genommen, sinkt er in sich zusammen, doch kommt es dabei reflektorisch zu kräftiger Kontraktion mancher Muskeln, die vorher ganz gelähmt schienen. Im Laufe der Behandlung trat allmählich leichte Besserung ein, aber jedesmal im Anschluß an einen hysterischen Anfall stellte sich wieder eine lähmungsartige Schwäche der gesamten Körpermuskulatur ein, so daß W. sich nicht aufsetzen und nicht stehen konnte. Dabei war der objektive Befund an den Reflexen und am Muskeltonus unverändert. Behandlung mit Elektrizität und Massage blieben erfolglos.

Bei dem zweiten Klinikaufenthalt in Bonn am 4. 6. 12 gab W. an, er habe nach der Entlassung aus der Klinik nicht mehr gearbeitet. Er habe zu meist im Bett gelegen oder vor der Türe gesessen, er könne sich nämlich nur mühsam mit Hilfe eines Stockes fortbewegen. Nach den Anfällen könne er sich sogar einige Tage lang im Bett nicht aufrichten. Objektiv war der Befund der gleiche wie bei der ersten Untersuchung. Die Reflexe sind seitengleich, keine pathologischen Reflexe, Muskeltonus der Beine unverändert.

Patient bleibt während des Aufenthaltes in der Klinik im Bett. Sinkt während der Exploration, während welcher er auf einem Stuhl sitzt, ganz kraftlos in sich zusammen. Das Erheben aus der Rückenlage macht ihm angeblich große Schwierigkeiten. Er wälzt sich erst auf die Seite oder fast auf den Bauch und richtet sich erst dann mühsam mit Hilfe der Hände auf. Dabei fühlt man deutlich, wie die Bauchmuskeln sich kontrahieren. Alle Bewegungen der Beine sind aktiv ausführbar, dabei zeigen sich deutlich paradoxe Innervationen. Es besteht keine Muskelatrophie. Das Relief aller Muskeln tritt bei Bewegungen deutlich hervor. An den Oberschenkeln ist das Gefühl für Nadelstiche beiderseits herabgesetzt. Eine Besserung gegen die Beurteilung vom letzten Mal ist nicht eingetreten.

Bei dem dritten Aufenthalt in der Klinik am 22. 6. 14 haben sich die Beschwerden deutlich verstärkt. Patient könne jetzt nicht einmal mehr frei sitzen und in einem Lehnstuhl nur kurze Zeit, dann falle er zusammen. W. mußte vom Pfleger der Klinik abgeholt werden, da er angeblich nicht alleine reisen könne. Der Pfleger hatte große Mühe, ihn zu transportieren, er hängte sich ihm schwer in den Arm und drohte jeden Augenblick zusammenzusinken. Nach der Ankunft in der Klinik legte er sich ins Bett, in dem er auch während des ganzen Aufenthaltes verblieb. Befund der gleiche wie bei der letzten Untersuchung.

Bis zum 17. 8. 16 trieb W. sich in allen möglichen Krankenhäusern herum. Der Aufforderung, sich in die Klinik zur Nachuntersuchung zu begeben, könne er nicht Folge leisten, da er nicht transportfähig sei, es sei denn im Wagen, von einem Pfleger abgeholt. Der Oberpfleger der Klinik begab sich daraufhin zu W., den er angezogen auf dem Sofa liegend fand. Der Oberpfleger sagte ihm, er möge sich bereit halten, nach dem Essen käme er ihn holen. Um 2 Uhr kehrte der Oberpfleger mit einem Wagen zurück. W. lag im Mantel auf dem Sofa. Er sagte, ein Kind seiner Schwester habe ihn fertig angezogen und ihm auch das Essen gebracht, obwohl nirgends Geschirr zu sehen war oder es nach Essen roch. W. ließ sich vom Oberpfleger aufrichten und wankte dann auf ihn schwer gestützt mit seinem Stock langsam zur Tür heraus, als eine Nachbarsfrau, die nebenan auf dem Speicher Wäsche aufhing, erschreckt gelaufen kam und W. frug, was ihm denn passiert sei, daß er plötzlich nicht mehr gehen könne. Die Ermittlungen ergaben, daß W. sich sehr gut bewegen konnte, so daß niemand in seiner Nachbarschaft wußte, daß er eigentlich nicht gehen konnte.

3. Fall: Am 11. 6. 1931 erschien der Schlepper Theod. Th. bei der Knappschaftsberufsgenossenschaft und verlangte einen Verletzungsschein mit der Angabe, er habe sich am 9. 6. 1931 um 21 Uhr in der Grube eine Verletzung zugezogen, und zwar eine Quetschung des rechten Daumens und Mittelfingers. Augenzeugen hatte Th. nicht, wohl gab er an, dem Schlepper A. T. aus Frelenburg zuerst von dem Unfall Kenntnis gegeben zu haben. Bei seiner Vorladung in der Unfallsache Th. gibt T. an, er sei am 9. 6. 31 nach Beendigung der Schicht mit Th. in der Waschkaue in ein Gespräch gekommen. Hierbei habe er gesehen, daß Th. eine Hand verletzt habe. Auf Befragen habe er ihm erzählt, daß er sich die Verletzung bei einer Schlägerei in seinem Heimatsort zugezogen habe. Th. gab dieses zu.

4. Fall: Am 3. 4. 26 fuhr der Schmied H. Mo. angeblich mit seinem Fahrrad von seiner Arbeitsstätte nach Köln. Er fuhr zusammen mit seinem Schwager L. Mo. In der Nähe der Ziegelei Helfmeyer wurden sie von zwei

Automobilien überholt, so daß der an der rechten Straßenseite fahrende H. Mo. von einem Auto angefahren und mit seinem Rade zu Boden geschleudert worden sein soll. Bei dem Sturz will Mo. mit dem linken Auge in die Lenkstange gefallen sein, so daß er das linke Auge verloren hätte. Er erstattete Anzeige und verlangte Unfallrente. Nach dem Unfall soll der Patient über leichte Schmerzen am linken Auge geklagt haben, und es soll eine wässerige Flüssigkeit aus dem Auge gelaufen sein, so daß der Schwager ihm das Taschentuch über das Auge gebunden hätte. Sonstige Verletzungen hatte Mo. weder im Gesicht noch sonst wo erlitten. Er ging nicht zum Arzt, sondern nach Hause und legte sich ins Bett, ohne seiner Frau oder sonst jemand etwas von dem Unfall zu erzählen. Erstmals in Behandlung eines Arztes begab sich Mo. am 19. 4. 26, und zwar zu Dr. An. Auf die Frage des Arztes, warum er so spät käme, erzählte er, er habe kein Geld, hätte aber auch nicht geglaubt, daß es so schlimm sei. Dr. An. stellte fest, daß der Bulbus des linken Auges vollständig ausgelaufen war. Es bestand eine heftige eitrig-sekretorische Sekretion des linken Auges mit heftiger Entzündung der Bindehaut. Da bereits eine Vorwölbung des Bulbus stattgefunden hatte, empfahl Dr. An. spezialärztliche Behandlung. Das augenärztliche Gutachten schreibt: Es handelt sich bei dem linken Auge des Mo. um eine chronisch entzündliche Uvealerkrankung mit ausgedehnter Knochenbildung in der Aderhaut und Verkalkungen in den entzündlich verklebten Geweben der Regenbogenhaut, Netzhaut, Strahlenkörper und Linse. Es ist kein Beweis erbracht, daß das Auge durch den angeblichen Unfall geschädigt worden ist, wohl aber steht fest, daß das Auge lange vor dem Unfallstage blind gewesen ist. Einer der Mitarbeiter von Mo. sagt aus, solange er Mo. kenne, war dessen linkes Auge krank, es sei ständig eine wässerige Flüssigkeit aus dem Auge gelaufen, die das Auge verklebt und Mo. sehr belästigt hätte, deshalb habe er meist einen Schutzverband vor dem Auge getragen. Außerdem geben zwei Nachbarn von Mo. an, daß schon über ein halbes Jahr vor dem Unfall das linke Auge kleiner gewesen sei als das rechte, aber meist habe Mo. einen Schutzverband getragen. Mo. streitet ab, je vor dem Unfall eine Erkrankung an dem Auge gehabt zu haben, er habe auf beiden Augen gleich gut gesehen. Der ausgedehnte Verknöcherungsprozeß im linken Auge macht es für den Gutachter jedoch völlig sicher, daß das Auge schon mindestens ein halbes Jahr vor dem Unfall blind gewesen ist, so daß, wenn der Unfall wirklich passiert sein sollte, er nur eine äußere Beschädigung eines blinden Auges hätte hervorrufen können. Mo. wurde abgewiesen.

5. Fall: Der Kohlenhauer D. hatte sich bei einer nächtlichen Schlägerei einen rechtsseitigen Schädelbruch zugezogen, an dessen Folgen er lange Zeit in Krankenhausbehandlung stand und fast ein ganzes Jahr erwerbsunfähig war. Um sich in den Besitz einer Rente zu bringen, stellte er Entschädigungsansprüche an die Knappschaftsberufsgenossenschaft mit der Begründung, er habe infolge eines Sturzes im Rolloch einen Betriebsunfall erlitten. Der erst behandelnde Arzt stellte blutigen Ausfluß aus dem rechten Ohr und rechtsseitigen Schädelbasisbruch fest. Er hegte keinen Zweifel an dem Vorliegen eines entschädigungspflichtigen Betriebsunfalles. D. hatte dem Arzt erzählt, er sei im Betrieb mit der rechten Kopfseite auf die Schienen gefallen. Die gleichen Angaben machte D. dem ihn später behandelnden Spezialisten, der ebenfalls das Vorliegen eines Betriebsunfalles sofort annahm. Die infolge Widersprüche von der Berufsgenossenschaft veranlaßte eidliche Vernehmung

eines angeblichen Unfallzeugen brachte keine Klarheit, da Zeuge von dem Unfall des D. nichts gesehen hatte. Erst durch örtliche Feststellung eines Beamten kam die erwähnte Schlägerei ans Licht, die D. nach hartnäckigem Leugnen zugab, wodurch die Berufsgenossenschaft jeder Entschädigungspflicht enthoben wurde.

6. Fall: Bei einem anderen Falle war infolge Tbc. des Hüftgelenkes der Tod eingetreten. Die Witwe des Verstorbenen stellte Entschädigungsansprüche an die Berufsgenossenschaft mit der Behauptung, die Tbc. sei Unfallfolge gewesen, denn ihr Mann habe vor fünf Jahren sowohl als auch kurz vor der Erkrankung im Jahre 1920 einen Unfall im Betrieb erlitten. Eine amtliche Untersuchung des angeblichen Unfalles durch den Revierbeamten hatte nicht stattgefunden. Die Ermittlungen ergaben folgendes: Der Baggermeister Th. hatte tatsächlich im Jahre 1917 einen Unfall gehabt. (Quetschung des linken Oberschenkels mit Blutunterlaufung der Haut, keine Knochenverletzung, normaler Heilverlauf, völlige Wiederherstellung vor Ablauf der 13. Woche.) Die Tbc.-Hüftgelenkentzündung, welcher Th. erlegen war, begann erst am 31. 8. 1920, weshalb der Unfall vom Jahre 1917 als Ursache vollkommen auszuschalten war. Es blieb also lediglich der angebliche Unfall vom August 1920, der weder gemeldet, noch als solcher der Krankenkasse angegeben war. Die bürgermeisteramtliche Vernehmung des angeblichen Unfallzeugen bei dem Unfall von 1920 konnte bei oberflächlicher Prüfung des Falles zu der Annahme verleiten, daß Th. tatsächlich einen Betriebsunfall erlitten habe. Bei der eidlichen Vernehmung des Zeugen durch das Amtsgericht stellte sich heraus, daß Th. im August 1920 überhaupt keinen Unfall erlitten hatte, vielmehr in einem Briefe vom Krankenkassenlager aus seinen Kameraden gebeten hatte, einen Unfall vorzutäuschen, um in den Besitz einer Rente zu kommen.

7. Fall: Der 14-jährige Verloader B. wollte Mitte November 1921 in der Verladeabteilung eines Braunkohlenbergwerkes dadurch einen Unfall erlitten haben, daß ihm ein großes, winkliges Stück Tafelisen auf den rechten Fuß gefallen, wodurch dieser tuberkulös erkrankt sei. Bei der amtlichen Untersuchung trat als Hauptzeuge der 18-jährige Rangierer R. auf, der den geschilderten Unfallhergang aus einem Meter Entfernung mit angesehen haben wollte und das Gewicht des Eisenstückes mit 30—40 Pfund angab. Der den B. behandelnde Arzt (erste ärztliche Untersuchung am 1. 3. 22) hielt den Fall für entschädigungspflichtig. Die Sache war jedoch unklar. Die Anzeige von dem angeblichen Unfall war erst vier Monate später erfolgt, es war keine äußere Verletzung zu sehen gewesen, den doch ein schweres, aus beträchtlicher Höhe herabgefallenes Eisenstück getroffen haben sollte. Außerdem hatte B. die Arbeit nicht ausgesetzt, sondern drei Monate weitergearbeitet. Er hatte auch bei Eintritt in die Behandlung des Arztes den Unfall zuerst überhaupt nicht angegeben. Zur Klärung veranlaßte die Berufsgenossenschaft die eidliche Vernehmung des angeblichen Unfallzeugen R., der darauf seine früher gemachten Aussagen unter Eid bestätigte. Bei der Besichtigung der Unfallstelle ergab sich, daß Zeuge R. von seinem in der Vernehmung angegebenen Standpunkte aus unmöglich den von ihm geschilderten Unfallhergang gesehen haben konnte. Bei der erneuten Vernehmung des angeblich Verunglückten gestand dieser unter Tränen ein, daß er überhaupt keinen Unfall erlitten habe, sondern, um in den Genuß einer Rente zu gelangen, den R. veranlaßt hatte, die erwähnten Aussagen bei seiner Vernehmung zu machen.

8. Fall: Durch die Hilfe der Oberstaatsanwaltschaft in M.-Gladbach, die mir das Anklagematerial und Urteil zur Verfügung stellte, bin ich imstande, einen sehr interessanten Fall anzuschließen, die Gebrüder Robertz, gegen die im Januar 1931 in M.-Gladbach ein langer Prozeß geführt wurde, und die zum Teil in der hiesigen Nervenlinik begutachtet worden sind. Gegenstand der Untersuchung bilden 40 Unfälle, Einbrüche und Brände, die in den Jahren 1907—1930 geschehen sein sollen, und für die von den Gebrüdern Ro. bei den verschiedensten Versicherungsgesellschaften Schadenersatz beansprucht und zum Teil gezahlt wurde, so daß es dem Haupttäter August Ro. auf diese Weise gelungen ist, 14 Jahre hindurch 5000 Mark im Jahr zu »verdienen«. Außer den Gebrüdern August, Bernhard und Johann Ro. sind als Mithelfer in diesen Prozeß verwickelt eine Freundin des A. Ro., deren Schwager, sowie mehrere Freunde der Gebrüder Ro. mitsamt ihren Frauen. Besonders erleichtert hat ihnen ihre Arbeit der Umstand, daß A. und B. Ro. jahrelang als Agenten für die verschiedensten Versicherungsgesellschaften tätig gewesen sind. Als Versicherungsagenten sahen sie, wie leicht es möglich ist, eine Gesellschaft zu täuschen und zu schädigen, besonders wenn man sich für jeden Unfall bei einer anderen Gesellschaft versichert. In fast allen Fällen handelt es sich entweder um eine Vorspiegelung falscher oder eine Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen. Aber aus allen Fällen geht mit Gewißheit die betrügerische Absicht hervor. Bei den angeblichen Unfällen ist namentlich die Gleichartigkeit der Fälle auffallend. In 11 Fällen ist zum Beispiel Ursache des Unfalles ein Ruck auf der Bahn oder Straßenbahn, infolgedessen der Verunglückte mit dem Kopf aufschlägt. In der Folge stellt sich Übelkeit, Erbrechen und Schwindel ein. Auch bei den durch andere Umstände angeblich entstandenen Unfällen, Verunglücken mit dem Fahrrad in sechs Fällen, Ausgleiten über eine Fruchtschale in drei Fällen, werden stets die gleichen Krankheitssymptome behauptet, die regelmäßig auf eine Gehirnerschütterung oder einen Schädelbasisbruch schließen lassen sollen. Keiner der Verunglückten hat aber aus irgendeinem der Unfälle nachweislich eine dauernde Gesundheitsschädigung zurückbehalten. Narben oder Verluste von Gliedern sind niemals aufgetreten. Objektive Befunde, die über subjektive Klagen hinaus von den Ärzten tatsächlich festgestellt werden konnten, bilden lediglich unbedeutende Hautabschürfungen oder Schwellungen. Einige Male wird von den Ärzten auch Blutschorf im Ohr, Nasenbluten und Blut im Urin bescheinigt, was von den Betrügern mit Geschicklichkeit vorgespiegelt wurde. Leichte Veränderungen, die bereits vor den angeblichen Unfällen bestanden, wie Ungleichheit der Pupillen, Tachykardie, Schwerfälligkeit der Bewegungen, wurden von den Gebrüdern Ro. weitgehend ausgenützt. Außerdem fand sich bei einer Haus-suchung Abschriften aus einem Konversationslexikon über den Abschnitt »Traumatische Neurose«, in dem sie offenbar nachgelesen haben, welche objektiv kaum nachprüfbare, subjektive Beschwerden im Nervensystem ein Unfall zeitigen kann. Die Hauptbeteiligten haben genau Buch geführt über ihre Unfälle, indem sie notiert haben, welche Verletzungen sie sich bei den einzelnen Unfällen zugezogen und was sie bei der jeweiligen ärztlichen Untersuchung ausgesagt haben, anscheinend um sich in ihren Aussagen nicht in Widersprüche zu verwickeln. Die meisten der Fälle waren, als sie im Januar 1931 zur Anzeige kamen, bereits verjährt, so daß die Angeklagten mit verhältnismäßig geringen Strafen davongekommen sind.

Es erhielten der Haupttäter A. Ro.: 5 Jahre Gefängnis und Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte für 3 Jahre, B. Ro.: 2 Jahre Gefängnis, die Freundin des A. Ro.: 8 Monate Gefängnis, der Schwager dieser Freundin: 3 Monate Gefängnis. Die übrigen Angeklagten wurden teils wegen Mangels an Beweisen, teils wegen Verjährung der Delikte freigesprochen.

In all den angeführten Fällen von vorgetäuschten Unfällen handelt es sich um Betrugsversuche, die angestellt wurden, um Rente oder Entschädigungen von Versicherungsgesellschaften zu erlangen, und zwar sind diese Betrugsversuche meist nicht in Einzelfällen angestellt, sondern von Einzelindividuen — es handelt sich meist um kriminelle Psychopathen — serienweise, systematisch.

Die Hauptgefahr für die Versicherungsgesellschaften liegt in der ungenügend genauen und kritischen Darstellung der ersten Unfallbefunde. Es wird in den ersten ärztlichen Berichten immer gesprochen von Bewußtlosigkeit, Gehirnerschütterung, Lähmungen usw., ohne daß die Befundschilderung eine spätere Nachprüfung dieser Diagnose ermöglicht. Erleichtert wird den Betrügern ihre »Arbeit« bisweilen durch Agenten der Versicherungsgesellschaften, die für eine kleine Entschädigung zur Unterstützung bereit sind. Zum Teil sind die Unfallschwindler selbst früher als Agenten tätig gewesen und haben als solche gesehen, wie leicht es bisweilen möglich ist, die Versicherungen zu täuschen, wenn es darauf angelegt wird.

Sehr hilfsbereit sind auch die Pseudomediziner, die, mit geringen medizinischen Kenntnissen ausgerüstet, die Betrüger mit Medikamenten versorgen und ihnen mit Rat und Tat zur Seite stehen, wenn es gilt Symptome vorzutäuschen. Auch med. Lehrbücher und Konversationslexika geben Auskunft, welche kaum nachprüfbar, subjektive Beschwerden im Nervensystem ein Unfall zeitigen kann.

Wie weit der Versicherungsbetrug zurzeit um sich gegriffen hat, beweisen Betrugsepidemien, die ganze Dörfer erfaßt haben. Es müssen unbedingt Mittel gefunden werden, um diesen Betrugereien entgegenzuarbeiten und die Versicherungen wenigstens in etwa zu schützen. Dazu gehört unserer Meinung nach in erster Linie das rücksichtslose Bekanntgeben jedes einzelnen Betrugsfalles von Ärzten und Versicherungsgesellschaften. Nur wenn alle Fälle vor Gericht gebracht und als Betrug verurteilt werden, besteht die Möglichkeit, den Versicherungsbetrug erfolgreich zu bekämpfen.

Es ist mir eine angenehme Pflicht Herrn Prof. Dr. *Hübner* für die Anregung zu dieser Arbeit und die Überlassung des Themas meinen Dank auszusprechen.

Literaturangabe.

- Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1931, Nr. 1. 1920, Nr. 13.
A. Hübner, die Psychiatrisch-neurologische Begutachtung in der Lebensversicherungsmethodik. Leipzig 1928.
Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin 1930. Band 15.
Schweizer Zeitschrift für Unfallheilkunde 1920. Nr. 10.
Versicherungswörterbuch von Prof. Alfred Manes, 2. Auflage 1924.
Zur Kasuistik wechselnder Pupillenphänomene von Prof. *Gruiter* und Prof. *Meyer*.
-

Aus der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie (Kaiser Wilhelm-Institut) und der Psychiatrischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Schwabing in München.

Erfahrungen mit der Diagnosentabelle 1930 zur Statistik der Geisteskrankheiten. ¹⁾

Von
Kurt Schneider.

Das auf der Stuttgarter Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 25. April 1930 zur probeweisen Benutzung empfohlene Diagnosenschema zur Statistik der Geisteskranken ist nunmehr über zwei Jahre im Gebrauch. Wenn auch seine weitere Verwendung nur eine gewissermaßen private Angelegenheit der deutschen Psychiatrie bleiben wird, scheint es uns doch wichtig, Erfahrungen mit ihm mitzuteilen und zur Diskussion zu stellen. Die hier mitgeteilten sind teils an poliklinischem Material, teils an klinischem gewonnen.

Es ist von *Wilmanns* (diese Zeitschrift Band 93, 1930, Seite 223) betont worden, daß die Tabelle praktische Gesichtspunkte und nicht eine wissenschaftliche Systematik der seelischen Abnormitäten im Auge hat. Eine solche ist ja überhaupt in dieser

¹⁾ In der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie im April 1930 wurde in Angelegenheit der Reichsstatistik beschlossen, daß die von der statistischen Kommission entworfene Diagnosentabelle der Geisteskrankheiten in einer Reihe von Anstalten und Kliniken erprobt und daß Änderungsvorschläge z. Hd. des Herrn *Wilmanns*-Heidelberg an den Verein eingesandt werden sollen. Endgültige Beschlußfassung über die Statistik der Geisteskrankheiten soll dann in der im April 1933 in Würzburg stattfindenden Jahresversammlung erfolgen. — Da nun wegen Mangels an Mitteln die offizielle Statistik der Geisteskrankheiten von Reichs wegen nur in ganz unzulänglicher Weise weitergeführt wird, beabsichtigt der Deutsche Verein für Psychiatrie, diese Statistik wegen ihrer großen wissenschaftlichen Bedeutung bis auf weiteres von sich aus zu bearbeiten; Näheres wird in Würzburg mitgeteilt werden. Einstweilen werden die Anstalten gebeten, die Statistik nach dem im 93. Band der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie Seite 223ff. (s. auch S. 362) veröffentlichten Entwurf weiter zu bearbeiten; Separatabzüge des letzteren können vom Unterzeichneten bezogen werden. *G. Ilberg.*

Tabellenform schlechthin unmöglich. Auch unsere Bemerkungen halten sich von aller wissenschaftlichen Kritik und aller klinischen Stellungnahme möglichst fern und erstreben einzig den Gesichtspunkt der praktischen Verbesserung des vorliegenden Schemas.

Um unnötig lange Auseinandersetzungen zu vermeiden, ist es zunächst notwendig, dem Leser das Schema noch einmal vor Augen zu führen. Es handelt sich um das folgende Schema, das wir nach dem Wortlaut und in der Schreibweise der *Wilmannsschen* Veröffentlichung wiedergeben. (Daß *W.* bei 9c »mit Ausnahme des Kretinismus« wegließ, ist wohl ein Versehen.)

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Angeborene und früh erworbene Schwachsinnzustände (Idiotie und Imbezillität) <ol style="list-style-type: none"> a) ohne nachweisbare Ursache b) infolge von Gehirnschädigungen c) Kretinismus 2. Psychische Störungen nach Gehirnverletzungen (Gehirnerschütterung und Gehirnquetschung) <ol style="list-style-type: none"> a) akute traumatische Psychosen (Kommotionspsychosen) b) traumatische Folgezustände (epileptische Wesensveränderung usw.) 3. Progressive Paralyse 4. Psychische Störungen bei Lues cerebri und Tabes 5. Encephalitis epidemica 6. Psychische Störungen des höheren Lebensalters <ol style="list-style-type: none"> a) arteriosklerotische Formen (einschl. der genuinen Hypertonie) b) praesenile Formen (depressive und paranoide Bilder) c) senile Formen d) andere Formen (Alzheimer, Pick usw.) 7. Huntington'sche Chorea 8. Psychische Störungen bei anderen Hirnkrankheiten (Tumor, multiple Sklerose usw.) 9. Psychische Störungen bei akuten Infektionen, bei Erkrankungen | <ol style="list-style-type: none"> innerer Organe, bei Allgemeinerkrankungen und Kachexien (»symptomatische Psychosen« im engeren Sinne) <ol style="list-style-type: none"> a) bei Infektionskrankheiten (einschl. Chorea minor) b) bei Erkrankungen innerer Organe (Allgemeinerkrankungen, Diabetes, Uraemie und Eklampsie, Anaemien, Karzinose usw.) c) bei Basedow, Myxödem, Tetanie und anderen endokrinen Erkrankungen mit Ausnahme des Kretinismus 10. Alkoholismus <ol style="list-style-type: none"> a) Rauschzustände b) chronischer Alkoholismus (Eifersuchtswahn usw.) c) Delirium tremens und Halluzinose d) Korsakow'sche Psychose 11. Morphinismus, Kokainismus und verwandte Suchten (Schlafmittel) 12. Psychische Störungen bei anderen Vergiftungen: Blei, Quecksilber, Arsen, Schwefelkohlenstoff, Kohlenoxyd usw. 13. Epilepsie ohne nachweisbare Ursache 14. Schizophrener Formenkreis 15. Manisch-depressiver Formenkreis <ol style="list-style-type: none"> a) manische und depressive Phasen b) hypomanische, depressive und zyklotyme Konstitution |
|---|---|

- | | |
|---|---|
| 16. Psychopathische Persönlichkeiten ¹⁾
17. Abnorme Reaktionen ¹⁾
a) paranoische Reaktionen und
paranoische Entwicklungen
(Querulantenwahn u. ä.)
b) hysterische Reaktionen
c) Haftreaktionen
d) Rentenneurose | e) induziertes Irresein
18. Psychopathische Kinder und Ju-
gendliche (bis zur Vollendung
des 18. Lebensjahres)
19. Ungeklärte Fälle
20. Nervenkrankheiten ohne psychi-
sche Störungen
21. Nicht nervenkrank und frei von
psychischen Abweichungen |
|---|---|

Es gibt bei solchen Tabellen und Schematen gewisse unvermeidbare Mängel, die auch das vorliegende hat. Es wird innerhalb gewisser Grenzen immer dem Einordnenden zu überlassen sein, ob er z. B. einen schwachsinnigen Psychopathen unter 1a oder unter 16 (bzw. 18) rechnen will. Daß unter 1 nicht auch die Debilität aufgeführt ist, ist allerdings ein Hinweis darauf, daß leicht schwachsinnige Psychopathen zu 16 (bzw. 18) gerechnet werden sollen. Mit Recht: es ist in solchen Fällen ja nicht der Schwachsinn, sondern die Psychopathie, die den eigentlichen Grund zur Anstaltsaufnahme bildet. Dieser Gesichtspunkt, was der Grund zur Anstaltsaufnahme ist, scheint uns überhaupt in Zweifelsfällen für die Einordnung wichtig. So wird man einen betrunkenen oder chronisch trinkenden Psychopathen oder einen morphinistischen Psychopathen zu 10a und 10b, bzw. zu 11 und nicht zu 16 zählen. (Allerdings würde man einen im Rausch eingelieferten Schizophrenen oder Manischen doch wohl zu 14, bzw. 15a rechnen.) Auch andere Willkürlichkeiten, z. B. wann man bei einem an multipler Sklerose Leidenden schon »psychische Störungen« annehmen, bzw. solche werten will, ob man den Kranken also zu 8 oder 20 rechnen will, lassen sich in keinem Schema vermeiden. Ähnliche Zweifel werden sich besonders oft im Hinblick auf 9 und auch sonst vielfach, z. B. bei Gehirnverletzungen und Apoplexien ergeben. Man kann hier manchmal durchaus schwanken, ob der Fall besser zu 2b bzw. 6a oder zu 20 zu rechnen wäre. Vorübergehende Bewußtlosigkeiten ohne Delirien würden wohl nicht das Recht geben von einer Einreihung in die »Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen« abzusehen. Auch die einfache symptomatische, z. B. die traumatische Epilepsie gehört wohl zu 20.

Während dies nun Schwierigkeiten sind, die sich bei keinem Schema vermeiden lassen, möchten wir jetzt auf Lücken und Unebenheiten aufmerksam machen, die sich ändern lassen.

Zu 2. — Leichtere chronische psychische Störungen nach Gehirnverletzungen scheidet man sich unter 2b einzuordnen, weil die in

¹⁾ Kinder und Jugendliche sind unter Nr. 18 aufzuführen.

Klammer gesetzten »epileptischen Wesensveränderungen« sehr viel Schwereres zu meinen scheinen. Hier wäre zu helfen, indem man diesen Zusatz in Klammer einfach streicht.

Zu 6. — Man hat Schwierigkeiten, den einfachen psychischen Altersabbau, bei dem man keine Arteriosklerose findet, einzuordnen. Auch von Senilität kann man vielfach in solchen Fällen nicht eigentlich sprechen. Man könnte helfen, indem man bei 6c in Klammer sagt: »auch leichtere Formen«. — Der Zusatz über die Hypertonie ist vielleicht mißverständlich. Man meint wohl damit nicht genuine Hypertonie schlechthin, sondern psychische Störungen auf Grund von Hypertonie. — Die Zusammenfassung depressiver und paranoider Bilder unter den »präsenilen Formen« (6b) ist im Gebrauch doch recht bedenklich. Endogene heilbare Depressionen des Rückbildungsalters und chronisch paranoide Psychosen dieser Lebenszeit grundsätzlich zusammenzufassen, ist doch wohl von keinem klinischen Standpunkt aus möglich. Wie soll man es ferner in einem Fall halten, der früher schon zyklotyme Phasen hatte und nun in den Rückbildungsjahren an einer ausgesprochenen Melancholie erkrankt? Wir würden zum mindesten vorschlagen, unter 6 eine eigene Gruppe »Rückbildungsmelancholie« und eine eigene Gruppe »paranoide Bilder des Präseniums« zu bilden. Wenn man diese erwähnten Gruppen trennt, so kann derjenige, der die Rückbildungsmelancholie zum manisch-depressiven Formenkreis (15) rechnet, trotz der anderen Auffassung des Diagnosenschemas doch auch von seinem Standpunkt aus einen klaren Überblick bekommen. Das gleiche gilt für denjenigen, der jene paranoiden präsenilen Bilder zu 14 (schizophrener Formenkreis) rechnet.

Zu 15. — Gegen 15b haben wir schwere Bedenken. Was heißt hier »zyklotyme Konstitution«? Meint man damit leichte Phasen, so ist kein Grund, diese nicht unter 15a zu rechnen. Meint man damit besondere Persönlichkeiten, so sind diese mit »hypomanischer und depressiver Konstitution« schon mit erfaßt. Wir würden daher vorschlagen, von der Zyklotymie ganz abzusehen und 15b nur »hypomanische und depressive Konstitution« zu heißen. Dann kann jemand, der diese Persönlichkeiten zu den psychopathischen rechnet, auch für sich ein klares Bild bekommen. Niemand wird zweifeln, daß es zum mindesten manche derartige hypomanische und depressive Persönlichkeiten gibt, die durchaus nichts mit dem »manisch-depressiven Formenkreis« zu tun haben.

Zu 17. — Hier ist eine für Klinik und Poliklinik jedenfalls sehr fühlbare Lücke. Die Fälle einfacher depressiver Reaktionen auf Erlebnisse sind überhaupt nicht unterzubringen. Eine reaktive Depression auf ein schweres Schicksal

hin, die vielleicht auch zu einem Selbstmordversuch führte, zu den »hysterischen Reaktionen« (17b) zu rechnen, ist von jedem Standpunkt aus, den man gegenüber der unglücklichen »Hysterie« haben kann, unmöglich. Die Einordnung in eine andere Untergruppe von 17 ist aber vollends nicht möglich. Man pflegt diese Fälle wohl in der Verlegenheit meist zu den »psychopathischen Persönlichkeiten« (16) zu rechnen, was aber dann eine *petitio principii* ist. Nicht jeder derartig depressiv Reagierende ist ein Psychopath. Wir würden für 17 eine weitere Untergruppe bilden: »depressive Reaktionen«, mit der 17 dann am besten beginnen würde. — Die »hysterischen Reaktionen« (17b) würde man doch vielleicht besser in Klammer noch näher erläutern, etwa als »psychogene Ausnahmezustände und Körperstörungen«. Dies scheint uns schon deshalb wichtig, daß niemand in Versuchung kommt, von den »psychopathischen Persönlichkeiten« (16) die »hysterischen« abtrennen und unter 17b tun zu wollen. Auf das »induzierte Irresein« (17e) könnte man wohl verzichten, da diese seltenen Reaktionen zu 17a oder 17b gehören. —

— Abgesehen von diesen Punkten scheint uns die neue Diagnostentabelle von 1930 durchaus brauchbar zu sein, vollends wenn man ihr noch eine Gebrauchsanweisung beigibt, die auch eine Anleitung enthält, wie man sich in jenen Zweifelsfällen zu verhalten hat. Sie würden z. B. sich auch dahin aussprechen müssen, daß die Zwangsneurose und die noch keineswegs ausgestorbene »Neurasthenie« zu den »psychopathischen Persönlichkeiten« (16) zu rechnen sind. Auch daß man da, wo die Gruppen Untergruppen haben, nicht die Zahlen allein, also nicht 2 oder 17 schlechthin benutzen darf, ist zum mindesten anfangs nicht überall bekannt gewesen.

Aus unserer psychiatrischen Gutachtertätigkeit.

XI.

Gutachten über einen Fall von Verstümmelung des Ehegatten.

Von

Dr. Harald Siebert und Dr. Ludwig Nelmanis, Libau (Lettland).

Über folgenden eigenartigen Fall glauben wir die Berechtigung zu haben, einen Bericht erstatten zu dürfen: Am 28. Juni 1930 hatte die 35jährige Su. B. ihrem 31jährigen Manne I. B. mittels eines Rasiermessers den Penis vom Leibe getrennt.

Hierzu steht uns folgendes Material zur Verfügung: Im Jahre 1920 verheiratete sich die damals 25jährige Su. B. mit dem damals 21jährigen I. B. Beide Ehegatten Landbewohner in der Nähe einer größeren Stadt; der Bildungsgrad beider kein hoher — Volksschule, Selbstfortbildung, viel Zeitunglesen. Die Ehe war von vornherein durch vielerlei Unstimmigkeiten getrübt, da die Frau andauernd den Mann beschuldigte unerlaubte Verhältnisse mit fremden Frauen und dem Dienstpersonal zu unterhalten. Seit Anfang 1930 machten sich bei Su. B. Anzeichen eines allgemein nervösen Leidens bemerkbar, welches sie häufig in die Stadt zum Arzt führte. Im Mai wurde sie wegen einer Gebärmutter-senkung operiert; nach der Operation verschlimmerte sich der Zustand der nervösen Erkrankung zusehends. Sie verblieb anfänglich in der Stadt, fuhr darauf zur Mutter, benachrichtigte alsdann den Mann, daß sie Sehnsucht nach ihm und dem Kinde habe, und kehrte am 27. Juni in ihr Heim zurück. Sie verkehrten im Laufe des Tages geschlechtlich, schliefen nachts getrennt. Im Laufe der Nacht kam sie zum Bett des Mannes und überschüttete ihn mit Zärtlichkeiten. Am Morgen des 28. kehrte I. B. von der Feldarbeit heim, frühstückte und legte sich zu Bett, um die Zeitung zu lesen. Su. B. setzte sich an den Bettrand, entblößte sein Glied und begann mit

demselben zu manipulieren; dabei warf sie sich ihm an den Hals, küßte ihn und bat nicht böse zu sein. Nichts ahnend, ließ er sie gewähren. Unvermittelt verspürte I. B. einen heftigen Schmerz am Gliede; es erwies sich, daß Su. B. ihrem Manne das Glied vom Leibe geschnitten hatte. Su. B. sprang vom Bettrand auf und verließ unter Schreien das Zimmer. Der Verletzte schrie auch seinerseits, worauf ein Nachbar erschien, den der I. B. bat nach seiner Frau zu sehen, da er fürchte, daß sie sich ein Leid antun könne. I. B. wurde im Auto der chirurgischen Abteilung des Stadtkrankenhauses in Libau zugeführt. Die Su. B. wurde etwa 20 Schritt vom Hause entfernt, in einem Roggenfelde am Boden liegend, aufgefunden; sie »wand sich unter Krämpfen und war anscheinend nicht bei Bewußtsein«.

Am 7. Juli untersuchte der Gerichtsarzt den verletzten I. B. in der chirurgischen Abteilung des Libauer Stadtkrankenhauses und stellte eine in der Heilung begriffene, drei Zentimeter oberhalb der Basis befindliche Amputationswunde des Penis fest. Nach seinem Dafürhalten wäre diese Verstümmelung vor etwa einer Woche durch einen harten, scharfen Gegenstand bzw. eine Waffe ausgeführt worden. Diese Verletzung gehöre zu den sehr schweren.

Bei der gerichtlichen Einvernehmung bekannte sich die Su. B. als schuldig und erklärte, daß sie ständig mit ihrem Mann im Unfrieden lebte, da derselbe Verhältnisse mit fremden Frauen unterhielt. Besonders kränkte es sie, daß er sie, die »Kranke«, zur Arbeit anhielt. Nach dem geschlechtlichen Verkehr bei der Ankunft zu Hause habe er sie von sich gewiesen mit der Erklärung, er habe sie nun nicht mehr nötig. Hierüber sei sie in schwere Erregung geraten. In der Nacht habe der Mann sie erneut zum Verkehr aufgefordert, wodurch sie völlig ratlos wurde. Tags darauf fand sie auf einem Bord das Rasiermesser des Mannes, welches sie — ohne daß er es bemerkte — zu sich nahm und sich am Bettrande hinsetzte. Dem Manipulieren mit seinem Gliede widersetzte sich I. B. nicht, hierauf durchschnitt sie ihm das Glied. Su. B. gibt an darüber, was mit dem Mann und ihr selbst hierauf geschehen sein könne, keine Erinnerung zu haben. Als sie zum Bewußtsein gelangte, war sie im Stadtkrankenhaus in Libau.

Der die Angeklagte untersuchende Gerichtsarzt hatte die Erklärung abgegeben: diese mache auf ihn den Eindruck einer hysterischen Person. Der als Zeuge einvernommene Nervenarzt in Libau Dr. *E. Traube* gab zu Protokoll, daß er am Morgen des 27. Juni die Su. B. in der Wohnung ihrer Schwester untersucht habe: sie war schwer erregt, wanderte unruhig von einem Zimmer zum anderen; sie klagte über Schlaflosigkeit und wiederholte ständig, das Leben sei ihr überdrüssig, sie

müsse sowieso sterben. *Tr.* riet dringend zur Anstaltsinternierung.

Die weiteren Zeugenaussagen sind für uns hier belanglos.

Auf Grund des § 393 der lettländischen Strafprozeßordnung veranlaßte die Staatsanwaltschaft die psychiatrische Begutachtung der Su. B. Soweit das uns zur Verfügung stehende Material.

Su. B. war etwa 10 Stunden nach ihrer Einlieferung ins Krankenhaus zu sich gekommen; hierauf wurde sie dem Untersuchungsgefängnis überwiesen.

Zum 14. August 1930 wurden die Verfasser dieser Zeilen gemeinsam mit dem Land-Kreisarzt Dr. *Manrin* vom Libauer Bezirksgericht zu der Erstattung eines Gutachtens über den Geisteszustand der Su. B. aufgefordert.

Die in der Praxis des Kriminalverfahrens üblichen Fragen sind von uns in folgender Weise beantwortet worden:

1. In welchem Zustande befindet sich das Geistesleben der Su. B.? Antwort: Weist keinerlei Anzeichen einer Geistesstörung auf.

2. In welchem Zustande befand sich das Geistesleben der Su. B. zur Zeit des Vergehens? Antwort: Su. B. befand sich in einem Ausnahmezustand des psychischen Geschehens.

3. Wenn sich Su. B. damals in einem Zustande von geistiger Verwirrtheit, Benommenheit oder einer sonstigen psychischen Störung befand, war dieser derart, daß er eine freie Willensbestimmung ausschloß? Antwort: Su. B. befand sich in einem Zustande geistiger Umnachtung, welcher bei ihr eine freie Willensbestimmung ausschloß.

Auf Grund des vorhandenen Materials gelangten die Sachverständigen zum Schluß: Su. B. leidet zur Zeit nicht an einer ausgesprochenen Seelenstörung, sie hat auch nicht an einer solchen gelitten, hingegen befand sie sich zur Zeit des von ihr verübten Vergehens — bei Zugrundelegung der negativen Eindrücke ihres Ehelebens — in einem Zustande geistiger Umnachtung, welcher eine freie Willensbestimmung ausschloß und das Verstehen und Verständnis für die begangene Tat nicht zuließ.

Zu diesem Gutachten verlangte das Bezirksgericht eine Ergänzung durch drei Fragen: 1. Welche Umstände weisen darauf hin, daß Su. B. zur Zeit des von ihr ausgeübten Vergehens sich in einem »Zustande geistiger Umnachtung befand, der die freie Willensbestimmung bei ihr ausschloß«? 2. wann hat sich der oben erwähnte Zustand bei Su. B. eingestellt — vor dem Moment, als sie das Messer, mit welchem sie ihrem Mann das Glied vom Leibe getrennt, vom Bord nahm oder später und was dürfte darauf hinweisen? 3. welche Umstände weisen darauf, daß sie das Verständnis für die Folgen der Tat nicht besaß?

Am 16. August haben die gleichen Sachverständigen folgende Ergänzung geschrieben:

»Um das unten Gesagte entsprechend verstehen zu können, erscheint es erforderlich, eingehend sich mit der Persönlichkeit der Su. B. zu befassen. Wenn auch bei ihr keine Anzeichen einer manifesten Geistesstörung nachweisbar sind, so weist immerhin vieles in ihrer psychischen Struktur auf abweichendes von einer allgemein angenommenen Norm hin. Die nachweisbaren körperlichen Störungen, wie Steigerung der Reflexe, Dermographismus, Zittern der Finger sollen nur als Anzeichen einer allgemeinen Labilität des Nervensystems Erwähnung finden, ohne daß ihnen eine spezielle Bedeutung beizumessen ist. Die allergeringsten unangenehmen Vorkommnisse irritierten schon hochgradig das Gemütsleben der B. und steigerten ihre Affekterregbarkeit. Bei der großen Empfindsamkeit geriet sie leicht außer Fassung und nahm sich alles zu Herzen. Dabei stets bestrebt sich zu beherrschen. Ihrer Natur nach ein ausgesprochen mehr passiver als aktiver Typus, war sie wenig entschlußfähig. Das Empfinden für gut und böse ist bei ihr voll entwickelt und gelangt deutlich zum Ausdruck, auch Unwahrhaftigkeiten sind ihr artfremd. Sie sieht es objektiv ein, daß ein Verbrechen dringend gestraft werden muß, hat Einsicht und Verständnis für das Gesetz, wobei ihr Wille dahin gerichtet ist, im Einklang mit den Gesetzen zu leben.

Diese Einstellung des Seelenlebens ist von der allergrößten Bedeutung für die Beurteilung der von Su. B. begangenen strafbaren Handlung.

Aus den Zeugenaussagen und ihren persönlichen Angaben geht hervor, daß sie infolge der bestehenden »nervösen« Konstitution schwer unter den unglücklichen Eheverhältnissen gelitten hat, jedoch keinerlei Schritte unternahm, um sich aus diesen Verhältnissen loszulösen. Schwer verbittert über ihr bisheriges Leben, kehrte sie trotzdem zu ihrem Manne zurück, um sich zu versöhnen. Dieser Schritt entspringt ihrer Gutmütigkeit, zugleich auch ihrer Passivität, ebenso wie sie den Geschlechtsverkehr zuließ. Die Worte des Mannes — »jetzt brauche ich dich nicht mehr« —, die dieser nach dem Verkehr zu ihr sagte, warfen sie völlig nieder, so daß die an sich schon bestehenden Gedanken von Lebensüberdruß neue Nahrung fanden und die Suizidneigung steigerten, um nicht erneut in Konflikte zu geraten. Ungeschlafen, mit benommenem Kopf ging sie morgens an die Arbeit. Sie fühlte sich verbittert, ungeliebt und verstoßen und befand sich vor einem gänzlichen Zusammenbruch. Es gab nur zwei Auswege: entweder sich völlig apathisch zu verhalten, oder durch eine aktive Handlung sich aus der unerwünschten Lage zu befreien. Während dieser Gedankengänge fand sie das Rasiermesser. Gleichzeitig

damit setzte auch die Bewußtseinsstörung ein — in dem Sinne, daß die Hinweise, die ihr durch das Messer gewiesen wurden, sich in ihren Gedankenkreis drängten, alle übrigen Gedanken beiseite schoben, die Kritik für die Tat vernichteten, und zwar bezüglich der rechtlichen, moralischen Seite sowie der Folgen einer körperlichen Schädigung — alles drängte unaufhaltsam zur Realisierung dieses gefaßten Gedankens. Das eingeengte Bewußtsein wurde nur durch den einen Gedanken regiert — dem Mann das Glied vom Körper zu trennen. Als sie diese Tat vollführt, kehrte das Bewußtsein wieder, sie sah alles, erfaßte die Tragweite der Handlung, verlor jetzt völlig die Besinnung, die sich auch erst nach reichlich zehn Stunden wieder einstellte.

Zu den uns vorgelegten drei Fragen können wir folgendes bemerken:

1. Für den »Zustand geistiger Umnachtung« sprechen:
 - a) bei geistiger Zurechnungsfähigkeit wäre Su. B. infolge ihrer Passivität, ihrer ungetrübten Unterscheidungsfähigkeit von gut und böse, der Übersicht der Folgen zu der Begehung dieser Tat nicht fähig gewesen;
 - b) die groteske Art der Ausführung des Verbrechens ist so artfremd, entspricht keineswegs dem Charakter der Su. B.;
 - c) die zermürbenden Lebensumstände waren in der Lage diesen Ausnahmezustand hervorzurufen, wo eine Umschaltung die Apathie ablöste;
 - d) es liegt für die Gutachter kein Grund vor die Angaben der Su. B. bezüglich der Zeit ihrer »geistigen Umnachtung« in Zweifel zu ziehen.

2. Dieser Zustand setzte ein als Su. B. das Messer auffand. Die näheren Umstände sind bereits oben erwähnt. Der Zustand geistiger Umnachtung ist von da ab zu verstehen, als der Gedanke auftrat, dem Manne das Glied abzuschneiden. Von hier ab war ihr Wille gelähmt, alle ferneren Gedanken ausgeschaltet, die Fähigkeit einer Kritik ihrer Handlungen vernichtet, es verblieb nur ein Trieb: den einen Gedanken in die Tat umzusetzen.

3. Su. B. war sich zur Zeit der Begehung der Tat nicht der Folgen im rechtlichen, moralischen Sinne bewußt gleichwie der aus dieser resultierenden körperlichen Schädigung.«

Die Resolution des Bezirksgerichts lautete:

Da Su. B. zur Zeit des von ihr verübten Vergehens sich im Zustande von Bewußtlosigkeit (geistiger Umnachtung) befand und nicht in der Lage war, die Tragweite ihrer Handlungen bezüglich des I. B. zu übersehen, wird das gegen Su. B. eingeleitete Verfahren laut § 467 eingestellt und diese aus Gründen allgemeiner Sicherheit in Verwahrung gegeben. — Gegen diesen Entscheid legte die

Staatsanwaltschaft Berufung ein, die jedoch von der Palate (oberer Gerichtshof) am 11. 9. 30 verworfen wurde.

Am 31. 8. wurde die Su. B. in die psychiatrische Abteilung des Libauer Stadtkrankenhauses (leit. Arzt Dr. med. *Harald Siebert*) überführt, ist dort bis zum 6. 12. 30 verpflegt und beobachtet worden, und dann zwecks nochmaliger Begutachtung am 2. 12. vor das Gericht geladen.

Hier wurden die Sachverständigen befragt, ob die Su. B. allgemeingefährlich sei und dauernder Verwahrung in einer Anstalt bedürftig erscheine oder ob sie bei ihrer Schwester verpflegt werden könne. Auf Grund des klinischen Beobachtungsmaterials lautete die ärztliche Resolution dahin, daß es sich um eine psychopathische Persönlichkeit handle, bei der man jetzt und in Zukunft keine allgemeingefährlichen Handlungen voraussetzen könne, und daher eine weitere Internierung nicht notwendig sei. Dieser Auffassung stimmte das Gericht zu.

In der Tat war die Su. B. während ihres Aufenthalts in der psych. Abt. stets gleichmäßig in ihrem Wesen, leicht lenkbar, einsichtig und hilfsbereit. Auch hier fiel ihre passive Haltung der Umgebung auf, die man jedoch keineswegs im Sinne einer Willenssperrung deuten durfte. Von irgendwelchen Intelligenzdefekten konnte keine Rede sein. Die verübte Tat bedauerte sie aufrichtig und betonte beständig, sie könne nicht verstehen, wie alles gekommen sei.

Wir wollen nach Niederlegung der ganz trocken, meist wortgetreu aus den Gerichtsakten gemachten wichtigen Auszüge einschl. des ganz genauen Wortlautes der von uns erstatteten schriftlichen Gutachten den Fall noch einer kurzen Analyse unterziehen. Die genaue Betrachtung der psychischen Struktur bei Su. B. zeigt uns eine Persönlichkeit, der wir nach unserem Dafürhalten wohl mit Recht die Bezeichnung einer psychopathischen Konstitution geben können, — in diesem Sinne sprach auch die klinische Beobachtung in der psych. Abt. Eine voll ausgesprochene Psychose im Sinne — sagen wir — einer Melancholie oder depressiven Phase eines manisch-depressiven Irreseins lag sicherlich nicht vor, auch schizophrene Erscheinungen ließen sich nicht nachweisen. Wie wir im weiteren Verlauf ihres Lebensgeschicks beobachten konnten, reagierte sie im Frühjahr 1931 auf den an epidemischer Meningitis erfolgten Tod ihres einzigen achtjährigen Söhnchens in einer vollkommen natürlichen, in nichts von dem Milieu der Landleute abweichenden Weise, man konnte weder von einer Affektverblödung noch von einer Affektexaltation sprechen. Und doch bleibt die Gesamtpersönlichkeit stark durch die Disharmonie ihrer Gedankenrichtung gekennzeichnet. Die Frage — liegt der krimi-

nellen Handlung, einer schweren Körperverletzung, tatsächlich eine unvermittelt einsetzende Sinnesverwirrtheit zugrunde — wird man für die Zeit des motorischen Akts des Messerschnitts bejahen müssen, dem treibenden Motiv, der Einstellung zur Tat, ist jedoch eine Reihe überaus beachtenswerter, psychologisch vorbereitender Momente vorausgegangen.

Wir haben reichlich mit äußeren Umständen zu rechnen, die im Laufe der Zeit sich gesammelt hatten und bei der psychopathischen Konstitution genügend Konfliktstoff abgeben konnten. Sehen wir von den langjährig genährten Eifersuchtsideen ab, von denen man vermutungsweise annehmen darf, daß sie begründet waren, so hat sich zweifelsohne bei der Su. B. die Vorstellung fixiert, sie spiele im geschlechtlichen Leben ihres Mannes eine untergeordnete Rolle. Dem bestehenden Altersunterschied (♂ 4 Jahre jünger) dürfte wohl keine allzu große Bedeutung beigemessen werden, obgleich er bei dem an sich bestehenden Mißtrauen im Sinne voreingenommener Vorstellungen verarbeitet werden konnte. Mit der Zunahme der psychisch-nervösen Störungen im Frühjahr 1930 trat gleichzeitig auch eine Steigerung der Ratlosigkeit auf, die sich — wie aus den Mitteilungen des damals die Su. B. untersuchenden Neurologen hervorgeht — im Empfinden von Lebensüberdruß und Zwecklosigkeit des Daseins äußerte. Hierzu gesellt sich das an sich nicht bedeutungsvolle Frauenleiden, welches seinerseits im Sinne einer stark ichbezüglichen Weise schon krankhafter Vorstellungen verarbeitet wird. Bei der Heimkehr schließt nach längerer sexueller Abstinenz der erste Geschlechtsverkehr mit einer ersichtlichen Enttäuschung und Verbitterung ab, und nun stößt sie am anderen Morgen auf das Rasiermesser.

Alle Gedanken und Vorstellungen konzentrieren sich jetzt zu einer grotesken überwertigen Idee, wobei der Su. B. infolge der ihrer Ratlosigkeit entsprechenden Gemütslage jede kritische Überlegung abhanden geht. —

Zum Schluß zwei Bemerkungen:

1. Diese Vorkommnisse sind selten, wo ausgesucht Penisabschnidungen ausgeführt wurden, obgleich die Literatur ihrer in variabelster Form gedenkt (Biß, Schuß);

2. die von kritischer Seite gefällte Befürchtung — ein Fall könne bald einen zweiten zur Nachfolge haben — fand auch bei uns eine Bestätigung, als bald eine ziemlich gleichartige Verstümmelung stattgefunden hat, über die wir mangels uns zugänglichen Beobachtungsmaterials Näheres nicht berichten können.

Jedenfalls stehen die Sachverständigen vor einem Problem, das schwer erscheint und auch schwer ist!

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Protokolle der Forensisch-Psychiatrischen Vereinigung zu Dresden. 216.—232. Sitzung.

216. Sitzung am 30. Januar 1930 und 217. Sitzung am 20. Februar 1930.

Prof. Dr. G. Ilberg-Dresden: Übersicht über die Geisteskrankheiten¹⁾.

218. Sitzung am 20. März 1930.

Landgerichtsrat Dr. Geissler-Dresden: Die Bedeutung des Einführungsgesetzes zum allgemeinen deutschen Strafgesetzbuch für den Arzt.

Nach den Entwürfen zum Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuch und zum Strafvollzugsgesetz ist nun auch im vorigen Jahr der amtliche Entwurf eines Einführungsgesetzes zu diesen beiden Gesetzen veröffentlicht worden. Mit ihm beschäftigt sich z. Zt. der Reichsrat. Umfang und Schwierigkeit der Materie sind bei diesem Einführungsgesetz größer als beim Strafgesetzbuch selbst. Der Strafgesetzentwurf umfaßt 43 Seiten, der Entwurf des Einführungsgesetzes dagegen 94! Neben zahlreichen Anpassungs- und Überleitungsvorschriften bringt er eine Menge weiterer Änderungen des bestehenden Rechts, von denen die Begründung sagt, sie seien im Zusammenhang mit der Strafrechtsreform zwar nicht unbedingt geboten, aber zweckmäßig und ihrem Geiste angepaßt. Besonders umfangreich ist der Art. 67 des Entwurfs, der die Änderungen der Strafprozeßordnung enthält. Er besteht aus 242 Nummern, die z. T. wieder eine ganze Reihe von Paragraphen umfassen. Bei aller Anerkennung für den Fleiß dieser Arbeit darf man doch fragen, ob ein solches Monstrum von Einführungsgesetz opportun ist, namentlich aber, ob die umfangreiche Teilreform des Strafprozesses im Rahmen dieses Einführungsgesetzes zweckmäßig ist und ob man nicht vielmehr im Anschluß an die Strafrechtsreform eine grundlegende Strafprozeßreform in Gestalt einer neuen Strafprozeßordnung in Angriff nehmen sollte. —

Gegenstand der heutigen Betrachtung soll aber weder diese Frage noch auch das Einführungsgesetz in allen seinen Einzelheiten sein, sondern nur die

¹⁾ I. gab eine für die Juristen bestimmte Zusammenstellung über Symptome, Verlauf und Ausgang der wichtigsten Geisteskrankheiten unter Zugrundelegung der »Einführung in die psychiatrische Klinik« von *Kraepelin*.

in dem Art. 67 des Entwurfs enthaltene Neuregelung des Strafprozesses, soweit sie den Arzt, den ärztlichen Sachverständigen interessiert.

Ich beginne mit zwei Neuerungen, die den Arzt überhaupt angehen.

Das im § 53 der StPO. geregelte Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes soll entsprechend der Ausdehnung der Pflicht zur Wahrung von Privatgeheimnissen, also der sogen. »Schweigepflicht«, im § 325 des StGE. erweitert werden. Es soll künftig nicht nur für approbierte Ärzte, sondern auch für Apotheker und andere staatlich geprüfte Medizinalpersonen, ferner auch für ihre berufsmäßigen Gehilfen und Volontäre gelten und nicht nur was anvertraut, sondern auch was kraft des Berufes zugänglich geworden ist, soll darunter fallen.

Von der Beschlagnahme ist bisher nur die Korrespondenz des Arztes mit dem Beschuldigten befreit, wenn sie sich in seinen Händen befindet und er nicht einer Teilnahme, Begünstigung oder Hehlerei verdächtig ist. Künftig sollen auch die berufsmäßigen Aufzeichnungen im Umfange der Schweigepflicht unter den gleichen Voraussetzungen beschlagnahmefrei sein.

An der Stellung des Sachverständigen im Prozeß, auch des ärztlichen Sachverständigen, soll grundsätzlich nichts geändert werden. Der Sachverständige bleibt also diejenige dritte Aussageperson, die lediglich zur Verwertung ihrer Sachkunde in den Prozeß eingeführt wird, wobei aber die Sachkunde eine nur angenommene, hypothetische ist. Es gibt also auch künftig keine Ablehnung wegen mangelnder Sachkunde oder mangelnder Vertrauenswürdigkeit, sondern nur die Ablehnung wegen Besorgnis der Befangenheit. Dies wird im Entwurf noch dadurch unterstrichen, daß nicht nur alle als Sachverständige vorgeladenen, sondern auch die vom Staatsanwalt oder vom Angeklagten zur Hauptverhandlung als Sachverständige sistierten Personen als Sachverständige vernommen werden müssen, außer, wenn die Beweiserhebung zum Zweck der Prozeßverschleppung beantragt ist.

Von den Pflichten des Sachverständigen bleiben die Erscheinungspflicht und die Aussagepflicht bestehen. Die Aussagepflicht, also die Pflicht zur Erstattung des Gutachtens, umfaßt auch die Pflicht zur Vorbereitung des Gutachtens. Künftig soll aber das Gericht auch in die Lage versetzt werden, dem Sachverständigen die Pflicht zu Nachforschungen und Prüfungen an der Hand seiner Bücher und Aufzeichnungen und die Pflicht zu bestimmten Besichtigungen besonders aufzuerlegen. Alle diese Pflichten und die sogleich zu behandelnde Versicherungspflicht sind wie bisher nicht erzwingbar, wohl aber ist ihre Verletzung strafbar. Die Strafe bleibt Geldstrafe, Haftstrafe bleibt unzulässig. Die gleiche Ordnungsstrafe soll künftig auch denjenigen zur Erstattung des Gutachtens verpflichteten Sachverständigen treffen, der falsche Angaben zu seiner Entschuldigung vorschützt, während bisher § 138 des StGB.'s, der jedoch in den Strafgesetzentwurf nicht übernommen worden ist, eine Gefängnisstrafe bis zu zwei Monaten androht.

Abgeschafft wird die Beeidigungspflicht. Bekanntlich hat der Strafrechtsausschuß wichtige Beschlüsse zur Einschränkung des Eides gefaßt. Demgemäß soll künftig die Beeidigung eines Zeugen nur noch ausnahmsweise stattfinden, für den Regelfall hat der Zeuge statt dessen unter Berufung auf die Pflicht zur Wahrheit zu versichern, daß seine Aussage richtig und vollständig sei. Die falsche Versicherung ist zwar auch mit Strafe bedroht, aber mit geringerer Strafe als Meineid. Dagegen kennt der Strafgesetzentwurf in der Fassung der Ausschlußbeschlüsse eine solche Versicherung des Sach-

verständigen nicht. Während nun der Entwurf zum Einführungsgesetz im allgemeinen die Fassung der Ausschlußbeschlüsse zugrunde legt, weicht er hier davon ab, indem er vorschreibt, daß der Sachverständige zwar stets uneidlich zu vernehmen ist, so daß es künftig auch keine Berufung auf einen allgemeinen Sachverständigeneid mehr gibt, daß er aber nach seiner Vernehmung auf Verlangen des Gerichts oder auf Antrag eines Beteiligten unter Berufung auf die Pflicht zur Wahrheit zu versichern hat, daß er sein Gutachten unparteiisch und nach bestem Wissen und Gewissen erstattet habe. Sonst soll die Versicherung unterbleiben.

Gegen die Abschaffung der Beeidigung des Sachverständigen läßt sich m. E. nichts einwenden. Aber auch der Ersatz der Beeidigung durch die Versicherung kann i. A. entbehrt werden. Wünschenswert wäre dagegen, daß man den Sachverständigen hinsichtlich der Bekräftigung seiner Aussage insoweit wie den Zeugen behandelt, als er über einen Befund berichtet. Denn der Befundbericht, der Teil des Gutachtens und nicht Zeugenaussage ist, kommt der Zeugenaussage doch recht nahe. Den Befundbericht muß der Richter im Vertrauen auf die Gewissenhaftigkeit und Zuverlässigkeit des Sachverständigen einfach hinnehmen, während das eigentliche Gutachten, die Schlußfolgerungen des Sachverständigen erst dann Urteilsgrundlage werden können, wenn sie überzeugend begründet sind.

Bei der Frage der Zuziehung von Sachverständigen ist der Richter auch künftig i. A. frei. Doch finden sich zwei neue Fälle, wo ein Arzt zugezogen werden muß. Der Entwurf regelt nämlich erstmalig die körperliche Untersuchung. Sie ist zu scheiden von der sogenannten Durchsuchung, die nach herrschender Ansicht nicht nur die Durchsuchung der Kleidung, sondern auch die Durchsuchung der äußeren Oberfläche des Körpers, einschl. der Haare, Achselhöhlen und Zehen umfaßt. Diese Durchsuchung unterliegt den allgemeinen Bestimmungen über Durchsuchungen. Untersuchungen des Körpers kommen dagegen im Strafverfahren nur in Frage, wenn die Feststellung der körperlichen Gesundheit und Integrität oder ihrer Beeinträchtigung notwendig erscheint, oder wenn sich Gegenstände im Innern des Körpers befinden, die für das Strafverfahren von Bedeutung sind. Der Entwurf sieht nun vor, daß die Untersuchung einer weiblichen Person einem Arzt übertragen werden muß. —

Ein weiterer Fall notwendiger Zuziehung eines Arztes ist der, daß mit der Anordnung einer Unterbringung des Angeklagten in einer Heil- oder Pflegeanstalt oder in einer Trinkerheilstätte oder in einer Entziehungsanstalt zu rechnen ist. Denn dann muß ein Sachverständiger über den geistigen oder körperlichen Zustand des Angeklagten vernommen werden; es soll ihm bereits im Vorverfahren Gelegenheit zur Vorbereitung des Gutachtens gegeben werden.

Übrigens will der Entwurf auch in der Hauptverhandlung die Entfernung des Angeklagten während der Abgabe eines solchen Gutachtens zulassen, wenn zu befürchten ist, daß sie in Gegenwart des Angeklagten seine Gesundheit schädigen würde. Damit kommt man den Wünschen, die namentlich aus Ärztekreisen laut geworden sind, entgegen. Allerdings dürfte die angefügte Bedingung nicht allgemeine Zustimmung finden. Denn es ist doch wohl weniger die Sorge um die Gesundheit, als vielmehr eine pädagogische Rücksicht, die eine Entfernung des Betroffenen bei der Erstattung solcher Gutachten wünschenswert erscheinen läßt. Aber bei nicht zu

engherziger Auslegung kann die Vorschrift des Entwurfs wohl den Bedürfnissen der Praxis genügen.

Wir sind damit bei denjenigen Vorschriften des Entwurfs angelangt, die mit Rücksicht auf die neuen Maßregeln zur Besserung und Sicherung vorgeschlagen werden, namentlich auf die eben erwähnten verschiedenen Arten der »Unterbringung«. Diese Vorschläge des Entwurfs sind hauptsächlich von dem Gedanken getragen, daß der Beschuldigte gegenüber einer so weitgehenden Macht des Strafrichters eines besonderen Schutzes bedarf. Das zeigt sich bereits bei der Zuständigkeitsregelung. Während sonst bei einfachen Vergehen auf Antrag der Staatsanwaltschaft der Einzelrichter entscheiden kann, soll auch bei einfachen Sachen ohne große Bedeutung dann, wenn die Anordnung der »Unterbringung« zu erwarten ist, das Schöffengericht, u. z. das sogen. erweiterte Schöffengericht, also das aus zwei Berufsrichtern und zwei Laien zusammengesetzte Gericht entscheiden. In Fällen, wo die Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt zu erwarten ist, muß ferner dem Beschuldigten, der keinen Verteidiger hat, ein solcher von Amts wegen beigeordnet werden. Schon die Ermittlungen der Staatsanwaltschaft im Vorverfahren sollen sich auf die Umstände erstrecken, die für die Anordnung von Maßregeln der Besserung und Sicherung von Bedeutung sind. Ist nach diesen Ermittlungen zu erwarten, daß die Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt angeordnet werden wird, so soll auch bei weniger umfangreichen und schwierigen Fällen Voruntersuchung beantragt werden. Daß diese Unterbringung zu erwarten ist, muß in der Anklageschrift ausdrücklich gesagt werden. Stellt sich dagegen erst in der Hauptverhandlung heraus, daß irgendeine Form der »Unterbringung« in Frage kommt, so muß der Angeklagte darauf hingewiesen werden. Auf seinen Antrag ist dann die Hauptverhandlung zu unterbrechen oder auszusetzen, damit er sich auf die Verteidigung gegen die neu hervorgetretenen Umstände genügend vorbereiten kann. Hält der Amtsrichter oder das Schöffengericht die Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt oder in einer Trinkerheilanstalt oder in einer Entziehungsanstalt für angezeigt, so haben sie die Sache an das erweiterte Schöffengericht zu verweisen, da sie für die Anordnung dieser Arten von Unterbringung nicht zuständig sind. — Die Anordnung der Unterbringung ist im Urteil auszusprechen und zu begründen. Mit dieser Regelung der Fälle, bei denen auf Unterbringung erkannt werden soll, wird man sich wohl einverstanden erklären können. Dadurch, daß für die hier interessierenden Fälle neben dem Schwurgericht und ausnahmsweise dem Reichsgericht das erweiterte Schöffengericht ausschließlich zuständig ist und bei diesem Gericht wohl im Wege der Geschäftsverteilung ein Sonderregister dafür eingerichtet werden wird, kann sich hier im Rahmen der ordentlichen Gerichtsbarkeit eine Art Sondergericht entwickeln, das mit besonders qualifizierten und allmählich auch mit auf diesem Gebiete besonders erfahrenen Richtern besetzt ist. Und so darf man hoffen, daß es seiner schweren Aufgabe gewachsen sein wird. Dagegen erscheint es mir abwegig, wenn man den Strafgerichten nun auch noch die Entscheidung über das Schicksal Geisteskranker überlassen will.

Wie Sie wissen, soll nach dem Strafgesetzentwurf im Strafverfahren u. a. auch die Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker in einer Heil- oder Pflegeanstalt angeordnet werden. Das Einführungsgesetz bringt daher auch Bestimmungen über die Behandlung Zurechnungsunfähiger im Strafverfahren. Es soll künftig nicht nur dann zu einem

Hauptverfahren kommen, wenn ausreichender Tat- und Schuldverdacht vorliegt, sondern auch wenn für den Fall der Freisprechung wegen Zurechnungsunfähigkeit die Unterbringung des Angeklagten in einer Anstalt im Interesse der öffentlichen Sicherheit für erforderlich erachtet wird. In solchen Fällen kann das Gericht an Stelle des bei einem Zurechnungsunfähigen nicht zulässigen Haftbefehls die Anordnung seiner »einstweiligen Unterbringung« beschließen. Dem Beschuldigten ist dann ein Verteidiger zu bestellen. Hat er einen gesetzlichen Vertreter, so ist auch diesem der Beschluß der »einstweiligen Unterbringung« bekanntzumachen. Im übrigen sollen die Vorschriften über den Haftbefehl, auch über das Haftprüfungsverfahren entsprechend anwendbar sein. Auch für die Behandlung des einstweilig Untergebrachten sollen die Vorschriften über den Vollzug der Untersuchungshaft entsprechend gelten. Danach hat also im Zweifel der Richter über die Art und Weise des Vollzugs zu entscheiden, soweit er nicht durch das Gesetz, das für den Vollzug der Untersuchungshaft eingehende Vorschriften enthält, geregelt ist. Nur soll der einstweilig Untergebrachte nach Möglichkeit in eine Anstalt oder eine Abteilung für geistig Minderwertige oder in eine Krankenabteilung oder auch in eine öffentliche Heil- oder Pflegeanstalt aufgenommen werden.

Für die Hauptverhandlung gegen Zurechnungsunfähige soll folgendes gelten: Die Öffentlichkeit kann ausgeschlossen werden. — Unter bestimmten Voraussetzungen kann eine solche Hauptverhandlung ohne Anwesenheit des Angeklagten oder doch so durchgeführt werden, daß er nur zeitweise zugegen ist. Kann er gar nicht anwesend sein, so muß er vorher durch einen beauftragten Richter unter Zuziehung eines Sachverständigen vernommen werden. — Diese ganze Regelung ist unglücklich. Sie zeigt jedenfalls, daß Geistesranke im Strafprozeß keinen Platz haben. Der Haftbefehl heißt hier »einstweilige Unterbringung« — ein anderer Name, sonst nichts; denn der »Untergebrachte« soll genau so wie ein Untersuchungsgefänger behandelt werden. Und wie hier dem Untersuchungsgefängenen, so stellt man den Geistesranke auch im übrigen dem Angeklagten gleich. Ob man dabei wirklich daran gedacht hat, die Erklärungen des Entmündigten als prozessual wirksame Erklärungen anzusehen, kann allerdings zweifelhaft erscheinen; aber wenn man das nicht wollte, so hätte man doch vorschreiben müssen, daß alle Entscheidungen dem gesetzlichen Vertreter zuzustellen sind oder aber daß der Verteidiger als gesetzlicher Vertreter für das Verfahren angesehen wird. Das ist aber nicht geschehen. Dasselbe gilt übrigens für noch nicht entmündigte Geistesranke, die selbstverständlich aus Anlaß des Verfahrens unter vorläufige Vormundschaft zu stellen wären.

Das Mindeste, was man für das Verfahren gegen Zurechnungsunfähige verlangen müßte, wäre eine Vorschrift, daß der Entmündigte oder unter vorläufige Vormundschaft Gestellte nur durch seinen gesetzlichen Vertreter oder seinen Verteidiger Anträge stellen oder Erklärungen abgeben kann. Dann wäre die einstweilige Unterbringung wie bei sonstigen unruhigen Geistesranke, aber nicht wie bei Untersuchungsgefängenen zu regeln, wenn auch gewisse Rechtsgarantien wie eine Art Haftprüfungsverfahren beibehalten werden könnten. In der Hauptverhandlung wäre der gesetzliche Vertreter und der Verteidiger an Stelle des sogen. »Angeklagten« zu vernehmen. Ob der Geistesranke selbst zur Hauptverhandlung zuzuziehen wäre, das müßte wohl dem pflichtmäßigen Ermessen des behandelnden Arztes überlassen bleiben, äußersten Falles könnte man vorschreiben, daß ein beauftragter Richter mit

einem Sachverständigen den Kranken besucht und das Gericht sich auf Grund des Berichtes dieser beiden schlüssig macht, ob es den Kranken zur Verhandlung zuziehen soll oder nicht. Von einer eigentlichen »Vernehmung« des Geisteskranken kann wohl nicht die Rede sein. Man kann nur vorschreiben, daß versucht werden soll, u. U. mit Hilfe des Arztes, den Kranken zu Ausführungen über seine Person und über den Gegenstand der Untersuchung zu veranlassen. Das wäre — wie gesagt — das Mindeste, was man für das Verfahren mit Zurechnungsunfähigen fordern müßte. Aber muß denn in Deutschland alles durch Gerichte entschieden werden? Wir haben schon eine Vertrauenskrise der Justiz, aber Juristen werden immer wieder zur Entscheidung über Dinge herangezogen, die ihnen G. s. D. bisher noch nicht zustanden. Ich verkenne dabei durchaus nicht, daß bei den gemeingefährlichen Geisteskranken gerade das Interesse der öffentlichen Sicherheit eine große Rolle spielt. Aber auch der Psychiater wird dies beachten und hat es bisher beachtet. Es kommt nur darauf an, daß die fraglichen Fälle zur Kenntnis des Psychiaters gebracht werden. So könnte man die Gerichte, die Staatsanwaltschaften und die Polizei anweisen, die nächste Heil- oder Pflegeanstalt von solchen Fällen zu unterrichten — wie es ja wohl schon jetzt meist geschieht —, man könnte eine Kommission von Psychiatern damit beauftragen, diese Fälle zu prüfen, und wenn man durchaus ein Gericht haben will, könnte man dieser Kommission auch gewisse richterliche Funktionen übertragen und ihr für ihren Aufgabenkreis richterliche Eigenschaften beilegen. Aber dem Strafrichter erspare man diese Aufgabe. Er muß sich gegen jede Erweiterung seines Gebietes sträuben; denn die führt zur Verflachung, nicht zur Vertiefung seiner Arbeit.

Abgesehen von den Vorschriften über die Behandlung Zurechnungsunfähiger kann ich mich aber als Strafrichter im allgemeinen mit den Vorschriften des Entwurfs, die den Arzt und den Sachverständigen betreffen, einverstanden erklären und darf nun Sie, meine verehrten Zuhörer, namentlich aber die Herren Ärzte bitten, etwaige Bedenken zu äußern.

In der Diskussion wird von Prof. *Reiß* darauf hingewiesen, daß bisweilen auch eine Verhandlung gegen Geisteskranke notwendig sei zum Schutz der Familie und um ein Mißtrauen in der Öffentlichkeit nicht aufkommen zu lassen. Es sei zweckmäßig, daß die ärztlichen Gutachten unter Ausschluß der Öffentlichkeit erstattet würden. Gerichtsmedizinalrat Dr. *Oppe* wünscht auch, daß die ärztlichen Gerichtsgutachten unter Ausschluß der Öffentlichkeit verhandelt würden. Eine Verhandlung gegen Geisteskranke sei auch jetzt schon möglich, wenn erst im Laufe des Verfahrens die Geisteskrankheit erkannt werde. Prof. *Nitsche* wünscht, daß die Öffentlichkeit bei den ärztlichen Gutachten ausgeschlossen werde. Die Familie werde häufig bei den Hereditätsangaben bloßgestellt. Durch die Gutachten belehre man auch viele Psychopathen über die Anwendbarkeit des § 51 StGB. Durch das Anhören des Gutachtens könne die Gesundheit des Angeklagten meist nicht gefährdet werden, im Einzelfall jedoch wohl. *Ilberg* I berichtet von Fällen, wo Gesundheitsschädigungen auftraten. Erster Staatsanwalt Dr. *Rudert* weist auf § 171 hin, der schon jetzt die Möglichkeit, die Öffentlichkeit auszuschließen, bietet. A. G. Dir. *Meusel* weist auf das Jugendgerichtsgesetz hin, wonach der Angeklagte beim Sachverständigengutachten entfernt werden kann. Der Redner befürwortet, daß eine ähnliche Bestimmung in das Gesetz gebracht werde.

219. Sitzung am 10. April 1930.

Amtsgerichtsrat *Korn*-Dresden: Die Bestrafung triebhaften Handelns.

Der Vortragende berichtete über die für Psychiater wie Juristen in der strafrechtlichen Praxis gleich wichtige, in neuester Zeit in der Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft ausgefochtene Kontroverse über die strafrechtliche Bedeutung der Triebhandlungen, in der sich die Meinung Dr. *Wimmers*, gestützt auf die Lehre *Löwensteins*, und Professor *Klees* scharf gegenüberstehen. Mit Betrachtungen allgemeinerer Art ausholend, führte er zunächst unter Darlegung der *Wimmerschen* Auffassung aus:

Jede Straftat als eine mit Strafe bedrohte schuldhaftere rechtswidrige Handlung ist die willkürliche Verursachung (die rechtlich relevante Unterlassung wurde absichtlich beiseite gelassen) einer Veränderung in der Außenwelt. Die damit vorausgesetzte Willensbetätigung ist jedes Verhalten, welches, frei von mechanischem oder physiologischem Zwang, durch Vorstellungen motiviert wird. Mit dem Begriff der Handlung ist sonach der Begriff des Motivs untrennbar gegeben. Motiv der einzelnen Willensbetätigung ist die mit Lustgefühlen begleitete Vorstellung der durch die Willensbetätigung herbeizuführenden Veränderung in der Außenwelt. Diese Vorstellung, entstanden durch das Gefühl eines gegenwärtigen unlusterregenden Zustands, gibt den Reiz ab, welcher den Willensimpuls hervorruft. Die Auslösung des Willensimpulses durch das Motiv kann durch das Auftreten beliebig vieler Vorstellungen von unlusterregenden Zuständen, die mit den motivierenden lusterregenden durch die Natur der Dinge verbunden sind, verzögert werden. Diese Gegenreize müssen erst durch das Motiv überwunden werden, wobei dieses vielleicht durch andere ebenfalls lusterregende Vorstellungen unterstützt wird. Das Motiv bildet den einen Faktor der Willensbetätigung. Der andere wird gebildet durch die Eigenart des Handelnden im Denken, Fühlen und Wollen, durch seine teils angeborene teils erworbene psychische Disposition und die damit gegebene persönliche Reaktionsweise.

Der Begriff der Handlung erfordert den Eintritt einer Veränderung in der Außenwelt, also an Menschen oder Sachen. Diese — Erfolg genannte — Veränderung kann sich mehr oder weniger deutlich von der Willensbetätigung abheben. In den Begriffsbestimmungen des Strafrechts finden wir denjenigen Erfolg, der für die strafrechtliche Synthese in Betracht kommt, weil an seinen Eintritt der Gesetzgeber die Strafdrohung geknüpft hat.

Willensbetätigung und Erfolg müssen, damit eine Handlung vorliegt, in Beziehung zueinander stehen. Sie ist objektiv gegeben durch den Kausalzusammenhang, subjektiv dann, wenn der Täter bei der Willensbetätigung vorausgesehen hat oder doch hätte voraussehen können, daß die Veränderung in der Außenwelt eintreten werde oder könne. Hier knüpfen die Begriffe Vorsatz und Fahrlässigkeit an. Vorsätzlich handelt, wer den Tatbestand einer strafbaren Handlung mit Wissen und Willen verwirklicht, oder wer die Verwirklichung zwar nur für möglich hält, jedoch für den Fall der Verwirklichung damit einverstanden ist. Diese Begriffsbestimmung des Vorsatzes bringt zum Ausdruck, daß nur vorgestellte Folgen gewollt sein können, daß es aber nicht genügt, wenn sich der Täter die den Tatbestand erfüllenden Folgen und andere Umstände seiner Tat bloß vorstellt, sondern daß er auch den Willen haben muß, unter diesen Umständen den zum Tatbestand ge-

hörigen Erfolg herbeizuführen. Ob der Täter den Erfolg um seiner selbst willen oder nur als ein notwendiges, ihm an und für sich vielleicht unerwünschtes Mittel zu einem anderen Zweck oder als notwendige Begleiterscheinung eines solchen will, ist gleichgültig. Ebenso kommt nichts darauf an, ob der Täter den Eintritt des Erfolgs für gewiß, wahrscheinlich, möglich oder unwahrscheinlich hält.

Als Gegensatz zu einer solchen Willenshandlung ist die Reflexbewegung zu nennen, bei der die Reizung zentripetaler Nervenfasern ohne Zutun des Bewußtseins die Tätigkeit zentrifugaler Fasern hervorruft, ebenso die Ausdrucksbewegung, die beim Vorliegen gewisser Stimmungen und Affekte ganz ohne Zutun des Willens eintritt. Beide unterscheiden sich von der gewollten Handlung dadurch, daß sie sich als Reaktionen darstellen, die Willenshandlungen aber als Aktionen. Bei dem klarsten Sonderfall der Aktionen stellt sich die innere Tätigkeit insofern als Entschließung oder Entscheidung dar, als ihr ein Widerstreit, ein Wettbewerb der Werte bei der Zwecksetzung mehr oder minder bewußt vorausgeht. Das Motiv stellt sich dar als das Resultat einer Wahl aus einer Mehrzahl von Werten. Neben diese Willkürhandlung tritt als 2. Form der Aktionen die Triebhandlung, die von *Lindworsky* mit den Worten erklärt wird: »die Seele gewahrt einen Wert und will ihn, und dieses Wollen setzt sich in Bewegung um, ohne daß sie das Ergebnis einer Wahl ist.« Die Triebhandlung verbindet nicht, wie die reaktive Bewegung, Reiz und Bewegung unmittelbar, sondern den Reiz und die zwischen ihm und der Bewegung liegende innere Tätigkeit.

Die Hinwendung an den Reiz, die in der Bewegung schließlich zum Ausdruck kommt, ist bei der Triebhandlung zwar eine Reaktion auf den Reiz, weil die Psyche diese Hinwendung lediglich auf die Gewahrung eines einzelnen Werts hin vollzieht, ohne daß dieser Wert erst in der Vergleichung und Gegenüberstellung mit anderen Werten als der relativ größte erkannt wird. Daß andererseits aber der triebhaft Handelnde sich in der letzten psychischen Phase, die der Bewegung vorhergeht, die Bewegung als für ihn wertvoll vorstellt, unterscheidet die Triebhandlung von jeder rein reaktiven Bewegung und kennzeichnet sie als Willenshandlung. Es fehlt bei ihr auch das charakteristische Tätigkeitserlebnis nicht. Wertvorstellung und Tätigkeitserlebnis können ebenso stark und ebenso schwach bewußt sein wie bei der Willkürhandlung, wenn auch gerade bei Triebhandlungen der Bewußtseinsgrad häufig besonders gering sein soll.

Den Triebhandlungen kann an sich — ebenso wie den Willkürhandlungen — jedes überhaupt denkbare Motiv zugrunde liegen. Die körperliche Beschädigung eines Menschen kann triebhaft geschehen z. B. aus Haß, Rache, Neid. In jedem dieser Fälle schwebt dabei dem Handelnden der eine Wert vor, den die Tat für ihn haben wird. Aber die Tat hat in solchen Fällen den erstrebten Wert für den Täter, gerade insofern sie Körperbeschädigung ist. Damit schließt also die eine Wertung, die die Tat durch den Täter erfährt, auch die objektive Bedeutung der Handlung in sich ein, um deretwillen sie mit Strafe bedroht ist. Der Täter wertet und will sie als Körperbeschädigung. Wenn aber ein Hysteriker lediglich, um wie ein Schwerkranker bemitleidet zu werden, unter Manifestation heftiger Erregung über eine andere Person herfällt und sie mißhandelt, so liegt der Wert, um dessentwillen er die Tat will, weit ab von ihrer objektiven Bedeutung als Körperverletzung. Zwischen beiden besteht nur ein äußerlicher unorganischer zufälliger Zusammenhang.

Um die Tat für seinen Zweck als geeignet zu erkennen, braucht der Täter nicht zu sehen, daß sie zugleich Körperverletzung ist, denn auch manch andere Bewegung, die objektiv nicht Körperverletzung ist, würde an das erstrebte Ziel führen. Und es würde die Tat nicht einmal fördern, sondern hemmen, wenn der Täter diese objektive Bedeutung des Tuns durchschaute. Daß er diese bis zum Ablauf der Bewegung nicht überblickt, kennzeichnet die Tat als triebhaft und unterscheidet sie von einer willkürlichen. Wir haben es hier also mit einer Triebhandlung zu tun, in deren Motiv anders als im ersten Beispiel diejenige objektive Wertung der Tat nicht enthalten ist, die das Strafgesetz im Auge hat. Was diese Triebhandlung im Sinne des Strafgesetzes objektiv bedeutete, war weder vorgestellt noch gewollt. *Wimmer* sieht daher die Tat des Hysterikers nicht als vorsätzlich, sondern als fahrlässig begangen an. Er teilt die Triebhandlungen in 2 strafrechtlich streng zu unterscheidende Gruppen: die erste, als geordnete Triebhandlungen zu bezeichnende Gruppe umfaßt diejenigen, bei denen die Wertung der vorgestellten Bewegung durch den Täter die Einsicht in diejenige objektive Bedeutung einschließt, die die betreffende strafrechtliche Norm im Auge hat. Sie können auch »wissentlich«, »mit Absicht«, aber nicht »mit Überlegung« ausgeführt werden. Bei der 2. Gruppe, von *Wimmer* als ungeordnete Triebhandlungen bezeichnet, ist der Inhalt der einzigen dem Täter bewußten Wertung der Tat so eigenartig, daß die Einsicht in deren unmittelbare sachliche Bedeutung, die den objektiven Tatbestand eines Strafgesetzes darstellt, fehlt. Es können nach *Wimmers* Auffassung auf sie alle diejenigen Strafrechtsnormen nicht angewendet werden, die beim Täter Vorsatz, eine bestimmte Art des Vorsatzes oder eine darüber hinausgehende Schuldform wie Böswilligkeit voraussetzen.

Triebhandlungen sind nach *Wimmer* stets der Ausdruck psychischer Dispositionen oder Konstitutionen. Sie können von innen aus der Individualität herauskommen oder gleichsam von außen an sie herangetragen zu sein scheinen. Die erste Art hat *Löwenstein* bezeichnet als das triebhafte Auswirken eines psychischen Konstitutionstypus. Solange der bei diesen Triebhandlungen einzig vorgestellte Wert die im Gesetz gemeinte objektive Bewegung in sich einschließt, also eine geordnete Triebhandlung vorliegt, solange sind diese Handlungen als Äußerungen einer normalen Persönlichkeit verständlich. Sie sind dies immer weniger, je weiter sich die einzige Wertvorstellung von einer objektiven Wirklichkeitswertung entfernt. Dieser Teil der ungeordneten Triebhandlungen liegt teils hart an der Grenze des Pathologischen, teils sind die zu ihm gehörigen Handlungen bereits ausgesprochen pathologisch motiviert. Für die strafrechtliche Verantwortlichkeit interessieren dabei natürlich nur diejenigen Triebhandlungen, bei denen noch die wenn auch erschwerte Möglichkeit besteht, hemmende Wertvorstellungen zu wecken und sich durch sie vom Handeln abhalten zu lassen. Für diese erste Art der Triebhandlungen, das triebhafte Auswirken eines psychischen Konstitutionstypus, ist es nicht wesentlich, daß eine Wahl zwischen verschiedenen Werten überhaupt nicht stattfindet, sondern daß die oberste Wertvorstellung, das Wollen des Wertes, das die vielleicht willkürliche Ergreifung der Mittel beherrschte, ausschließlich ungewählt, ungehemmt ist. Folgt dem Wollen des einen Wertes nur in Rücksicht auf die Eignung für diesen Wert eine Wahl unter verschiedenen Mitteln, so ist allerdings in der resultierenden Handlung ein Willkürelement vorhanden, aber es gibt dieser unreinen Triebhandlung kein von der entsprechenden reinen, d. h. nicht

mit Elementen willkürlichen Handelns gemischten, Triebhandlung abweichendes rechtliches Gepräge: Ist bei ihr die objektive, durch den gesetzlichen Tatbestand gekennzeichnete Bedeutung der Handlung nicht vorgestellt, so bleibt es auch dabei, nachdem das besprochene Willkürelement in den Bewußtseinsvorgang eingegangen ist.

Bei der 2. Art der Triebhandlungen, bei denen die psychische Disposition, die die Triebhandlung bedingte, gleichsam von außen her an das Individuum herangetragen war, handelt es sich um die triebhafte Ausführung mechanisierter Handlungen. Bei ihnen ist der Enderfolg willkürlich, d. h. auf Grund einer Wahl unter vorgestellten Zwecken gewollt, die Mittel nur auf Grund einer einzigen ungehemmten Wertvorstellung. Auch bei ihnen ist es nicht wesentlich, ob das Mittel oder das Gefüge von Mitteln zur Verwirklichung des willkürlich gewollten Wertes auch seinerseits willkürlich gewollt ist, da es für die Triebhandlung nicht wesentlich ist, daß sie nicht Mittel eines willkürlich gewollten Wertes sei. Man muß in den Handlungen vielmehr unterscheiden zwischen Werten, die sie triebhaft verwirklichen und Werten, die sie willkürlich verwirklichen. Damit ist das Wesen der meisten aus Willkürhandlung durch Mechanisierung entstandenen Triebhandlungen gekennzeichnet. Es gibt allerdings auch solche, bei denen ein triebhafter, in mechanischer Bewegung endender Willensvorgang nicht mehr von einem Willkürakt eingeleitet wird, als dessen Mittel er fungiert. Dies ist dann der Fall, wenn sich die oft vollzogene anstoßende Willkürerregung inzwischen zu einer psychischen Konstitution verdichtet hat, aus der das triebhafte Wollen — angeregt durch eine äußere Situation oder auch ohne solche Anregung — jederzeit fließen kann. Hier ist der Übergang zur 1. Art triebhaften Handelns gegeben; die resultierende Bewegung enthält dann nicht mehr den soeben geschilderten willkürlichen Zweckbereich, sondern ist rein triebhaft.

Eine durch Mechanisierung entstandene Triebbewegung der 2. Art — man könnte sie auch als unreine Triebhandlung bezeichnen — stellt sich dann als untergeordnet dar, wenn in ihr ein triebhaft gewollter — objektiver oder subjektiver — Wert von der objektiven Wertung der Bewegung durch einen gesetzlichen Tatbestand abweicht. Wieder anders gelagert und nicht hierher gehörig sind diejenigen Fälle, in denen durch eine mechanisierte Bewegung zwar der objektive Tatbestand einer Straftat gesetzt wird, die Begehung aber nicht deshalb bloß fahrlässig ist, weil die Handlung nur triebhaft war, sondern weil der Täter den Erfolg nicht ohne weiteres vorhersehen konnte.

Auf der Grenze beider Gruppen liegt folgendes Beispiel: Ein Mensch mit der allgemein festzustellenden Tendenz zu pathologisch verlaufenden Affekten hat seine Geliebte erschossen, nachdem er zuvor — wahrscheinlich um sie und sich zu töten — einen Revolver gekauft hat. Jedoch hat nicht der Entschluß zur Tötung selbst zur Tat geführt, sondern ein durch ihn vorbereiteter, auf dem Boden der krankhaft degenerativen Persönlichkeit erwachsener pathologischer Affekt im Maximum seiner Entwicklung ist es gewesen, der ihn schließlich unmittelbar zur Tat bestimmt hat — ungehemmt, triebhaft. Gerade dieser pathologische Affektverlauf ist ein besonders wichtiger und nicht selten in Betracht kommender psychologischer Zusammenhang. Sein Wesen, für dessen Aufweisung *Löwenstein* besondere experimentelle Kriterien angegeben hat, besteht darin, daß ein durch einen äußeren Reiz erregter Gefühlszustand unter der Einwirkung kontinuierlicher gleichartiger Reize nicht etwa, wie dies die normale Wirkung der Gewöhnung ist, langsam an Intensität

abnimmt, vielmehr eine Summation der Reizwirkung zu beobachten ist, die sich schließlich zu außerordentlich hoher Intensität steigert. Fließt dann aus dem Maximum dieses Affektes eine Bewegung, so ist sie nach Ansicht *Wimmers* rein triebhaften Charakters; es lebt in ihr nur noch eine einzige Wertvorstellung, deren Inhalt der Affekt bestimmt, eine Verbindung zu der ursprünglich willkürlichen Hingabe an den Affekt besteht nicht mehr. Zu den Triebhandlungen rechnet *Wimmer* auch eine Reihe der von *Hans Groß* in seiner Kriminalpsychologie dargestellten Abwehrhandlungen, nämlich diejenigen, die nicht automatische Bewegungen sind. Ebenso enthält der von *Groß* aufgestellte Begriff des reflexoiden Handelns triebhafte und automatische Handlungen ungeschieden.

Die vorgetragene Lehre wird von *Klee* grundsätzlich bekämpft. Geschichtlich sieht er sie als einen Rückfall in überwundene Anschauungen des gemeinen Rechts an. Er wendet ein, daß die Zurechnung der »unreinen« Triebhandlungen zum Vorsatz überhaupt nicht zweifelhaft sein könne. Wenn jemand Hemmungsvorstellungen nicht zu überwinden habe, so sei dies kein Beweis für triebhaftes Handeln. Zur Zurechnung genüge ein noch so verblaßtes an der Schwelle des Unterbewußtseins liegendes Bild. Mehr verlangen hieße die Kraft des Strafrechts gerade der gefährlichsten in Gewohnheit fast mechanisch handelnden Menschenklasse gegenüber bedenklich schwächen. Gegen die reinen ungeordneten Triebhandlungen führt *Klee* ins Feld, daß auch bei dem mit voller Überlegung handelnden Mörder aus Geldgier und Habsucht das Gegenmotiv nicht wirksam wird und gleichwohl niemand daran denkt, ihn nur wegen Fahrlässigkeit aus dem Gesichtspunkt zu bestrafen, weil es seine Pflicht gewesen wäre, dem Anreiz der Tat zu widerstehen. Es sei willkürlich, die Behauptung aufzustellen, daß ein im Affekt Handelnder bei gehöriger Anspannung seiner Willenskräfte imstande gewesen wäre, den Anreiz zum Verbrechen zu unterdrücken. In Wahrheit sei für *Löwenstein* und *Wimmer* maßgebend nicht der Gesichtspunkt, daß der Täter nicht zwischen verschiedenen Motiven wähle (das haben geordnete und ungeordnete Triebhandlungen gemein), sondern die angebliche Motivfremdheit des verursachten rechtsverletzenden Erfolgs. Es kann aber nicht zugegeben werden, daß diese Motivfremdheit eine unterschiedliche Behandlung der ungeordneten Triebhandlungen in der Richtung der subjektiven Tatbestandsmäßigkeit rechtfertige. *Klee* behauptet, daß der Hysteriker des Musterbeispiels die Körperverletzung als solche strafrechtlich in demselben maßgeblichen Sinn gewollt hat, wie der aus Haß blindlings eine Körperverletzung Zufügende. Nicht selten wird es sein, sagt er, daß die Entladung des Hasses, der Rache gar keinen bestimmten verletzenden Erfolg im Auge hat, daß es vielmehr dem Täter gleichgültig ist, ob sein in der Wut geschleudertes Stein das Fenster, hinter dem der Gegenstand seines Hasses sitzt, ob er diesen selbst trifft, daß also die Tat den erstrebten Wert für den Täter keineswegs hat, gerade insofern sie Körperverletzung oder Sachbeschädigung ist. Im Falle des Hysterikers soll nach *Klee* gleichfalls die motivierende Bedeutung der Erfolgsvorstellung keinesfalls ausscheiden. Wenn sich auch der Täter durch die Vorstellung des körperlichen Schadens des anderen nicht hat bestimmen lassen, so hat er sich — nach *Klee* — doch auch durch die — wenn auch nur verschwommene — Vorstellung des Körperschadens nicht abhalten lassen. Der Vorwurf gegen ihn gründe sich darauf, daß er die Vorstellung nicht habe zum Gegenmotiv werden lassen.

Mit diesen Einwänden *Klees* setzte sich dann der Vortragende auseinander. Er wies darauf hin, daß es ein pathologisch motiviertes Handeln gäbe, d. h. ein Handeln ohne beharrliche Zielvorstellung, ein Handeln ohne Interesse an dem, was es objektiv bewirkt, lediglich subjektiv, d. h. aus Äußerungen des eigenen Geistes bestimmt und auch wiederum nur auf den eigenen Geist gerichtet. Bei solchem Handeln ist nach *Löwenstein* der objektive Erfolg mehr oder minder zufällig, der unmittelbare subjektive Erfolg ist der eigentlich gewollte. Im Bereich der psychischen Grenzzustände beobachtet man Affekte, deren Inhalt nicht durch die den Affekt auslösenden Reize, sondern lediglich durch die klinische Äußerungsform der zugrunde liegenden Persönlichkeiten bestimmt sind. Es handelt sich um Affektinhalte, die bei dem in Frage stehenden Zustand erfahrungsgemäß besonders häufig vorkommen, als der klinisch in die Erscheinung tretende Ausdruck der pathologischen Persönlichkeit, und diese Erscheinungsformen sind oft sogar für den zugrunde liegenden Zustand so charakteristisch, daß er durch sie eindeutig bestimmt wird.

In der Diskussion sprechen A.-G.-R. Dr. *Ledig*, L.-G.-R. Dr. *Geissler* und Professor *Reiß*.

220. Sitzung am 27. Mai 1930.

Professor Dr. *Nitsche-Sonnenstein*: Psychiatrisches zu § 1333 BGB.

RGE. v. 14. Februar 1921 (Recht 1922, 26, S. 195, Nr. 972):

»In mehreren Urteilen des IV. Senats findet sich der Ausspruch, daß eine bloße Veranlagung zu geistiger Erkrankung, die noch nicht eine bereits im Anfangsstadium befindliche Geisteserkrankung dargestellt habe, zur Eheanfechtung nicht ausreiche, daß es aber anders sein könne, wenn es sich um eine Anlage gehandelt habe, die zu geistiger Erkrankung hätte führen müssen (vgl. *Warneyer*, Rechtspr. 1911, Nr. 85 und die dort genannten Urteile, ferner RGZ. 73, 135).

Indes damit hat keineswegs der Grundsatz aufgestellt werden sollen, daß die konstitutionelle Anlage zu geistiger Erkrankung immer nur dann als eine zur Anfechtung berechtigende persönliche Eigenschaft im Sinne des § 1333 BGB. gelten könne, wenn sie schon nach dem gewöhnlich eintretenden Verlaufe der Dinge den Ausbruch der geistigen Erkrankung zur Folge haben müsse.

Das entscheidende Kriterium zur Beantwortung der Frage, ob das Anfechtungsrecht gegeben sei, kann nur darin gefunden werden, ob die geltend gemachte Veranlagung zu geistiger Erkrankung von solcher Beschaffenheit war, daß die Kenntnis von ihr den andern Ehegatten, sofern er das Wesen der Ehe und ihre Anforderungen verständig erwog, bestimmt hätte, von der Eingehung der Ehe Abstand zu nehmen. Demgemäß kann aber jeder Fall besonders liegen.

Nur soviel ist schlechthin einzuräumen, daß eine bloße konstitutionelle Veranlagung in Rede stehender Art als Eigenschaft im Sinne des § 1333 BGB. nicht unbedingt und nicht allemal angesprochen werden kann, und zwar auch dann nicht, wenn sie schließlich zu geistiger Erkrankung während der Ehe geführt hat (RGZ. 73, 135). Prüft man sodann den objektiven Maßstab einer verständigen Würdigung des Wesens der Ehe selbst, so wird einerseits davon auszugehen sein, daß für den andern Ehegatten nicht jede Besorgnis bestimmend sein dürfte oder hätte bestimmend sein dürfen, und namentlich nicht schon die Besorgnis, daß sich die Veranlagung des andern Ehe-

teils unter irgendwelchen besonderen, schwerwiegenden und einstweilen nicht einmal voraussehbaren Geschehnissen während der Ehe als verhängnisvoll erweisen könnte; auch wird nicht auf eine besondere Ängstlichkeit und Empfindlichkeit des andern Ehegatten Rücksicht zu nehmen sein. Andererseits aber wird die Besorgnis dann als eine gerechtfertigte und aner kennenswerte gelten müssen, wenn genügender Anhalt zu der Annahme vorlag, daß sich schon nach dem gewöhnlichen Verlauf der Dinge und insbesondere auf Grund der im Wesen der Ehe schon an sich begründeten Vorgänge die Veranlagung des andern Teils zu einer geistigen Erkrankung voraussichtlich entwickeln würde. Unter solchen Umständen eine Ehe einzugehen, kann verständigerweise niemand zugemutet werden.

Hierbei kann auch die Frage der Vererblichkeit eine Rolle spielen. Aus begrifflichen Gründen kann niemand zugemutet werden, daß er die Ehe eingeht, wenn mit mehr oder weniger Gewißheit zu erwarten ist, daß sich die Veranlagung zu geistiger Erkrankung von dem andern Ehegatten auf die voraussichtliche Nachkommenschaft im Wege der Vererbung übertragen wird, und auf die Erzielung von Nachkommenschaft ist doch die Ehe ihrem Wesen nach gerichtet. Das Hervorgehen einer Nachkommenschaft mit einer Belastung in Rede stehender Art wäre nicht nur im Interesse aller Beteiligten, sondern auch im Interesse der Allgemeinheit etwas durchaus nicht Wünschenswertes.

In der Diskussion sprechen L.-G.-Dir. Dr. *Scheuffler*, L.-G.-R. Dr. *Geissler*, A.-G.-R. *Rottka* und Professor Dr. *Reiß*.

221. Sitzung am 28. Juni 1930.

Besichtigung des Moritzburger Erziehungsheims (Burschenheim Röderhof in Niederrödern, Pflegeheim Heidehof, Kinderheim in Moritzburg; Vorträge über die Erzieherausbildung).

222. Sitzung am 23. Oktober 1930.

Krankenvorstellungen im Stadt Krankenhaus Dresden (Löbtauerstraße):

1. Stadt-Med.-Rat *Gebert* stellt eine Patientin mit reaktiver Psychose vor, die bei einem Selbstmordversuch mit Gas ihr Kind von 7 Monaten tötete.
2. Professor *Reiß* stellt eine Psychopathin vor, eine eigentümlich verschlossene, innerlich dürftige Person, bei der es sich um die Frage der Entmündigung handelt.
3. Stadt-Med.-Rat Dr. *Rüder* stellt eine Patientin mit paranoiden Ideen vor.

223. Sitzung am 27. November 1930.

Professor Dr. *Reiss*-Dresden: Das charakterologische Problem bei der psychiatrischen Begutachtung.

Je mehr das neuzeitliche Strafrecht die Persönlichkeit des Täters in Anlage, Entwicklung und Milieuabhängigkeit bei der Beurteilung mit heranzieht, desto bedeutungsvoller werden auch leichtere Grenzzustände und charakterologische Abweichungen in foro. Damit gewinnen Wichtigkeit alle die Bestrebungen, die von psychiatrischer Seite aus das charakterologische Problem anzupacken versuchen. *Kretschmers* Lehren und die allerdings noch sehr lückenhaften Kenntnisse über Persönlichkeitsveränderungen nach Hirnschädi-

gung, Hirnerkrankung und inneren Drüsenstörungen eröffnen einen gewissen Zugang vom Körperlichen her, doch reicht unser Wissen hier noch nicht aus, um damit mehr als im Einzelfall arbeiten zu können. Die verschiedenen Formen psychopathischer Grenzzustände sind von solchen Gesichtspunkten aus nicht einheitlich zu gruppieren. Praktisch kommen wir nicht um andersartige Gruppierungen herum, bei denen die Typen vielfach der Ausprägung einzelner abnormer Charakterzüge entsprechen. Bei der großen Bedeutung der Anlage für den Charakter hat die Vererbungslehre die größte Wichtigkeit gewonnen, weil sie die einzige Möglichkeit bietet, das Anlagemäßige einigermaßen festzustellen. Doch darf der Einfluß der Umwelt für die Entwicklung und Entfaltung der Anlage in seiner entscheidenden Bedeutung nicht verkannt werden. Damit erlangen alle die Untersuchungsmethoden ihre Wichtigkeit, die eine analytische Aufschlüsselung der Persönlichkeit in Abhängigkeit von Umwelt und Lebensentwicklung erstreben. Der direkten Erfassung des Charakterlichen durch eine Ausdruckskunde fehlt es noch vollkommen an einer wissenschaftlich durchgearbeiteten Methode, so vorzüglich auch im einzelnen die Fähigkeit intuitiver Erfassung ausgebildet sein mag. Auch der Graphologie kommt hier nur eine beschränkte Bedeutung zu; ihre Grenzen und ihre Möglichkeiten sind wissenschaftlich noch völlig ungesichert.

224. Sitzung am 11. Dezember 1930.

Landgerichtsrat Dr. Geissler-Dresden: Psychoanalytische Kriminologie.

Einleitend wird die Bedeutung der Psychoanalyse für den Kriminalisten durchaus anerkannt. Die Kritik richtet sich nur gegen die psychoanalytische Lehre vom Wesen und von den Ursachen des Verbrechens.

G. gibt zunächst eine gedrängte Zusammenfassung der Hypothesen, die als Grundlage der psychoanalytischen Kriminologie zu gelten haben, namentlich der Hypothesen über Wesen und Bedeutung des neurotischen Symptoms (versteckte Befriedigung verdrängter Triebstreben — Selbstbestrafung des Ich — Ergebnis eines unbewußten Geständniszwanges).

Redner setzt sich dann mit *Reik* (»Geständniszwang und Strafbedürfnis«, Wien 1925) auseinander. Er lehnt *Reiks* Theorie, wonach jeder Verbrecher aus unbewußtem Schuldgefühl und dem daran geknüpften Strafbedürfnis heraus handle, ab.

Aber auch die Ausführungen von *Franz Alexander* und *Hugo Staub*, die wenigstens außer der Gruppe der Berufsverbrecher noch die Gruppe des »Affekt- oder Situationsdelikts« der Normalen ausscheiden, erscheinen ihm stark übertrieben.

Der angebliche Übergang des modernen Strafrechts zur Bestrafung der Motive wird als irrig nachgewiesen. Nur für die Strafzumessung und den Strafvollzug wächst die Bedeutung der Motive immer mehr. Daß die Psychoanalyse zu einem sicheren Nachweis der bewußten und der unbewußten Motive in absehbarer Zeit imstande wäre, wird entschieden bestritten.

Redner hält die geforderte alsbaldige völlige Beseitigung der Strafe (ihre restlose Ersetzung durch therapeutische Behandlung, Schadensersatz, Verwahrung Gemeingefährlicher) für unvereinbar mit den eigenen Ausführungen der Verf. über das Rechtsgefühl und die notwendige Unterstützung der meisten Hemmungen gegenüber asozialen Tendenzen durch Angst vor Repressalien.

Redner bekämpft ferner die Ansicht, alle Fahrlässigkeitsdelikte seien

»Fehlhandlungen« — hier sind die Fälle der sogen. bewußten Fahrlässigkeit, die dem *dolus eventualis* nahesteht, außer acht gelassen — und alle Fehlhandlungen seien von einer unbewußten Absicht eingegeben — hier hat die Analyse gewisser affektbetonter Fehlhandlungen zu einer unzulässigen Verallgemeinerung verführt. — Die versuchte Rechtfertigung einer strengeren Stellungnahme gegenüber Fahrlässigkeitsdelikten wird als unvereinbar mit den eigenen Ausführungen der Verf. nachgewiesen. —

Zusammenfassend lehnt Redner die Verallgemeinerungen ab, zu denen das Studium des neurotischen Charakters geführt hat, betont aber die Bedeutung dieser Schriften namentlich für die Aufhellung des neurotischen Charakters und für die Frage seiner zweckentsprechenden Behandlung¹⁾.

Im übrigen hält Redner daran fest: Solange nicht deutliche Anzeichen eines krankhaften Charakters vorliegen, muß das Verbrechen ebenso wie jede andere von bewußten Zwecken geleitete Handlung als bewußte Tat beurteilt werden. (Vgl. den Aufsatz des Redners: Justiz Bd. 6 1931 S. 485.)

In der Diskussion sprechen A.-G.-R. Dr. *Rottka*, Professor *Reiß* und O.-R.-R. Dr. *Ilberg* II.

225. Sitzung am 29. Januar 1931.

1. Prof. Dr. *Reiß*: hält einen Nachruf auf Geheimrat Dr. *Ganser*.

2. Obermedizinalrat Dr. *Weicksel*-Waldheim: Aus dem Grenzgebiete des schizophrener Formenkreises.

An der Hand entsprechenden Materials wird gezeigt, daß es manche, dem schizophrener Formenkreis zuzurechnende Krankheitsfälle gibt, die verkannt oder gar nicht erkannt werden, deren Vorhandensein aber in umfangreichem Maße bei den verschiedenen Straftaten mitwirkt. Ihre Erkennung ist aber nicht nur aus juristischen, sondern ebenso aus praktisch-sozialen Gründen notwendig, denn, da die schizophrener Kranken unter Bewußtseinsbedingungen leben, welche das seelische Geschehen nach allen Richtungen mit dem gesunden unvergleichbar machen, ist ihr Geisteszustand immer als im Sinne des § 51 St.G.B.'s krankhaft gestört anzusehen. Die Schizophrenie läßt die von ihr betroffenen Personen in keinem Falle unversehrt; es wird die zentrale Steuerung der Stimmungen und Gemütsbewegungen beeinträchtigt, die Persönlichkeit geändert. Diese Änderung kann schleichend, zunächst kaum merkbar vor sich gehen, aber auch schwere Grade schizophrener Zerfalls können in kurzer Zeit erreicht werden. Bei der Beurteilung, ob Krankheitserscheinungen schizophrener sind, haben wir neben der klinischen Beobachtung keine Hilfe, wir sind in zweifelhaften Fällen allein darauf angewiesen, abzuwarten, ob die Krankheitserscheinungen bei ihrer Weiterentwicklung den schizophrener Charakter erkennen lassen. Die Hauptmerkmale schizophrener Erkrankung sind die Denk- und Affektstörung. Da die Denkstörung vielfach erst nach einiger Zeit erkennbar wird, ist in erster Linie nach pathologischen Erscheinungen auf affektivem Gebiete zu suchen. Diese zeichnen sich zumeist ganz deutlich durch verschlechterte Lebensleistungen ab. Es tritt ein Bruch in der Entwicklungslinie, sozusagen eine Abknickung der Lebenslinie ganz deutlich hervor.

In der Diskussion sprechen L.-G.-R. Dr. *Merkel* über einige der refe-

¹⁾ Eine mehr populär gehaltene Einführung bietet: *Fritz Wittels* »Die Welt ohne Zuchthaus«, Bücher des Werdenden Bd. 5, 1928.

rierten Fälle, Professor *Reiß* über primitive Menschen, Persönlichkeitsforschung und Gutachterfähigkeit, Professor *Nitsche* über Schizophrenie im allgemeinen und A.-G.-R. Dr. *Meusel* über die soziale Gerichtshilfe.

226. Sitzung am 26. Februar 1931.

1. Regierungsmedizinalrat Dr. *Carrière-Arnsdorf* i. Sa.: Das neue Norwegische Sicherungs- und Bewahrungsgesetz.

Wiederholt wurde darauf hingewiesen, daß die vermindert Zurechnungsfähigen (v. Z.) in der Regel nicht in die Heil- und Pflegeanstalt für Geistesranke gehören. Schweden hat 1928 für die v. Z. durch Neueinrichtung einer alten gemeinschaftlichen Haftanstalt eine eigene Bewahrungsanstalt geschaffen mit gemeinschaftlichen Räumen für die leichteren Fälle und Isoliermöglichkeiten für die schwierigeren. (Die Rückfalls-Verbrecher werden in Schweden auch im Stockwerk einer Strafanstalt untergebracht.) Über die Wirkung des neuen norwegischen Sicherungsgesetzes, das nunmehr 2 Jahre bestanden hat, berichtete Polizeimeister *Andersen-Oslo*, daß von professionellen Verbrechern, deren Zahl etwa 320 ist, in den letzten Jahren bei 111 der Sicherungsparagraph in Anwendung kam, also etwa beim dritten Teil. Innerhalb der Verbrecherwelt besteht schon jetzt ein großer Respekt vor dem Sicherungsparagraphen. — Auch bei den v. Z. würden die Sicherungsbestimmungen vielfach angewendet, bis jetzt schon bei 61 Personen. Eine eigene Bewahrungsanstalt wie Schweden habe Norwegen nicht eingerichtet und man versuche nun, die v. Z., soweit sie von Gerichtswegen gesichert werden sollen, in den allgemeinen Heil- und Pflegeanstalten unterzubringen. Aber namentlich von den Geistesschwachen und Epileptischen wirke ein großer Teil äußerst störend und fremdartig auf den Zustand moderner Heilanstalten, die doch ein möglichst krankenhausmäßiges Gepräge haben sollen. Die Anstalten müßten also versuchen, derartige Elemente von sich fern zu halten. Leider wird das moderne Irrenwesen in Norwegen dadurch bedroht, daß die Anstaltsdirektoren verpflichtet werden sollen, in Anstalten zu verwahrende Geistesranke aufzunehmen, während die Direktoren zur Zeit Aufnahme für die Anstalt nicht geeigneter Elemente verweigern könnten.

Auch in Deutschland sei davor zu warnen, daß ein Bewahrungsgesetz eingeführt werde, ehe rechtzeitig die nötigen Unterbringungsmöglichkeiten geschaffen seien, weil sonst das vermehrte Einbringen zu verwahrender v. Z. in die Heil- und Pflegeanstalten eine schwere Schädigung aller modernen Bestrebungen im Irrenwesen bedeuten würde.

2. Krankenvorstellungen.

Stadt-Med.-Rat Dr. *Oehmig*-Dresden stellt einen Patienten mit manischem Zustandsbild (wahrscheinlich handelt es sich um einen schizoiden Psychopathen) und eine Untersuchungsgefangene vor, die sich an Kindern sexuell vergangen hat.

227. Sitzung am 30. April 1931.

Krankenvorstellungen im Stadtkrankenhaus Dresden (Löbtauer Straße).

1. Stadt-Med.-Rat Dr. *Oehmig* stellt einen Koch aus einem Restaurant vor mit *Delirium tremens*.
2. Dr. *Sternberg*-Dresden stellt vor:

- a) eine Pseudo-Psychopathie nach Hirngrippe vor 9 Jahren;
 - b) eine Patientin mit Einkaufsdrang, die vor 10 Jahren eine Hirngrippe in Form der Schlafkrankheit hatte;
 - c) eine Patientin mit paranoider Psychose. Die mit der Patientin zusammenlebende Lehrerin zeigte induziertes Irresein.
3. Professor Dr. *Reiß* stellt einen Patienten mit paranoider Psychose vor, der im Eifersuchtswahn seine Frau ernstlich bedroht hat.

228. Sitzung am 28. Mai 1931.

1. Besichtigung der Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein b. Pirna.

2. Professor Dr. *Nitsche*-Sonnenstein: Über schizophrene Mörder. *N.* berichtete unter Vorstellung von einer Reihe von Kranken über Fälle, in denen teils vor Beginn, teils in den Vorstadien, teils im Verlaufe der Schizophrenie Kranke einen Mord begangen hatten, erläuterte die Beziehungen der Krankheit zu diesen Taten und analysierte die zum Teil in ihrem Verlauf auch klinisch ungewöhnlichen und interessanten Krankheitsfälle.

229. Sitzung am 25. Juni 1931.

1. Amtsgerichtsrat *Korn*-Dresden: Der Verbrecher K., ein Versuch seiner Zergliederung.

Der Vortragende berichtete über einen Fall aus der strafrechtlichen Praxis und machte den Versuch, die Ursachen des Verbrechens an Hand der Akten im Sinne seines früheren Referats über die Erforschung der Verbrechensursachen unter Anwendung der dort entwickelten Grundsätze (zu vgl. *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie* Bd. 92 S. 525) aufzudecken. Es handelte sich um einen unehelich 1894 in Mecklenburg geborenen Melker, der schon in der Kindheit zusammen mit seiner in landwirtschaftlichen Betrieben tätigen Mutter etwa 30mal vor dem Kriege den Aufenthaltsort und damit die Schule gewechselt hat. Im Alter von etwa 16 Jahren beging er den ersten, mit einem Verweis bestrafte Diebstahl. Bei Kriegsausbruch eingezogen, floh er unter Preisgabe von Dienstgegenständen aus dem Heere, als er nach 4monatiger Ausbildung ins Feld kommen sollte, und konnte sich monatelang verborgen halten. Er wurde 1915 wegen der Militärdelikte und wegen eines in der Zeit der Verborgenheit begangenen schweren Diebstahls zu 5 Jahren und 5 Monaten Gefängnis verurteilt, Mitte 1916 nach Teilverbüßung mit Bewährungsfrist entlassen und kam erneut zum Heere. Noch im gleichen Jahre desertierte er wiederum und hielt sich 3 Jahre verborgen. In dieser Zeit verübte er eine überraschend große Zahl schwerer Diebstähle. Anfangs beging er diese sämtlich in Schlesien, dehnte sie aber allmählich weiter aus und gelangte bis nach Sachsen. Als der 24—25jährige Mann im Jahre 1919 von verschiedenen Gerichten wegen 25 solcher dreister und verwegener Einbrüche abgeurteilt und in Strafhaft überführt worden war, entsprang er im Herbst 1919 aus einer Strafanstalt Schlesiens und hielt sich seitdem wieder unter Begehung neuer Diebstahlszüge verborgen. Er wandte sich dabei ganz nach Sachsen bis ins Erzgebirge hinein. Dabei legte er sich falsche Namen bei. Die große Zahl von 80 bekannt gewordenen Fällen kennzeichnet den gefährlichen Umfang der Tätigkeit des Verbrechers. Bei seinen Einbrüchen brachte er gewöhnlich die Fensterscheiben in der Nähe der Wirbel mittels eines spitzigen Gegenstandes zum Springen, nahm dann die gesprungenen Glasstücke heraus und griff durch

die entstandene Öffnung hinein, um das Fenster aufzuwirbeln. Er suchte hauptsächlich Gastwirte, aber auch andere Leute, darunter Pfarrer, heim, und beging die Taten stets nur auf Dörfern. Meist nahm er nur Geld, Zigarren, Zigaretten und Wertgegenstände, nur selten dagegen Lebensmittel und Bekleidungsstücke mit, verkaufte die gestohlenen Sachen in Landgasthäusern und verbrauchte den Erlös. Er brach meistens in derselben Nacht mehrfach hintereinander ein, wobei es ihm nicht darauf ankam, den Tatort unverrichteter Sache zu verlassen, ohne sich an anderen Vermögensstücken zu vergreifen, wenn er nichts Passendes fand. Nach seiner Angabe betrank er sich, wenn er sich Diebstähle vorgenommen hatte, vor ihrer Ausführung und trank auch den Alkohol, den er etwa bei den Einbrüchen vorfand, an Ort und Stelle. In den Strafurteilen wurde er als unverbesserlicher, gewohnheitsmäßiger Dieb gekennzeichnet, der in bedenklichem Umfang und weit mehr gestohlen habe, als er zu seiner Lebensführung bedurfte, der durch die übergroße Zahl von Straftaten die allgemeine Sicherheit aufs ärgste gefährde und dem auch die Reue fremd sei.

Sämtliche Taten waren innerhalb nur eines Jahres verübt worden. Der Verbrecher wurde dafür mit 15 Jahren Zuchthaus und den üblichen Nebenstrafen belegt, während die Strafe für die vor dem Entspringen begangenen Einbrüche 8 Jahre Zuchthaus betrug. Nach Verbüßung von mehr als 6 Jahren wurde er mit Bewährungsfrist entlassen, die aber etwa einundeinviertel Jahr später widerrufen werden mußte.

Nach der Entlassung trat der Verbrecher eine ihm von der Strafanstalt vermittelte Stelle als Kuhwärter an, gab sie aber nach wenigen Wochen auf. Schließlich fand er bei einem Fuhrwerksbesitzer Arbeit, dessen Tochter er dann im Alter von 31 Jahren heiratete. Schon einen Monat nach der Entlassung aus der Strafanstalt begann er wieder mit den Einbrüchen und verübte solche dreiviertel Jahre lang fast ununterbrochen in Schlesien, Sachsen, Thüringen und Bayern, und zwar in einer Nacht oft zehn bis zwölf hintereinander in derselben Ortschaft oder in benachbarten Orten. Die Art der Durchführung war die gleiche wie früher, nur daß er jetzt auch Nahrungsmittel nicht verschmähte. Im ganzen hat er als 32-jähriger Mensch in dreiviertel Jahren rund 500 Einbrüche begangen, wobei er sich aus Furcht vor Verhaftung stets verborgen hielt und sich zum Verkehr mit seiner Frau eines Mittelsmannes bediente. Er wurde nun abermals zu 15 Jahren Zuchthaus verurteilt, die er gegenwärtig verbüßt.

Der Verbrecher ist psychiatrisch bisher nicht begutachtet worden. Anhaltspunkte für sein Vorstellungs- und Gefühlsleben gaben neben einem Briefe seiner Mutter drei größere Eingaben des Verbrechers an das Gericht und ein weiterer Brief, in denen er über seinen Lebensgang und seine angeblichen Beweggründe ausführliche Angaben gemacht hat. Seine Angaben deckten sich allerdings nicht in allen Punkten mit den nach den Akten getroffenen tatsächlichen Feststellungen.

In vorsichtiger Bewertung der vorhandenen, aber nicht lückenlosen Unterlagen versuchte der Vortragende die erhöhte Bereitschaft des Verbrechers zu gesellschaftswidriger Entäußerung seiner Persönlichkeit aus einer inneren Haltlosigkeit in Verbindung mit ungünstigen äußeren Lebensbedingungen, nicht aber aus einem moralischen Defekt zu erklären. Die Entwicklung in der Jugend wurde durch die ungünstige wirtschaftliche Lage der Mutter, die schwierige Stellung der unehelichen Kinder in der Gesellschaft

und den Mangel eines geordneten Familienlebens beeinflusst. Schulbildung und Schulerziehung waren mangelhaft, die Mutter dem Kinde gegenüber schwach. Die ersten Diebstähle mögen zwangsläufig aus der Fahnenflucht zu erklären sein, diese allein vermag aber die plötzliche deutliche Hinwendung zum Verbrechen nicht zu erklären. Aus den schriftlichen Äußerungen des Verbrechers geht hervor, daß ihm ein Verständnis dafür abgeht, welche weittragende Bedeutung sein Verhalten für die Allgemeinheit haben konnte, daß er sich jederzeit nur für bemitleidenswert und für unrecht behandelt hielt und daß er sich durch Verrennen in diese Gedankengänge allmählich vom asozialen zum antisozialen Menschen entwickelte. Dabei hielt sich der Verbrecher für körperlich schwach, für ausgebeutet und für unfähig zur Erfüllung der ihm zugemuteten Arbeiten, während es ihm nach dem objektiven Befund möglich gewesen wäre, sich bei der Entlassung 1926 zu halten. Er hat nur nicht vermocht, seinen Willen anzuspannen und zu beherrschen. Er hat in seiner Arbeitsstelle nur aus in ihm selbst liegenden Gründen nicht ausgehalten und ehrlichen Verdienst nicht höher gehalten als die damit verbundenen körperlichen Mühen. Der Vortragende erkannte ein Mißverhältnis zwischen Verstand und Triebhaftigkeit, verstärkt durch die Oberflächlichkeit des Denkens und Fühlens, und bezeichnete das Fehlen einer selbständigen Persönlichkeit, die Haltlosigkeit als die eigentliche Ursache zur Hinwendung zum Verbrechen.

2. Krankenvorstellung Professor Dr. *Reiß*: Ein Fall von Schwachsinn.

Die Patientin mußte in ihrem Alimentationsprozeß einen Eid ablegen über den außerehelichen Vater. Dieser zeigte sie danach wegen Meineid an.

In der Diskussion sprachen die Herren L.-G.-R. Dr. *Tzschucke*, A.-G.-R. Dr. *Rottka*, A.-G.-Präs. *Mahn*, L.-G.-R. Dr. *Geissler*, A.-G.-R. Dr. *Berlet*, Ob.-Reg. Dr. *Ilberg* II über die Frage der Zweckmäßigkeit der Vereidigung der Kindesmütter.

230. Sitzung am 17. Oktober 1931.

Besichtigung der Heilstätte Seefrieden bei Moritzburg.

Die Heilstätte gehört dem Verein »Sächsische Volksheilstätten für Alkoholranke« und ist für Alkoholranke bestimmt. Die Heilstätte besteht über 25 Jahren. Sie wird von einem Hausvater, der seit ca. 25 Jahren die Heilstätte leitet, und von einem Nervenarzt betreut. 60 Patienten können aufgenommen werden. Die Heilstätte ist in Form eines Gutshofes mit Wiesen, Äckern und Waldbestand eingerichtet. Sie wird von allen Berufsarten: Akademikern, Beamten, Angestellten, Kaufleuten, Landwirten, Arbeitern usw. besucht. Die Kur dauert gewöhnlich 6 Monate. Die Behandlung besteht in Alkoholentziehung, -entwöhnung und -belehrung, Diät, Beschäftigung, Atemgymnastik, Psychotherapie usw. Es wurden alle Gebäude und Zimmer besichtigt, die Lehrmittel besprochen und bei der Kaffeetafel die einzelnen Probleme für die Behandlung und Einweisung der Alkoholranke juristisch und medizinisch diskutiert.

231. Sitzung am 7. November 1931.

Die Unfruchtbarmachung geistig Minderwertiger im Lichte des Rechtes und der Medizin.

I. Medizinisches Referat, erstattet von Reg.-Med.-Rat Dr. *Rodewald*-Zwickau.

Die Unfruchtbarmachung ist aufzuteilen in Sterilisation (durch Vasektomie beim Manne, durch Salpingektomie bei der Frau) und Kastration (operative Entfernung der Hoden bzw. Eierstöcke). Röntgenbestrahlung ist im Erfolg unsicher und wegen der möglichen Keimschädigung nicht ungefährlich. Die physiologische Folge der Sterilisation ist Zeugungsunfähigkeit. Begattungsfähigkeit und Libido bleiben erhalten. Bei der Kastration handelt es sich um einen Eingriff in das System der Drüsen mit innerer Sekretion, dessen Folgerscheinungen vom Zeitpunkt des Eingriffes in zeitlicher Beziehung zur Pubertät abhängig sind. Bei Kastrationsfolgen nach vollendetem Wachstum ist zu unterscheiden zwischen der Keimdrüsenentfernung als einem Eingriff in den physiologischen, neurochemischen Zusammenhang des Organismus und den nur mittelbaren psychischen Folgen als den Auswirkungen der besonderen seelischen oder sozialen Situation der Kastration. R. behandelte die Kastrationsfolgen im einzelnen und wies darauf hin, daß nach *Hirschfeld* eine Anzahl verbürgter Mitteilungen vorliegt, nach denen sexuelle Bedürfnisse verbunden mit der *Potentia coeundi* außer Zweifel gestellt sind. Bei drei von *Fischer* beschriebenen Fällen wurden Epilepsie oder Veremmungszustände festgestellt. Die von *Katal* und *Quervain* berichteten Fälle von doppelseitiger Kastration aus psychiatrischer Indikation wiesen ein befriedigendes Resultat auf, doch sind auch hier neben psychischen Störungen Rückfälle auf kriminellem Gebiet gemeldet.

Die Indikationsstellung zur Unfruchtbarmachung läßt sich in therapeutische, wirtschaftliche, polizeiliche und sozialhygienische einteilen, ohne daß eine scharfe Trennung durchführbar ist. Bei der therapeutischen Indikation soll man sich vor einer allzu einseitigen Bewertung der Organe mit innerer Sekretion hüten und die psychische Komponente nicht außer Acht lassen, welche häufig die Ursache sexueller Abwegigkeiten ist. Da die Kastrationswirkungen noch nicht sicher vorauszusehen sind, ist vor voreiligen Experimenten an Straf- und Untersuchungsgefangenen dringend zu warnen.

Die Erfahrungen der Kastrationswirkung zur Heilung der Homosexualität sind uneinheitlich. Letzten Endes ist die therapeutische Indikation zur Kastration im allgemeinen eng begrenzt und nur bei den dauernd gemeingefährlichen, auch sich selbst stets wieder schädigenden Sittlichkeitsverbrechern gegeben, die psychisch relativ intakt sind, und bei denen die körperliche Komponente für die Delikte den Ausschlag gibt. — Die Kastration geisteskranker Frauen ist bei der großen Seltenheit der Indikation ohne besondere praktische Bedeutung.

Die wirtschaftliche Indikation, die zum guten Teil mit der eugenischen zusammenfällt, erstreckt sich auf die Herabsetzung der Kosten für die Fürsorgemaßnahmen. Es ist paradox, daß zurzeit der Aufwand für Untaugliche größer ist als für die übrige Bevölkerung.

Der Schwerpunkt des Problems liegt neben der wirtschaftlichen Seite auf dem Gebiet der sozialen und eugenischen Indikation zur Unfruchtbarmachung, für welche nur die freiwillige Sterilisierung in Frage kommt. Diese ist nach der geltenden Rechtsprechung jedoch noch nicht erlaubt.

Es wurde dann die Indikation bei den einzelnen Geisteskrankheiten, bei Alkoholismus und bei Psychopathie geprüft.

Schließlich wurde die Frage erörtert, ob irgendwelche gesetzlichen Maßnahmen notwendig sind, um die praktische Rassenhygiene zu fördern. Die Vorschläge von *Boeters* (*Lex Zwickau*) wurden als zu weitgehend abgelehnt.

Vielmehr wurde auf *Kanakeit* verwiesen, welcher die Berücksichtigung rassehygienischer Gefahren bei der Entlassung oder Beurlaubung von Geisteskranken, Schwachsinnigen, Epileptikern und Psychopathen aus Heil- und Pflegeanstalten fordert. Die freiwillige Sterilisation bedarf dringend der gesetzlichen Regelung. Die Entscheidung über die Vornahme des Eingriffes dürfte nur eine behörliche Kommission treffen. Zur Herabsetzung resp. Beseitigung eines krankhaften bzw. kriminellen Geschlechtstriebes ist die nach der Pubertät vorgenommene Kastration in einzelnen Fällen der gegebene Weg, doch eignet sich der Eingriff nicht als sichernde Maßnahme in der Hand des Richters.

(Der Vortrag ist ausführlich in der Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsform von *Aschaffenburg* u. v. *Hentig* erschienen. 22. Jahrg. S. 705ff.)

II. Juristisches Referat, erstattet von Oberstaatsanwalt Dr. *Viermetz*-Dresden.

V. knüpft an zwei Sätze des Vorredners an: a) die Zeit zu einer zwangsweise vorgenommenen Unfruchtbarmachung ist noch nicht gekommen, und b) hinsichtlich der Sterilisation aus eugenischen Gründen sind uns die Hände durch die Strafgesetze gebunden.

Wir Ärzte und Juristen erleben fast täglich Fälle, in denen es einen Segen bedeuten würde, wenn die Möglichkeit zur Begründung neuen Lebens abgeschnitten werden könnte. Ich will kein statistisches Material vortragen, nur auf den einen, vielbesprochenen Fall hinweisen von der trunksüchtigen Frau, deren Nachkommen nach 80 Jahren die Zahl 834 ausmachten, wovon 181 Dirnen, 180 Bettler und Armenhausinsassen, 83 Schwerverbrecher und Mörder gewesen sind, und die mit dieser Nachkommenschaft den Staat 5 Millionen Mark gekostet hat. Mir selbst ist kürzlich folgendes vorgekommen: in der Nähe von Wilsdruff lebt eine Familie H. Der Vater ist Trinker, die Mutter an Darmkrebs gestorben. Beide haben miteinander 9 Kinder, von denen besonders die 3 kleinsten schwer belastet sind; die älteren 6, Töchter, führen sämtlich einen leichten Lebenswandel; die älteste, zurzeit Dienstmagd, ist geistig stark minderwertig, leidet an hysterischen Krampfanfällen; seit 4 Jahren gibt sie alljährlich einem Kinde das Leben und behauptet jedesmal, sie sei von einem Unbekannten vergewaltigt worden. Die Bezirkspflegerin hat Unfruchtbarmachung angeregt. Ist diese zulässig? Die zuständigen Stellen haben erklärt, die Unterbringung der H. in einer Anstalt sei nicht möglich, eine Sterilisierung aber sei trotz der Einwilligung der H. nicht angängig, weil eine ärztliche Notwendigkeit nicht vorliege.

In der nordamerikanischen Union sind gegen 15 Staaten dem Vorgange Indianas von 1907 gefolgt und haben unter gewissen Voraussetzungen und Kautelen die Unfruchtbarmachung von in Anstalten untergebrachten Gewohnheitsverbrechern und Schwachsinnigen für zulässig erklärt, auch gegen den Willen der Betroffenen. Dabei war zunächst die Kastrierung ins Auge gefaßt. Zu einem entsprechenden Vorgehen haben sich die Gesetzgeber Europas nicht entschlossen. Die zwangsweise geschehene Ausschaltung der Zeugungs- und Paarungsfähigkeit erschien als zu brutale Verneinung des Selbstbestimmungsrechts. Mit Rücksicht auf die Irreparabilität der Maßnahme und darauf, daß die Gesetze der Fortentwicklung und die Zusammenhänge der Vererbung noch nicht abschließend erforscht sind, standen auch gewichtige Be-

denken entgegen, und die Besorgnis, es möchten Irrtümer und Fehler vorkommen, vielleicht auch Ausbeutung zu selbstsüchtigen Zwecken. Aber nicht allein gegen die Kastration, auch gegen die Sterilisation, sofern sie nicht lediglich zu Heilzwecken geschieht, stehen fast alle europäischen Staaten noch ablehnend. Allein der Kanton Waadt hat mit Wirkung vom 1. 1. 1929 dekretiert, daß unheilbar Geisteskranke, oder Geistesschwache ärztlicher Behandlung zur Verhütung der Fortpflanzung zu unterwerfen sind, wenn sie aller Wahrscheinlichkeit nach nur eine minderwertige Nachkommenschaft haben können. Und das »Gesetz über die Zulassung der Sterilisierung«, welches am 1. Juni 1929 in Dänemark erlassen worden ist, läßt einmal den ärztlichen Eingriff in die Geschlechtsorgane derjenigen Personen zu, deren abnormer Geschlechtstrieb zu verbrecherischen Handlungen und dadurch zu Gefahren für sie selbst und die Allgemeinheit führt, jedoch ist ihr eigener Antrag dazu erforderlich; die Genehmigung zu dem Eingriffe kann aber vom Justizminister auch bei anderen abnormen Personen, bei denen die Gefahr für die Rechtssicherheit nicht besteht, erteilt werden, wenn sie in einer staatlichen oder staatlich anerkannten Fürsorgeanstalt untergebracht sind, und es als besonders wichtig für die Allgemeinheit und dienlich für sie selbst anzusehen ist, daß sie außerstande gesetzt werden, Nachkommen zu haben; auch in diesem zweiten Falle soll ein Antrag der Person oder ihres Vormunds vorliegen. Sowohl das schweizer, wie das dänische Gesetz sind mit Vorschriften über eine weitgehende staatliche Kontrolle ausgestattet.

Das geltende deutsche Recht hat keine entsprechenden oder ähnlichen Bestimmungen. Eine Unfruchtbarmachung aus anderer als medizinischer Indikation ist unerlaubt und strafbar, wobei es zumeist gleichgültig ist, ob der Eingriff gegen den Willen, ohne oder mit Einwilligung des Betroffenen erfolgt. Feststehende Rechtsprechung des Reichsgerichts ist eben, daß auch der ärztliche Eingriff in die körperliche Integrität des Menschen eine Körperverletzung darstellt, und § 224 des Strafgesetzbuchs bedroht die mit dem Verluste der Zeugungsfähigkeit verbundene vorsätzliche Körperverletzung mit langer Freiheitsstrafe. Es ist mit vielartiger Begründung versucht worden, darzutun, daß die Einwilligung die Strafbarkeit beseitige; dem ist der Wortlaut des Gesetzes entgegenzuhalten und als Motiv des Gesetzgebers, daß der moderne Staat dem Einzelnen im Interesse der Allgemeinheit das Recht abspricht, sich eigenmächtig wichtiger Organe zu entledigen. Richtig ist es daher auch gewesen, daß es in dem obenerwähnten Beispiele der Dienstmagd H. von dem Bezirksverband abgelehnt worden ist, die Sterilisierung vornehmen zu lassen.

Wie wird im Hinblick auf das in Vorbereitung befindliche Deutsche Strafgesetzbuch der künftige Rechtszustand sein? Davon, daß eine Zwangssterilisierung zulässig würde, ist keine Rede. Sogar ein Antrag, den Gerichten die frühere Entlassung eines Strafgefangenen zu empfehlen, wenn dieser sich der Sterilisierung unterziehe, ist »als verfrüht« im Entwurf überhaupt nicht berücksichtigt worden. Die beiden Paragraphen des Entwurfs, die hier zu behandeln sind, sind 263 und 264. § 263 ist von großer Bedeutung. Er nimmt nämlich dem zu Heilzwecken kunstgerecht erfolgten Eingriffe, wenn er der Übung eines gewissenhaften Arztes entspricht, grundsätzlich den Charakter der Körperverletzung. Wenn der Arzt also einen solchen Eingriff gegen den Willen des Kranken vornimmt, so kann er, wenn überhaupt, nur wegen eigenmächtiger Heilbehandlung zur Verantwortung ge-

zogen werden. Durch § 264 würde dem Arzt der Weg geöffnet worden sein für Sterilisation aus wirtschaftlichen, sozialen, polizeilichen oder eugenischen Gründen. Der Arzt sollte auch dann straffrei bleiben, wenn zwar an sich nicht Heilbehandlung, sondern Körperverletzung vorläge, aber der Arzt z. B. die betreffende Person mit ihrer Einwilligung unfruchtbar machte — es sei denn, daß die Tat trotz der Einwilligung »gegen die guten Sitten« verstieße. Es bestanden sicherlich schwere Bedenken auch dagegen, den Begriff der guten Sitten bei seiner Wandelbarkeit in kurzen Zeitläuften, bei seiner Verschiedenheit in einzelnen Volksschichten, in einzelnen Teilen des Reichs in das Strafgesetz aufzunehmen. Gemeint war dabei, daß Fällen vorgebeugt werden sollte wie denen, daß sich z. B. gesunde Frauen in guten Vermögensverhältnissen sterilisieren lassen, lediglich um den Unbequemlichkeiten der Schwangerschaft, den Mühen des Mutterseins zu entgehen. Der Reichstagsausschuß hat aber den Paragraphen in vollem Umfange gestrichen. Ob er in anderer und glücklicherer Fassung wiederkehren wird, steht dahin. Jedenfalls ist eine Änderung der jetzt bestehenden Rechtslage für absehbare Zeit nicht zu erwarten. —

Diskussion: Professor *Reiß* erwähnt, daß bei sexuell reizbaren weiblichen Schwachsinnigen in der Internierung starke Erregungszustände auftreten, weswegen eine medizinische Indikation zur Unfruchtbarmachung vorliege. Prof. *Nitsche* weist auf die Schwierigkeiten hin, die der Durchführung der Sterilisierung in größerem Umfange bei der Unsicherheit der Erbprognose entgegenstehen, hält aber eine gesetzliche Zulassung der Sterilisierung unter den nötigen Kautelen für dringend nötig. Dr. *Geißler* unterstreicht diese Notwendigkeit, wengleich er der Ansicht ist, daß die eugenische Sterilisation schon nach geltendem Rechte nicht unter allen Umständen eine strafbare Körperverletzung ist. Dr. *Hörmann* berichtet, daß Eltern schwachsinniger Töchter häufig Sterilisierungswünsche wegen der Gefahr unehelicher Schwängerung ihrer Töchter äußerten.

23. Sitzung vom 10. 12. 1931.

Die Diskussion über die Referate Unfruchtbarmachung geistig Minderwertiger usw. betreffend wird fortgesetzt. Prof. *Ilberg I* und Prof. *Nitsche* treten für Abfassung einer Resolution und deren Begründung in einem populären Artikel ein. Zur Ausarbeitung dieser Resolution wird eine Kommission gewählt: Ministerialdirektor *Rauschenbach*, Oberstaatsanwalt Dr. *Viermetz*, Prof. Dr. med. *Nitsche*, Oberregierungsrat Dr. *Ilberg II*, Landgerichtsrat Dr. *Geißler*.

Regierungsmedizinalrat Dr. *Krahl-Bautzen*: Kastrationsfälle aus meiner gerichtsärztlichen Praxis.

In der Sitzung der forensisch-psychiatrischen Vereinigung am 7. 11. 31 wurde von medizinischer wie juristischer Seite über die Unfruchtbarmachung geistig Minderwertiger im Lichte der Medizin und des Rechts berichtet, wobei beide Herren Referenten auch auf die Kastration zu sprechen kamen, besonders auch auf die Indikation zu dieser Operation bei Sexualverbrechern. Dabei betonte der medizinische Berichterstatter, wie erwünscht es sei, daß möglichst alle vorkommenden Fälle der Allgemeinheit bekannt gegeben würden, und in diesem Sinne möchte ich über einige Fälle berichten, die mir

als Gerichtsarzt bekannt wurden, deren Verlauf für eine wissenschaftliche Indikationsstellung vielleicht nicht ganz ohne Interesse sein könnten.

Im allgemeinen ist der Gedanke: rückfällige Sexualverbrecher durch Kastration zu heilen, sie und die Allgemeinheit auf diese Weise vor Weiterungen zu bewahren, ein sehr alter.

Es ist ja bekannt, daß (*Magnus Hirschfeld*) in der Literatur vielfach gemeldet wurde, daß nicht wenige der Sexualneurotiker bzw. Hypererotiker den von ihnen verlangten operativen Eingriff nicht bereut haben. Selbstverständlich wird man nie den unbeschränkten, indikationslosen Operationen bei Sexualdelikten das Wort reden können.

Fürbringer gibt als Vorbedingung für die Operation in solchen Fällen an: Erschöpfung aller medikamentösen, psychischen und pädagogischen Behandlungsarten, sowie einen sonst rettungslosen persönlichen Verfall.

Ich möchte nun in folgenden drei Fällen zeigen, wie doch unter gewissen Umständen die Kastration allgemein zu günstiger Auswirkung sich gestalten kann, um nachher noch einige Bemerkungen zur Indikationsstellung anzuschließen.

Fall I: K., geboren 1890 in Schlesien als sechstes Kind seiner Mutter unter sieben Geschwistern. Vater war Landbriefträger und wird als Trinker bezeichnet.

In der Schule gut gelernt, will ein halbes Jahr übersprungen haben. Nach der Schule als Wagensattler ausgelernt.

In der Familie keine besondere Belastung nachweisbar, nur eine Schwester seiner Mutter und ein Bruder durch starken Sexualtrieb gekennzeichnet.

Am 24. 8. 1921 geheiratet, hat eine im Jahre 1925 geborene Tochter. Sexualleben: Nach vorheriger Onanie erster Geschlechtsverkehr im 20. Lebensjahre. Nach dem Kriege Beginn des Exhibitionismus.

Erste gerichtliche Strafe 1926 3 Monate Gefängnis.

Im Jahre 1927 Wiederbestrafung wegen Exhibitionismus mit 1 Monat Gefängnis, ebenso 1928 1 Monat Gefängnis und 1929 4 Monate Gefängnis, alle drei Gefängnisstrafen durch ein auswärtiges Amtsgericht verhängt.

Ein gleichzeitig hier anhängiges Verfahren wurde nach der Kastration eingestellt.

Der Exhibitionismus war bei dem Genannten so stark, daß er auf offener Straße in Gegenwart mehrerer Personen exhibitionierte. Psychisch waren sonst keinerlei Auffälligkeiten und Abwegigkeiten nachweisbar.

Mir war der Kranke seit Jahren bekannt. Seine Familie lebt in durchaus geordneten Verhältnissen.

Die gesamte Familie litt außerordentlich unter dieser perversen Neigung ihres Mitgliedes.

Mehrere Rückfälle und gerichtliche Verurteilungen. Zunächst wurde die Röntgenbestrahlung nach *Müller-Hefß* versucht, die von einem Internisten durchgeführt wurde in zwei Sitzungen, Ende November 1928 und Mitte Januar 1929.

Zwar traten dabei auf die Bestrahlungen hin gewisse Veränderungen auf, deutliche Verkleinerung der Hoden usw. Trotzdem erfolgten auswärts wiederum Entblößungshandlungen, die zu neuer Verurteilung (4 Monate Gefängnis) führten.

Da entschloß sich der Patient zur Kastration. Im Einverständnis mit seiner Familie, namentlich seiner Frau wurde sie am 28. 11. 1929 ausgeführt.

Sehr glatter Heilungsverlauf. Unverminderte Arbeitsfähigkeit. Irgendwelche psychische Veränderungen zeigten sich nicht im geringsten. Insbesondere keinerlei Depressionszustände. Keine Verminderung des Arbeitswillens, der Ausdauer, des Fleißes usw.

Der Kastrierte arbeitet jetzt, da er, wie ja so viele, arbeitslos ist, in der Hauptsache als Gärtner in dem Gärtnereibetrieb seines Schwagers. Fleißig und selbständig. Rezidive sind bisher noch nicht zur Beobachtung gekommen.

Die Kastration erfolgte bei ihm im Alter von 39 Jahren.

Fall II. W., geboren am 9. 3. 1886 in Jüterbog. Aus seinem Vorleben bis zu seinem militärischen Dienstantritt geht hervor, daß er schon vor diesem wegen Diebstahls, Bettelns und Unterschlagung mehrfach verurteilt war. Sein Leben hatte sich im Verkehr mit Prostituierten abgespielt, wo er die Rolle eines Zuhälters gespielt hatte.

Er wurde 1908 zum Schützenregiment eingezogen und machte am 24. 9. 1909 einen sehr theatralischen Selbstmordversuch dadurch, daß er nackt mit einem Mädchen mit einer Schürze zusammengebunden, in durchnäßigem Zustande in der Elbe aufgefunden wurde.

Nach einjähriger Dienstzeit wurde er nach einer Beobachtung auf der Nervenstation des Garnisonlazaretts in Dresden wegen Hysterie aus dem Militärdienst als untauglich entlassen. Die Führung beim Militär wurde als schlecht bezeichnet und insbesondere wurde hervorgehoben ein steter Wechsel zwischen Depression und Brüten im Verkehr mit Frauenzimmern und sonstigen sexuellen Erfolgen.

Seine erste Ehe wurde 1914 geschieden. Im Kriege wurde er erst 1917 eingezogen, im Januar 1918 jedoch wegen unerlaubter Entfernung aus der Heeresfront zu 2 Monaten Gefängnis verurteilt. 1920 ging er eine zweite Ehe ein, die kinderlos blieb.

Sein Geschlechtstrieb war außerordentlich stark entwickelt. Nach eigener Schilderung übte er täglich mehrere Male den Geschlechtsverkehr aus, Jahre hindurch.

Infolge des starken Geschlechtstriebes beging er mehrfach Notzuchtsdelikte, wurde zu 2 Jahren 6 Monaten Gefängnis verurteilt, die er in der Gefangenenanstalt Zwickau voll verbüßt hat. Kurz nach der Entlassung beging er ein neues Sexualdelikt und wurde in Bautzen in der 1. Instanz zu 3 Jahren Gefängnis verurteilt.

Er ließ sich am 29. 7. 31 als Untersuchungsgefangener kastrieren.

Glatter Heilungsverlauf. Kurz nach der Operation eine leichte, mehrere Stunden andauernde Depressionsstimmung, nachher aber körperliches Wohlbefinden und keinerlei psychische Ausfallserscheinungen mehr.

Ehefrau zufrieden. Er selbst ohne Klagen. Für die Strafe wurde ihm Bewährungsfrist bewilligt.

Bei einer späteren, persönlichen Rücksprache klagte W. über allgemeine Unlust und Interesselosigkeit. Die sich daran anschließende Unterhaltung jedoch ließ deutlich erkennen, daß er politisch außerordentlich interessiert und auch im politischen Parteileben sehr aktiv tätig war.

Fall III. Sch., geboren am 20. 7. 1890. Er war ausgesprochener Päderast. Er gab sich besonders mit Knaben von 12—18 Jahren ab.

1914 hatte er geheiratet. Ehefrau 6 Jahre älter als er. Hat einen Sohn, der jetzt 18 Jahre alt und Lehrling ist und eine uneheliche Tochter von jetzt 26 Jahren. 1913 erfolgte wegen Sexualdeliktes seine 1. Verurteilung zu 1 Jahr Gefängnis. 1918 wiederholte sich das gleiche Delikt und er erhielt 1 Jahr Gefängnis, erlassen durch Amnestie. 1923 2 Jahre Gefängnis. Aufnahmebefund in der Gefangenenanstalt 1923: Kriegsneurotiker, Intelligenz gut, geborener Homosexueller, Rückfall meist nach Alkoholgenuß.

Wegen des gleichen Deliktes war er jetzt wiederum angeklagt und er entschloß sich im Einverständnis mit seiner Familie, vor allem der Ehefrau, zur Kastration, die von einem Chirurgen eines Bezirkskrankenhauses ausgeführt wurde. Die Operation erfolgte am 28. 10. 1931, der Heilungsverlauf nicht ganz glatt.

Ungefähr 4 Wochen nach erfolgter Operation schrieb mir der Kastrierte, »er habe diesen Schritt nicht bereut und fühle wieder neue Lebensfreude in sich«. —

Die von mir geschilderten drei Fälle stellen alle drei Sittlichkeitsverbrecher dar, die in einem reiferen, männlichen Alter stete Rückfälle zeigten und die jahrelang Gefängnis-, ja Zuchthausstrafen verbüßt haben. Sie waren alle drei verheiratet und in einem Alter von 39, 45 und 41 Jahren.

Im Einverständnis mit allen Beteiligten, das mir unbedingt notwendig erscheint, insbesondere das des anderen Ehegatten, wurden die Operationen ausgeführt, ohne daß nachher die gefürchteten psychischen Ausfallserscheinungen aufgetreten wären, namentlich nicht solche, die die Erwerbsfähigkeit des Betroffenen irgendwie verminderten.

Es handelt sich hier um sogenannte Spätkastrationen, die eigentlich weiter nichts hervorrufen, als vorzeitiges Klimakterium bzw. Impotenz, so daß man wohl zu der Ansicht neigen könnte, in vereinzelt, ausgewählten Fällen den Patienten zur Ausführung der Operation zu raten und ihnen dabei behilflich zu sein. Voraussetzung ist selbstverständlich im Sinne *Fürbringers*, daß wirklich ein anderer Weg bei gewissenhafter Prüfung aller in Frage kommenden Verhältnisse nicht möglich erscheint.

In den geschilderten drei Fällen handelt es sich um Ganz-Kastrationen bei Männern. Kastrationen bei Frauen wegen Sexualdelikt scheiden ja schon aus dem Grunde aus, weil Sexualdelikte bei Frauen sehr selten vorkommen und praktisch ohne Bedeutung sind. Über einseitige und Teilkastrationen fehlen mir Erfahrungen.

Mir ist aber inzwischen ein Fall bekannt geworden, wo ein Kollege bei einem Exhibitionisten eine Halb-Kastration ausführte mit dem Erfolg, daß derselbe bisher nicht wieder rückfällig wurde. Näheres konnte ich leider nicht feststellen, da mir aus anderem Grunde der Name nicht genannt wurde.

Mir persönlich sind solche Fälle in der Praxis noch nicht vorgekommen, doch halte ich es wohl für möglich, daß eine nur einseitige Kastration unter Umständen ebenfalls einen heilenden Erfolg haben kann, freilich auf Grund ganz anderer Wirkungen.

Ich habe Ihnen hier drei Fälle angeführt, wo Kastration vielleicht und anscheinend mit Erfolg und ohne wesentliche Allgemeinstörungen der Person und der Familie ausgeführt worden ist.

Im Gegensatz zu diesen möchte ich noch zwei Fälle ganz kurz erwähnen, wo die Kastration zwar dringend verlangt, aber doch restlos abgelehnt wird.

Der eine war ein Fall Sch. in Kirschau, wo man trotz Drängens des Patienten, der ebenfalls an rezidivierendem Exhibitionismus litt, auf Einspruch der Braut hin von der Kastration absah. Dabei ist zu bemerken, daß der Einspruch der Braut meines Erachtens hier nicht wegen der durch die Operation entstehenden Impotenz erfolgte, sondern nur wegen der Befürchtung, daß ihre Ehe mit dem nicht unvermögenden Mann dann nicht mehr zustande kommen könnte.

Ein anderer Fall war der eines bekannten Säurespritzers. Trotz seiner krankhaft gerichteten geschlechtlichen Veranlagung, trotzdem daß er die Operation anfangs dringend zur Heilung verlangte, konnte ihm die Kastration nicht empfohlen werden, weil er bereits ein Alter erreicht hatte, wo annehmbar die Stärke des Geschlechtstriebes auch bei krankhafter Richtung wesentlich nachlassen wird.

Er kam erst im März 1930 nach dreijähriger Strafverbüßung zur Entlassung aus dem Gefängnis in einem Alter von 55 Jahren, wo also der bei ihm von frühester Jugend stark gesteigerte Geschlechtstrieb, der zu einem frühzeitigen, körperlichen Altern so wie so schon geführt hatte, annehmbar von selbst sich mindern dürfte und deswegen neue Sexualdelikte nicht mehr als wahrscheinlich erwartet werden können.

Alles in Allem erscheint es durchaus möglich, derartige Sexualverbrecher in vielen Fällen vor ständigen Bestrafungen oder vor jahrelanger Internierung in einer Geisteskrankenanstalt zu bewahren, ohne daß sie und die Allgemeinheit durch genannten Eingriff wesentliche Benachteiligung erfahren.

233. Sitzung am 21. Januar 1932.

1. Dr. *Nitsche* verliest folgenden Entwurf des eingesetzten Ausschusses über die Notwendigkeit gesetzlicher Regelung der Unfruchtbarmachung:

Die Forensisch-psychiatrische Vereinigung zu Dresden hat sich in mehreren Sitzungen mit der Frage der Unfruchtbarmachung (Sterilisierung) aus eugenischen Gründen beschäftigt.

Durch diese Maßnahme wird lediglich die Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit aufgehoben, während nachteilige Wirkungen auf den körperlichen Zustand und das Befinden der betreffenden Personen nicht hervorgerufen werden, wie sie nach der Entfernung der Keimdrüse durch Kastration beobachtet werden. Die Unfruchtbarmachung durch Sterilisierung ist geeignet, den so dringend nötigen Kampf gegen die Verbreitung krankhafter Erbanlagen in der Bevölkerung, namentlich der erblichen Veranlagung zu psychischen Anomalien, wirksam zu unterstützen.

Diese Überzeugung gewinnt auch in der Bevölkerung immer mehr an Raum. Tatsächlich werden nicht nur in außerdeutschen Ländern, in denen die Frage bereits gesetzlich geregelt ist, sondern auch in Deutschland Sterilisierungen aus eugenischen Gründen in zunehmendem Maße verlangt und auch ausgeführt.

Nach dem geltenden deutschen Strafrecht kann dieser Eingriff aber nicht mit Bestimmtheit als gesetzlich erlaubt angesehen werden. Im Gegenteil betrachtet ihn die herrschende Meinung unter Führung des Reichsgerichts als strafbar nach § 224 RStrGB. Gleichwohl wird er, wie erwähnt, mit zunehmender Häufigkeit ausgeführt, und sicherer Feststellung nach er-

teilen auch Behörden in Erkenntnis der Notwendigkeit der Maßnahme ihre Genehmigung zu deren Vornahme.

Bei dieser Sachlage wird schon seit längerer Zeit von maßgebenden Stellen die Forderung nach einer gesetzlichen Regelung der Angelegenheit auch in Deutschland erhoben. Dadurch sollen nicht nur Ärzte und Behörden, welche in bester Absicht den Eingriff vornehmen und zulassen, vor Strafe geschützt, sondern vor allem auch soll Mißbrauch und damit schwerer Schaden verhütet werden.

Die Forensisch-psychiatrische Vereinigung zu Dresden schließt sich dieser Forderung an und empfiehlt dringend, nunmehr baldigst die eindeutige gesetzliche Möglichkeit dafür zu schaffen, daß Personen sterilisiert werden, welche an erblicher Geisteskrankheit, Geistesschwäche, schwerer Psychopathie, schwerer Trunksucht oder an anderen schweren Erbkrankheiten leiden oder gelitten haben, sofern nach dem Gutachten hierfür amtlich anerkannter Ärzte oder einer zu dieser Funktion einzusetzenden sachverständigen Körperschaft mit großer Wahrscheinlichkeit schwere Erbschädigungen der Nachkommen zu erwarten sind. Nach dem heutigen Stande der Dinge käme der Eingriff nur mit Einwilligung der zu sterilisierenden Person oder bei deren Geschäftsunfähigkeit mit Zustimmung ihres gesetzlichen Vertreters und einer vom Gesetzgeber zu bezeichnenden Behörde in Frage.

Aussprache: Dr. *Ilberg I* beantragt einen Zusatz, in dem ausgedrückt werden soll, daß die Sterilisation nach dem gegenwärtigen Stand der Vererbungslehre zwar nur in verhältnismäßig wenigen Fällen angewandt werden kann, die Auswirkung dieser Maßregel aber in späteren Generationen durch Verhütung einer großen Zahl von Geburten pathologischer und asozialer Nachkommen sehr bedeutungsvoll sein würde. Er empfiehlt auf diese Weise von den viel weitergehenden Vorschlägen Anderer abzurücken und in die Resolution noch hineinzuarbeiten, daß bei verheirateten Personen auch der geistige Gesundheitszustand und die Erbmasse der Ehegatten zu berücksichtigen sei. Grundbedingung sei eine sehr sorgfältige fachwissenschaftliche Prüfung jedes einzelnen Falles¹⁾.

Dr. *Rottka* fragt an, ob die Sterilisation nicht unter Umständen nachteilige Wirkungen haben könne.

Dr. *Nitsche* erklärt einschränkend, daß in den bisher bekannten Fällen nachteilige Folgen nicht beobachtet worden seien.

Dr. *Reiß* ist der Ansicht, wenn Schädigungen nicht bekannt geworden seien, so dürfe man schon sagen, daß sie nicht eintreten.

Dr. *Hörmann* stimmt dem zu.

Dr. *Nitsche* bittet um unveränderte Annahme der EntschlieÙung.

Die Versammlung beschließt die Annahme der EntschlieÙung (mit der von Dr. *Ilberg I* vorgeschlagenen Einfügung des § 225 des StGB.s). Der Vorstand wird damit beauftragt, die EntschlieÙung dem Reichsministerium des Innern und dem Reichsjustizministerium, ferner verschiedenen medizinischen und juristischen Zeitschriften zum Abdruck zu übersenden.

1) Einen populär gehaltenen Artikel: Sterilisation Geisteskranker — auch ein Beitrag zur Eheberatung hat *I.* in der »Umschau«, Wochenschrift über die Fortschritte in Wissenschaft und Technik, Frankfurt a. M. Nr. 29 1932 veröffentlicht.

2. Professor Dr. *Nitsche*, Sonnenstein: Zur Indikationsstellung der Kastration von Sexualverbrechern, unter besonderer Berücksichtigung psychiatrisch-klinischer Gesichtspunkte.

Im Anschluß an ein von ihm erstattetes Gutachten bespricht Vortragender eingehend die Schwierigkeit der Indikationsstellung nach dem heute noch sehr mangelhaften Zustand unserer Erfahrungen und macht u. a. aufmerksam auf die Notwendigkeit einer planmäßigen Sammelforschung über die somatischen und psychischen Wirkungen der Kastration.

Der Vortrag ist ausführlich veröffentlicht im Band 97, Heft 1/4 dieser Zeitschrift.

In der Aussprache betont Medizinalrat Dr. *Krahl-Bautzen*, daß sadistische Phantasien in Gefangenenanstalten öfter beobachtet wurden, ohne daß sie sich dann in der Freiheit ausgewirkt hätten.

Der Vorstand der forensisch-psychiatrischen Vereinigung besteht zurzeit aus: Staatsanwalt Dr. *Pfützner*, 1. Vorsitzender, Obermedizinalrat Professor Dr. *Nitsche* als stellvertretendem Vorsitzenden, Landgerichtsrat Dr. *Geißler* als Schriftführer und Dr. *von Parish*, Kassenwart. Zahl der Mitglieder: 110.

Dr. med. *Hörmann* (Dresden),
Dr. jur. *Geissler* (Dresden).

Kleinere Mitteilungen.

Personalia.

Nekrolog *Vorkastner*. Am 19. 11. 31 verschied an einem Herzschlage mitten in seiner Arbeit unmittelbar nach der Vorlesung der Direktor des Instituts für gerichtliche und soziale Medizin der Universität Halle-Wittenberg, Professor Dr. *Willy Vorkastner*.

Vorkastner ist aus der Psychiatrie heraus zur gerichtlichen Medizin übergegangen. Er war zunächst Schüler *Ziehens* in Halle und Berlin, dem er — wie er selbst immer betonte — vor allem seine psychologische Ausbildung verdankt. Nach internistischer Tätigkeit bei *His* in Berlin wurde er Oberarzt der Greifswalder psychiatrischen Universitätsklinik, die damals von *Ernst Schultze*, später von *Schröder* geleitet wurde. In dieser Stellung hat er sich für Psychiatrie und Neurologie habilitiert; 1913 erhielt er den Professortitel, 1920 die Ernennung zum a. o. Professor. Die besonders auf die forensische Psychiatrie eingestellte Persönlichkeit *Ernst Schultzes* hat *V.* wohl auf die Beschäftigung mit medizinischen Rechtsfragen hingelenkt, denen er sich späterhin mehr und mehr zuwandte. In Greifswald war er Mitarbeiter an der von *Schultze* ins Leben gerufenen periodischen Schrift »Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiet der forensischen Psychiatrie«. Seine Neigung für forensisch-medizinische Probleme war es auch, die seinen Eintritt in die gerichtliche Medizin erleichterte. 1922 wurde ihm der Lehrstuhl für gerichtliche Medizin in Greifswald als Nachfolger von *Nippe* übertragen. Oktober 1927 folgte er einem Ruf nach Frankfurt a. M. als Leiter des dort neu eingerichteten Instituts für gerichtliche Medizin, wo er vier besonders aufreibende und kampffreie Jahre verbracht hat. Kurz vor seinem unerwarteten Tode, im April 1931, hatte er die Leitung des gerichtlich-medizinischen Instituts in Halle übernommen, das neu erbaut worden war, und das sich zu den am modernsten eingerichteten seiner Art in Deutschland rechnen darf.

Vorkastner kam als Fremdling, vielleicht nur von wenigen willkommen geheißen, in die gerichtliche Medizin, hat es aber verstanden, in ihr sofort festen Fuß zu fassen und sich in Kürze zu einem der Führer der modernen deutschen gerichtlichen Medizin emporzuarbeiten. So ist er vor allem von Anfang an dafür eingetreten, entsprechend dem Vorgehen *Kockels* die naturwissenschaftliche Kriminalistik als praktisches und wissenschaftliches Arbeitsgebiet und auch als Lehrfach für die Juristen in den Arbeitsbereich der gerichtlich-medizinischen Institute einzube-

ziehen. Als Ideal erstrebte *Vorkastner* große gerichtlich-medizinische Institute, die in sich vereinigen sollten eine pathologisch-anatomische und eine kriminalistisch-chemische Abteilung und denen angegliedert sein sollte unter der Leitung eines aus der Psychiatrie hervorgegangenen Wissenschaftlers eine kriminalpsychologische Abteilung. In Halle stand er kurz vor Verwirklichung seines Planes.

Vorkastner hat nach Eintritt in das neue Fach vorwiegend forensisch-psychiatrisch gearbeitet. Hervorgehoben seien die häufig zitierten Schriften über «das Wesen hysterischer Sensibilitätsstörungen» und über »die forensische Bedeutung der Hypnose«. Seine letzte größere psychiatrische Arbeit, zugleich sein Abschied von der Psychiatrie, war die Bearbeitung des Abschnittes »Forensische Beurteilung« in *Bumkes* Handbuch der Geisteskrankheiten, die nicht nur den Beifall seiner Fachgenossen, sondern auch wegen der scharfen Herausarbeitung der rechtlichen Fragestellungen den von Juristen gefunden hat. Mit dem von ihm spät übernommenen, nachher heißgeliebten Fache hat er sich in einer Anzahl von programmatischen Schriften auseinandergesetzt, in denen er weitblickend in klarer und eindringlicher Sprache seine Anschauungen über Abgrenzung und Fortentwicklung der gerichtlichen Medizin niedergelegt hat. In der letzten Zeit vor seinem Ableben nach Übernahme der gleichmäßigeren und weniger kampfreichen Tätigkeit in Halle war er besonders rege wissenschaftlich tätig, und zwar mit Arbeiten auf dem Gebiet der engeren gerichtlichen Medizin und naturwissenschaftlichen Kriminalistik; er hatte mit experimentellen Studien über Stichverletzungen begonnen, er war dabei, für das *Aberhaldensche* Handbuch die Untersuchungsmethoden zur Feststellung von Urkundenfälschungen zu bearbeiten. Auf dem Gebiete der sozialen Medizin hatte *Vorkastner* die Herausgabe eines einschlägigen Lehrbuches für Studierende übernommen und einen eingehenden Arbeitsplan für seine Mitarbeiter entworfen.

Große Freude bereitete *Vorkastner* stets seine Lehrtätigkeit. Jahr für Jahr stellte er die neuerschienene Literatur für jede Kollegstunde zusammen und verwob sie in seinen formvollendeten, von den Studenten gern gehörten, packenden Vortrag. Auch diejenigen seiner Mitarbeiter, welche seine Vorlesungen Jahre hindurch gehört hatten, besuchten sie immer wieder und lernten in jeder Kollegstunde neues.

Seinen Schülern, mit denen er sich auch nach ihrem Fortgang von seinem Institut eng verbunden fühlte, war er nicht nur ein gerechter und geliebter Vorgesetzter und Lehrer, er wurde für sie auch in Dingen, die nicht unbedingt zu Wissenschaft und Dienst gehörten, zu einem treuen Berater und unvergeßlichen väterlichen Freund.

Dauernd in dankbarster Erinnerung werden uns die schönen Stunden bleiben, die wir so oft nach Schluß des Dienstes, bei kleinen Ausflügen und auf Reisen zu und nach den Tagungen mit ihm verleben durften, in denen er über wissenschaftliche und andere Themen auf das Angeregteste plauderte und bei denen wir Gelegenheit hatten, die ruhige und sachliche Klarheit zu bewundern, mit der er die Dinge ansah. Fast unbegrenzt war für uns seine Gastfreundschaft, er freute sich, anderen eine Freude zu machen und hatte gern vergnügte Jugend um sich.

Unseren innigsten Dank schulden wir, seine Schüler, *Vorkastner* dafür, daß er sich stets mit seiner ganzen Persönlichkeit für uns eingesetzt hat,

auch dann, wenn er vielleicht innerlich in diesem oder jenem Fall mit unseren Schritten nicht völlig einverstanden war. So mancher von uns gemachte Fehler ist durch sein Eintreten wieder gutgemacht worden.

In den letzten Monaten ist aufgefallen, daß der Verstorbene, der sich sonst um alle Einzelheiten des ihm unterstehenden Instituts gekümmert hatte, stiller wurde. Zur Zeit der Annahme des Rufes nach Halle hat er einmal von seinem Tode gesprochen, später nicht mehr. Haltung bewahren war etwas, was er von anderen verlangte, Haltung hat er selbst bis zum letzten Augenblick bewahrt.

Die Achtung, Verehrung und Liebe, die dem Verstorbenen als Wissenschaftler und Mensch allseits entgegengebracht wurde, kommen am besten zum Ausdruck in den Worten, die ihm bei der Trauerfeier im Halleschen Institut der zeitige Dekan der Frankfurter medizinischen Fakultät, sein langjähriger Freund, Professor *Kleist*, nachrief; mit ihnen mag in gütigem Einverständnis mit Herrn Professor *Kleist* dieser Nachruf schließen:

»Rektor, Senat und Kuratorium der Frankfurter Universität haben mich beauftragt, dem verdienten akademischen Lehrer, der vier Jahre der Unsere war, die letzte Ehre zu erweisen. Als Dekan der Frankfurter medizinischen Fakultät bin ich hier, um unsere tiefe Trauer auszusprechen und unseren letzten Dank zu sagen; denn Professor *Vorkastner* war in Frankfurt der erste Vertreter der gerichtlichen Medizin; er hat dieses Fach in unseren Lehrplan eingeführt, er hat das gerichtlich-medizinische Institut unserer Universität begründet und eingerichtet. Unter den Helfern, die ihm dabei zur Seite standen, trauert um ihn auch die Frankfurter Stiftung für gerichtliche Medizin, deren Beileid ich kundzugeben habe.

Trauer und Dank klingen aus meinem Munde mit besonders warmem Ton, denn es ist der Mund des Freundes, der da spricht. Hier in Halle führte uns vor beinahe 30 Jahren der Weg des Lernens zusammen, und es war mir später eine große Freude und Genugtuung, daran mitwirken zu können, daß *Vorkastner* nach Frankfurt berufen wurde. Mit Bedauern sah ich ihn wieder von Frankfurt scheiden und stehe nun tiefbekümmert dort an seinem Sarge, wo unsere Freundschaft begann. Und weil ich als Freund seine Treue kannte, die weder durch räumliche Entfernung, noch jahrelange Trennung, noch durch geänderte Gedankenrichtung erschüttert wurde, kann ich auch den tiefen Schmerz derer mitleiden, die den besten Bruder und einen vorbildlichen Verwandten verloren haben.

Da wir nun von ihm Abschied nehmen, steht er vor mir, wie er vor einem halben Jahre vor seinem Fortgange von Frankfurt von uns Abschied nahm: wie er an festlicher Tafel vor uns sein Wesen und Wollen bekannte. Mit Stolz und Schmerz sahen wir, welchen überlegenen und umfassenden Geist wir einst in ihm gewonnen hatten und nun verloren. Wir bewunderten seine gehaltvolle Beredsamkeit und sahen mit ihm zurück auf vier Jahre rastloser Arbeit und dauernden Kampfes um die Geltung seines Faches und seines Institutes. Er hatte diesen Kampf tapfer und offen, vornehm und sachlich geführt, wenn auch manchmal verwundet in seinem feinen Rechtsempfinden und waffenlos gegenüber unbekannter Gegnerschaft. Niemandem bleibt das erspart, der etwas Neues will, aber der Sieg wäre ihm sicher gewesen, davon waren

wir alle, gerade nach unseren Frankfurter Erfahrungen, überzeugt, wenn er den Erfolg abgewartet hätte. Warum er nicht warten wollte, das wissen wir erst heute; weil er nicht warten konnte: weil er irgendwie fühlte, daß er keine lange Zeit mehr zu verlieren hatte, um die ihm gemäßen Arbeitsbedingungen zu erlangen. Eine innere Notwendigkeit drängte ihn fort und ließ ihn hier, am Ausgangsorte seiner ärztlichen und wissenschaftlichen Laufbahn das ersehnte Glück erhoffen.

Und das ist das Erschütternde: daß er schon zu spät kam, daß er sich dort zur ewigen Ruhe betten mußte, wo er, befreit von Kampf und Sorge, wirken und forschen wollte. Ein reichbewegtes Leben hat geendet, das viele Ziele verfolgte und wieder verließ und erst spät seine eigentliche Bestimmung fand, um auch in dieser nicht zu glücklicher Vollendung zu kommen; ein Leben, das immer getrieben war von Drang nach Erkenntnis und von dem heißen Wunsche, nützlich und hilfreich zu sein. Aber am Glücke und an der Länge ist der Wert des Lebens nicht zu messen. Reich ist dieses Leben gewesen an den wahren Werten: an Erkenntnis, Rat und Tat. Und in diesen Werten leuchtend wird sein Bild vor seinen Freunden und vor seinen Schülern stehen und zu neuem Forschen, neuem Wirken sie entzünden.«

B. Mueller-Halle.

Nekrolog Reich: Der Dirigierende Arzt an den Wittenauer Heilstätten, Sanitätsrat Dr. *Friedrich Reich*, hat im 63. Lebensjahre in einem Zustand von seelischer Depression sich erschossen. Wochenlang schon hatte er sich mit Zweifeln gequält, ob er seine Berufspflichten noch genügend erfüllen könnte, während er in Wirklichkeit neben der Funktion des Dirigierenden Arztes gerade in dieser Zeit diejenige des Direktors während dessen Abwesenheit in Bonn mit den an ihm gewohnten Eigenschaften versah, mit peinlicher Sorgfalt, Umsicht, Herzenswärme und Takt. Eine überzeugende Bestätigung für die Auffassung, daß cyclothyme Persönlichkeiten oft unsere wertvollsten sind.

Friedrich Reich ist nach außen nie in dem Grade hervorgetreten, wie es seinen reichen Gaben entsprach. Vornehme Zurückhaltung hielt ihn von der Öffentlichkeit und maßgebenden Personen fern, oft in einer Mischung von Bescheidenheit und berechtigtem Selbstgefühl. Ein Übermaß an Selbstkritik ließ ihn von seinen gedankenreichen und mit größter Sorgfalt durchgeführten psychiatrischen und neurologischen Arbeiten nur wenige veröffentlichen. Und auch das noch mit den Jahren immer seltener und nur noch unter äußerer Einwirkung.

Grundlegend geblieben sind R.s Arbeiten über die Schwann'sche Scheide, deren Zugehörigkeit zum Ektoderm er erstmalig erkannte und so den Weg zum Verständnis der blascomatösen Erkrankungen des peripheren Nervensystems bahnte. Wenn auch das von R. aufgestellte Krankheitsbild der Alogie nicht in die uns gebräuchliche Terminologie eingegangen ist, so sind hier doch wesentliche Grundlagen zum Verständnis der aphasischen Störungen geschaffen.

Überaus lebendig blieb bis in die letzte Zeit sein Einfluß auf das wissenschaftliche Leben unserer Anstalt. Vorbereitung für seine Meinungsäußerungen war die minutiöseste Untersuchung der Kranken. Die Stellungnahme selbst erfolgte zumeist auf einer unserer wissenschaftlichen Konferenzen. Es

ist bis auf die letzte Konferenz, in der das Schweigen des sonst Beredten jedem auffiel, kaum ein Gegenstand aus unserem so vielseitigem Fachgebiete erörtert worden, zu welchem *Reich* nicht das Wort ergriff und mit sorgsamer Abwägung der Umstände, umfassender Literaturkenntnis und persönlicher Zartheit die Sache und den Vortragenden gefördert hätte. Und in den Stunden und Tagen nach der offiziellen Beratung setzte *Reich* dann gern in kleinerem Kreise die Erörterung und Untersuchung fort, hier wie in seinen Kursen als Mitglied der Berliner Dozentenvereinigung mit hervorragender Lehrbefähigung.

Die ganzen Kriegsjahre hat *R.* als Regimentsarzt an der Ost- und Westfront mitgemacht; seinem Wesen getreu hat er Berufung an eine zentrale fachärztliche Stellung abgelehnt, um seiner kämpfenden Truppe treu zu bleiben.

Von seiner umfassenden Allgemeinbildung, von seiner Liebe zu den Klassikern und für das Griechische, seiner Kenntnis der Bibel wußten die wenigsten. Auch für die ihm Vertrauten war es eine Überraschung, als er bei der Jubelfeier des Virchowkrankenhauses unsere Glückwünsche in klingenden humorerfüllten Versen aussprach. Und wie gern ließ er sich seither zu solchen Darbietungen bei weiteren Anlässen einladen.

Bei solchen Eigenschaften konnte es nicht anders kommen als daß *R.* trotz seiner gleichbleibenden Zurückhaltung aller Liebe sich erwarb, das Vertrauen der Kranken, des Pflegepersonals, der Beamten und am meisten das seiner Kollegen. Unendliche Liebe sprach sich bei seiner Beisetzung aus.

In den letzten beiden Jahren hat unser Ärztekollegium durch Ableben und Beförderung schwere Verluste erlitten. Die Lücke, welche das Hinscheiden *Friedrich Reichs* in unser Anstaltsleben gerissen hat, wird nicht so bald, die in unserem Herzen niemals sich wieder schließen. *Br.*

Nekrolog *Joh. Schlegel*: Am 18. August 1932 verstarb nach kurzem, leidvollem Krankenlager der Direktor der staatlichen Heil- und Pflegeanstalt Arnsdorf i. Sa., der Oberregierungsmedizinalrat Dr. med. *Friedrich Wilhelm Ferdinand Johannes Schlegel*, bald nach Vollendung seines 62. Lebensjahres. Wenn ihn gelegentlich, wie erst nachträglich bekannt wurde, auch leichtere, stenokardische Beschwerden schon über Jahr und Tag vorübergehend beeinträchtigten, so ließ er niemals Klagen laut werden. In stillem, einsamem Martyrium mag er aber schwere Stunden stummer, banger Sorge um seiner Familie Schicksal, besonders um seine mitten im medizinischen Studium stehenden Söhne, durchlebt haben. Nach außen erschien er bis zuletzt stets als der elastische, frische, fast jugendliche Mann, in dem niemand das Opfer einer schon bald drohenden Katastrophe ahnte. Er starb an einem myokardischen Infarkt.

Schlegel war am 22. Juni 1870 in Jena geboren. Er besuchte dort das Gymnasium und studierte an der Universität seiner Vaterstadt Medizin. Als eifriger Sportsfreund trat er der akademischen Turnverbindung *Gothania* bei. Bis zu seinem Tode verknüpften ihn enge Bande mit ihr. Nach Ablegung des Staatsexamens genügte er in Kassel seiner Militärdienstpflicht.

Früh entschloß er sich zur Psychiatrie. Er war zunächst an der Heil- und Pflegeanstalt Berlin-Herzberge tätig. 1895 trat er in den sächsischen Staatsdienst. Er wirkte an den Anstalten Untergöltzsch i. Vgtl., Groß-

schweidnitz und Arnsdorf. In Großschweidnitz fand er seine Lebensgefährtin, eine Tochter des damaligen Anstaltsdirektors Obermedizinalrat Dr. *Krell*. In Arnsdorf wurde er 1916 stellvertretender Direktor. Seit 1924 war er Direktor dieser Anstalt.

Was ihn besonders zur Leitung der großen Anstalt befähigte, war seine peinliche Gewissenhaftigkeit und Treue, sein Pflicht- und Gerechtigkeitsgefühl und seine warme Menschlichkeit gegenüber seinen Untergebenen und Kranken. Unendliche Güte und Geduld ließen ihn zum väterlichen Vertrauten seiner Kranken werden. Für ihr Wohl alle Möglichkeiten auszuschöpfen war ihm heilige Pflicht und ärztliche Sendung. Er arbeitete entscheidend mit an dem großzügigen Ausbau der Anstalt, die für rund ein- einhalbtausend Kranke vorgesehen ist, an einer möglichst freien Behandlungsweise der Geisteskranken, an der Durchführung der aktiveren Therapie im Sinne von *Simon*. Verehrende Liebe für klassische Musik verband ihn freundschaftlich mit namhaften sächsischen Künstlern und ermöglichte ihm ihre edle Kunst in der Anstalt als seelisches Heilmittel für seine Pflegebefohlenen anzuwenden.

Mit feinfühligem Verstehen wußte er die Seele der Kranken zu umfassen und Psychiater in des Wortes tiefstem Sinne zu sein. Dabei vergaß er nicht seine Pflichten der Wissenschaft gegenüber, daß er nach Kräften beizutragen habe an der Lösung der vor allem auch sozial so bedeutsamen Fragen nach der Erforschung der Psychosen und nach ihrer Behandlung. Wenn er auch nicht persönlich wissenschaftliche Einzelarbeit leistete, so förderte er sie doch mit bewundernswerter Selbstlosigkeit bei seinen Mitarbeitern durch seine rege Anteilnahme an ihren Studien und durch Beschaffung von Mitteln für die Laboratorien, für Abordnungen an die deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie in München, für Teilnahme an Sitzungen, Kongressen und Kursen. So konnte mit seiner Hilfe in Arnsdorf vielseitige wissenschaftliche Arbeit im Dienste der leidenden Menschheit geleistet werden, auf dem Gebiete der Paralyse- und Schizophrenie-Forschung und -Behandlung und auch auf dem mehr theoretischen der Psychologie. *Schlegel* legte Wert auf die Mitgliedschaft seiner Ärzte bei der forensisch-psychiatrischen Vereinigung und der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden sowie auf ihre Beteiligung an Vorträgen und bei Aussprachen dieser wissenschaftlichen Vereinigungen.

Bei seiner gütigen, stets hilfsbereiten Natur öffnete er allen rasch sein Herz, so daß man in seiner Anstalt schnell heimisch wurde. Er fesselte durch seine entgegenkommende, kameradschaftliche, ritterliche, frische, fröhliche, lebensbejahende Art.

Ihm war auch das vorbildlich harmonische, gegenseitige Verhältnis zu dem als selbständige Enklave im Anstaltsbereiche eingefügte Schwesternhause, dem Mutterhause der Arnsdorfer Schwesternschaft, das die Schwestern für alle staatlichen Krankenanstalten Sachsens ausbildet, mit zu danken.

Der gleichen Wurzel entsprangen ferner die freundschaftlichen Beziehungen zwischen Anstalt und Gemeinde Arnsdorf. Im Gemeindeparlament spielte *Schlegel* durch sein geklärtes Urteil eine bedeutsame Rolle. — Der Aufklärungsarbeit bei der Bevölkerung über das Wesen der Seelenstörungen, ihre Behandlung und Vermeidung, über die Einrichtungen der Irrenanstalten und dem Kampf gegen Aberglauben maß er so große Bedeutung bei, daß

er zeitraubende Führungen durch die Anstalt gern selbst übernahm und sie durch ausführliche Vorträge erläuterte.

Er war ein milder Chef, keine brüske Kampfnatur. Bei belangloseren Gegebenheiten vertrat er den Standpunkt, daß es eine große Kunst im Leben sei, alles zu sehen, bisweilen aber eine noch größere nicht alles zu schauen. Leider wurde dieser Ausfluß seiner reinsten Herzensgüte bisweilen als Schwäche gedeutet. Er säete viel Güte und wird auch über das Grab hinaus Dank ernten.

Was soll man als Leitwort über das Leben dieses grundgütigen Arztes setzen? Ich denke die Botschaft des Paracelsus: »Im Herzen wächst der Arzt, aus Gott geht er, des natürlichen Lichtes ist er, der Erfahrungheit. Der höchste Grund der Arznei ist die Liebe.«

Für mich aber war er das Beste, was ein Mann einem Manne sein kann: »Er war mein Freund, war mir gerecht und treu.«

Wilhelm Sagel.

Verstorben: Obermedizinalrat Prof. Dr. *Dannemann*, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Heppenheim,
Geheimer Rat Professor Dr. Dr. *Kahl*, Berlin, Ehrenmitglied,
Oberarzt Dr. *Kahle*-Göttingen,
Oberarzt Dr. *P. Meyer*, leitender Arzt des Deutschen Samariterordenstifts Kraschnitz i. Schles., Sanitätsrat Dr. *Reich*-Berlin-Wittenau,
Obermedizinalrat Dr. *Schlegel*, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Arnsdorf, Geh. Medizinalrat Prof. Dr. *Schmorl*-Dresden und Privatdozent Dr. *Blum*-München.

Ernannt: zum Direktor der Universitätsnervenklinik Königsberg Professor Dr. *Boestroem*-München,
zum ao. Professor Privatdozent für Psychiatrie und Neurologie Dr. *Fleck*-Göttingen,
zum Titularprofessor Privatdozent für Psychiatrie Dr. *Kläsi*,
zum Landesobermedizinalrat und Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Hildesheim Dr. *Grimme*,
zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Herzberge (Berlin-Lichtenberg) Dr. *Kurt Hildebrand*,
zum Direktor der ostpreußischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Tapiau Dr. *Krakau*,
zum Direktor des Provinzial-Sanatoriums für Nervenranke in Rasemühle b. Göttingen Dr. *Redepenning*,
zum Direktor der hessischen Heil- und Pflegeanstalt Heppenheim Oberarzt Medizinalrat Dr. *Werner*,
zum beamteten Anstaltsarzt Prosektor Dr. *Bender*-Wittenau und zum Stationsarzt der Nervenklinik Wiesengrund Dr. *Heinrich*.

Die *venia dozendi* für Psychiatrie und Neurologie an der Deutschen Universität Prag erhielt Dr. *R. Klein*.

Es habilitierte sich für Nerven- und Geisteskrankheiten an der Universität Wien Dr. *Hans Hoff*, an der Universität Würzburg Dr. *W. Heyde*.

Zum Ehrenmitglied der american-neurolog. Association wurde Professor Dr. *Bielschowski* und

zum Ehrenmitglied in der philosophischen Fakultät der Universität Würzburg wurde Prof. Dr. med. Dr. phil. h. c. und Dr. jur. h. c. *Aschaffenburg-Köln* ernannt.

Versetzt von Arnsdorf nach Hubertusburg Fräulein Regierungsrat *Dr. Walther*.

Geschlossen wurde die Provinzial-Heilstätte für Alkohol- und Geistes-
kranke Fichtenhain b. Krefeld.

Der 8. Band des Handbuches für Geisteskrankheiten von *Bumke* behandelt die syphilitischen Geistesstörungen, die Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters, die epileptischen Reaktionen und epileptischen Krankheiten.

Zunächst gibt *Hauptmann-Halle* einen sehr interessanten Überblick über Ätiologie und Pathogenese der syphilitischen Geistesstörungen. Die Paralyse ist nicht eine einfache Spirochätose des Gehirns, das Verhältnis zwischen Syphiliserreger und Organismus ist hier ein anderes als bei der Syphilis (S.) der meisten anderen Organe, sogar einschließlich des Gehirns. Die Frage ist, ob das veränderte Geschehen bei der Paralyse seinen Grund in einer besonderen Beschaffenheit der Spirochäten oder in einer konstitutionellen Eigenart des befallenen Organismus hat bzw. ob etwa exogene Momente mitwirken. Schon die Geschichte der Paralyse, auf die *H.* eingeht, zeigt, daß irgendeine verschobene Korrelation zwischen Spirochäten und Organismus bestehen muß. Im festen Abhängigkeitsverhältnis muß die Zahl der Paralysen zur S.morbidität vor 10—15 Jahren stehen; soziale Bedingungen, Änderungen des Alkoholismus, der Prostitutionseinrichtungen u. a. m. werden auf die Paralysenzahle von Einfluß sein. In der Leipziger Klinik schwankte die Zahl der Paralyseaufnahmen nach einer Statistik von *Bumke* über die Jahre 1905—1911 um 14%, stieg dann, erreichte 1916 mit 22% einen Gipfel, auf dem sie sich bis 1918 hielt, um von da schnell bis zum Jahre 1924 auf 11% zu fallen. Die in mehreren anderen deutschen Kliniken gefundenen Zahlen sind so ähnlich. *Hans Maier* fand bei einer Berechnung auf die jeweilige Gesamtbevölkerungszahl des Aufnahmebezirkes in der Schweiz allmähliche Abnahme von 1903—11, dann starke Zunahme bis 1913, welche bis 1918 andauerte, um dann mit einer leichten Erhöhung im Jahre 1921 auf ein Minimum zu fallen, das 1919, 1922 und 1923 so tief liegt wie nie zuvor. *M.* läßt es unentschieden, ob diese Annahme der Paralysehäufigkeit auf die moderne S.behandlung oder auf eine Virulenzänderung der Spirochäte zurückzuführen ist. Dagegen findet *Wiesels* eine Zunahme der Paralysehäufigkeit in Schweden in den Jahren 1880/1900, Abnahme von 1900—1910 und seitdem konstante Zunahme, namentlich in den Jahren 1915—1919. Diese Verteilungsdifferenzen innerhalb Europas sind schon seit langem aufgefallen, besonders aber die äußerst geringe Paralysemorbidität bei unkultivierten außereuropäischen Völkern. Wichtig ist, daß das Zurücktreten der Paralyse kontrastiert mit einem besonders zahlreichen Auftreten syphilitischer Manifestationen an Haut und Knochen bei der Bevölkerung dieser Länder; umgekehrt ausgedrückt handelt es sich um Zunahme der Paralysehäufigkeit auf Kosten einer Haut- und Knochensyphilis. Interessanterweise trifft dies zusammen mit einer symptomarmen S. beim einzelnen Paralysefall. Vielleicht kommt durch die

Therapie der S. überhaupt eine Umwandlung gewisser Spirochäten zustande, die dann zu mildem Verlauf der S. und damit zum Entstehen einer Paralyse führt. Jedenfalls verläuft die s. Infektion neuerdings anders, und das kann sowohl durch besondere Spirochäten als auch durch die Art der Abwehrmechanismen des Körpers begründet sein. — Die Vermutung von *Wilmanns*, wonach die Beeinflussung der Spirochäten durch unsere therapeutischen Mittel den ursprünglichen Verlauf der S. derart geändert habe, daß eine Metalues zustande kommt, wird eingehend besprochen; vermutlich sind neben der Therapie hier noch andere Faktoren von Einfluß. Aufschluß darüber ist notwendig, wer von den Kranken sich einer Behandlung seiner S. unterzogen hat und welche Unterschiede der Inkubation zwischen behandelten und unbehandelten Fällen vorhanden sind, sowie zwischen solchen mit verschiedener Behandlungsintensität. *Fournier* fand die Mehrzahl der Erkrankungen 10—12 Jahre nach der Infektion, den frühesten Fall im 3., den spätesten im 24. Jahre. Die Statistiken ergeben, daß die ausreichende Behandlung der S. dem Zustandekommen einer Metalues noch am besten vorbeugt; ein großer Teil der Kranken ließ die S. deshalb nicht behandeln, weil sie so geringe Erscheinungen machte, andererseits prädestiniert gerade die symptomarme S. zur Metalues. Die Metalues kommt nach *Meggendorfers* Untersuchungen um so früher zum Ausbruch, je älter das Individuum zur Zeit der Infektion war. *Legt Hauptmann* das Hauptgewicht auf den Zusammenhang zwischen symptomarmer S. und Metalues, so bucht er den eher ungünstigen Einfluß einer ungenügenden Behandlung auf das Zustandekommen der Metalues. Liquoruntersuchungen ergeben, daß die symptomarme S. mit Vorliebe eine Erkrankung des Nervensystems herbeiführt. *H.* selbst findet eine Affektion des Nervensystems zehnmal so oft bei einer S. ohne Hauterscheinungen als bei einer solchen mit diesen. Auch experimentelle Untersuchungen sprechen für eine besondere Disposition der symptomarmen S. zur Schädigung des Nervensystems. Die bisherigen Untersuchungen und Beobachtungen sprechen noch nicht mit Sicherheit für die Bedeutung des konstitutionellen Faktors beim Zustandekommen der Paralyse. Man könnte daran denken, im Interesse der Begünstigung der Abwehrfunktion, zur Vorbeugung einer Metalues, die Hautschleimhauterscheinungen bei sekundärer S. nicht zu unterdrücken und sie sogar zu provozieren — aber natürlich nur dann, wenn es nicht gelingt, durch eine ausreichende Therapie alle Spirochäten zu vernichten; jede An-Behandlung der S. begünstigt das Zustandekommen einer Metalues mehr als gar keine Behandlung. *H.* hält es für wichtig, neben dem lokalen Spirochätenvorgang in den nervösen Zentralorganen auch einer allgemein-toxischen Komponente (die infolge der Permeabilitäts-Steigerung der Blut-Liquor-Schranke vom Liquor aus das Zentralnervensystem schädigt) eine bestimmte Rolle in der Pathogenese der Metalues zuzuweisen.

Die psychischen Störungen der nichtparalytischen syphilitischen Psychosen sind weniger markant und erstrecken sich entweder über einen viel längeren Zeitraum als die paralytischen oder führen nur zu ganz kurzen episodenhaften Äußerungen. Zu bedenken ist, daß nicht jede bei einem Syphilitiker auftretende Psychose eine syphilitische Ätiologie zu haben braucht, nicht einmal, wenn charakteristische Liquorveränderungen vorhanden sind. Auch kennt man sichere syphilitische Psychosen, die weder

Blut- noch Liquoranomalien darzubieten brauchen, die ihre spezifische Ätiologie nur nach der positiven Anamnese vermuten lassen und erst durch den anatomischen Befund ihre objektive Etikette erhalten. Ferner sind viele Fälle als syphilitische Psychosen beschrieben worden, die nichts anderes als Paralyse mit abnormem Verlauf waren. Endlich mögen manche psychischen Eigentümlichkeiten im sekundären Stadium der S. gar nicht unmittelbar Ausdruck eines spezifischen Hirnprozesses sein, sondern nur die psychologisch verständliche Reaktion des Syphilitikers auf seine venerische Infektion. Klinisch handelt es sich bei den nichtparalytischen syphilitischen Psychosen um exogene Reaktionstypen (Verwirrtheit, Dämmerzustände, Korsakowscher Symptomenkomplex), um halluzinatorisch-paranoide Typen, chronische Defektzustände (Pseudoparalyse, Demenz) und um manische, depressive und katatone Formen. Herauszuheben sind auch die sog. apoplektische Hirnlues, die syphilitische Enderarteriitis (klinisch sich als paranoide Form oder als Halluzinose äußernd, zum Teil auch als Tabespsychose), welche, wie die epileptische Form, von manchen Seiten auf toxische Einwirkungen zurückgeführt wird. H. erörtert schließlich noch die auf dem Boden der kongenitalen Lues entstehenden psychischen Störungen, weist auf die große Bedeutung der elterlichen Syphilis für Idiotie und Imbezillität der Descendenz hin, erwähnt aber, daß es auch kongenital Luetische gibt, die zeitlebens frei von allen Erkrankungen des Nervensystems bleiben können.

Bostroem hat die Luespsychosen und die Klinik der progressiven Paralyse beschrieben. Die Abgrenzungsschwierigkeiten der Luespsychosen untereinander und gegenüber der beginnenden Paralyse, aber oft auch gegenüber anderen organischen Psychosen (Arteriosklerose!) sind sehr erheblich. Für die Entstehung der Ausfallserscheinungen, in Sonderheit auch für die Demenz, spielen die grob organischen Hirnveränderungen eine ausschlaggebende Rolle, aber auch Einwirkungen toxischer Natur sind bei manchen Formen der Lues nicht ohne Bedeutung. Nicht alle Fälle von Hirnlues gehen mit psychischen Störungen einher; je umschriebener der anatomische Prozeß ist, um so weniger häufig werden psychische Alterationen beobachtet, und je weiter dieluetischen Veränderungen sich ausbreiten, je mehr die Hirnsubstanz selbst ergriffen ist, um so häufiger sieht man seelische Störungen, während die Lokalisation des Prozesses mehr für die neurologischen Symptome maßgebend ist. Die leichten, kaum je ein psychotisches Ausmaß annehmenden psychischen Alterationen kann man am ehesten zu den neurasthenischen Reaktionen rechnen. Die syphilitische Infektion läßt aber auch psycho-reaktive Einwirkungen zustande kommen, die als nervöse, insbesondere hypochondrische Verstimmungen zusammenzufassen sind, obwohl sie oft mit den auf Grund syphilitischer Erkrankung entstehenden neurasthenischen Beschwerden verwechselt werden; beide Störungen kommen aber nicht selten auch gleichzeitig vor. Von den seelischen Erscheinungen während der Frühstadien ist auch der frühluetischen Meningitis zu gedenken. Die eigentlichen Luespsychosen sind nun die nichtparalytischen Seelenstörungen mit morphologisch erkennbaren syphilitischen Hirnveränderungen. Das Verhältnis der Aufnahmen in die Münchner Klinik zwischen Lues cerebri und Paralyse betrug 1924/25 bei den Männern 1 : 9, bei den Frauen 1 : 6,3. Von dem Material an Lues cerebri hatten in der gleichen Zeit 31,8% lediglich neurologische und keine psy-

chotischen Symptome, so daß für die Luespsychosen nur 0,66% der Gesamtaufnahmen zu errechnen wären — darnach beträgt das Verhältnis von Luespsychosen zur Paralyse 1 : 11,8. Anatomisch sind die Luespsychosen einzuteilen in die meningitische Form mit und ohne Beteiligung der Hirnsubstanz, mit und ohne Gummibildung, und die vaskuläre Form der Gehirnsyphilis. Klinisch werden die Luespsychosen in Psychosen von exogenem Prädilektionstyp und die Demenzformen bei und nach Lues cerebri unterschieden. Von ersteren beschreibt B. die akuten und subakuten Formen wie die Formen von protrahiertem Verlauf und besonderem Aufbau (Halluzinosen), äußert sich auch zur Frage der Tabespsychosen und zur Frage der syphilitischen Epilepsie, um dann auf die Demenzformen bei und nach Lues cerebri: die Defektzustände und die chronisch fortschreitenden geistigen Schwächezustände einzugehen, seine klinischen Darstellungen vielfach durch Krankengeschichten und serologische Befunde erläuternd. Zum Schluß behandelt er noch die schwierigen Fälle organischer Psychosen, die nur indirekt und nicht allein auf Lues zurückzuführen sind, die Luespsychosen, die unter dem Bild endogener Seelenstörungen verlaufen, und die Seelenstörungen bei Lues cerebri im Kindesalter. Neurologische Begleiterscheinungen der Lues werden gewürdigt: Störung der Pupillenreaktion — intakte Pupillen sind bei der Lues cerebri nicht ganz selten, die echte reflektorische Pupillenstarre aber nicht häufig, häufig jedoch die absolute Pupillenstarre, mehr noch die Trägheit der Pupillenreaktion, welche die gewöhnlichste neurologische Begleiterscheinung ist. Für Beteiligung der zentralen motorischen Gebiete spricht das Auftreten von generalisierten epileptischen Krämpfen. Selten ist bei den Luespsychosen die für Paralyse charakteristische artikulatorische Sprachstörung. Das Zusammentreffen von Tabes und Lues cerebri ist häufiger, als es gewöhnlich angenommen wird. Alle Tabespsychosen werden als Lues-cerebri-Psychosen aufgefaßt. Oft pflanzen sich auf eine alte unbeachtete Tabes noch Lues-cerebri-Symptome auf, wie sich ja zu einer lange bestehenden Tabes auch noch eine Paralyse hinzugesellen kann. Der Liquordruck ist bei den akuten Luespsychosen, besonders deren meningitischen Formen, unter Umständen stark erhöht, ebenso der Eiweißgehalt bei denluetischen Meningitiden; bei der Gefäßlues ist der Eiweißgehalt meist nur unwesentlich vermehrt. Häufig findet sich bei Lues cerebri auch die Apeltsche Phase-I-Reaktion. Die Pandysche Reaktion gibt oft schon eine Trübung, wo sonstige Reaktionen negativ sind. Negativer Ausfall der Weichbrodtschen Sublimatprobe macht das Vorliegen einer Lues cerebri unwahrscheinlich. Die Zellzahl ist bei den meningitischen Formen der Hirnlues oft stark vermehrt, Vermehrung fehlt dagegen sehr oft bei den rein basalen Formen. Von Zellformen findet man bei der Hirnlues meist Lymphozyten, selten Plasmazellen. In einigen Fällen ist es bei der frühluetischen Meningitis gelungen, Spirochäten nachzuweisen. Die Kolloidreaktion hat ihren Wert nur im Zusammenhang mit anderen Liquorveränderungen. Die Wassermannsche Reaktion im Blut beweist natürlich nicht, daß eine Geisteskrankheit eine Luespsychose ist, ja auch eine positive Wassermannsche Reaktion im Liquor schließt es nicht aus, daß eine Psychose mit dieser Hirnlues keine unmittelbaren Beziehungen hat. Aber umgekehrt kann man sagen, daß bei Wassermann-negativem Liquor in unbehandelten Fällen die Diagnose Luespsychose zweifelhaft wird; bei ganz gesundem Liquor darf man eine solche Diagnose über-

haupt nicht stellen. Daß die Wassermannsche Reaktion im Liquor als Zeichen einer syphilitischen Affektion im Bereich des Zentralnervensystems angesehen werden muß, ist allgemein anerkannt; hiervon sieht *Plaut* nur die Tuberkulose und die eitrige Meningitis als Ausnahme an.

Die progressive Paralyse (Klinik) hat ebenfalls eine sehr anziehende Behandlung von *Boström* gefunden. Da der Erfolg der Malariatherapie zum großen Teil von einem frühzeitigen Beginn der Behandlung abhängt, ist es von hohem Wert, die Paralyse möglichst in den Anfangsstadien zu erkennen, wobei es auf die feinen Persönlichkeitsveränderungen ankommt, welche den Kranken zwar noch nicht auffällig zu machen brauchen, dem aufmerksamen Beobachter aber nicht verborgen bleiben. Auch die Erfolge der Fiebertherapie machen es nötig, sich einmal mit dem psychischen Zustand der Behandelten zu befassen, sich über ihre Berufsfähigkeit und verantwortlichen Stellungen, über die Frage ihrer Zurechnungsfähigkeit, die Wiederaufhebung der Entmündigung usw. zu äußern. Das Krankheitsbild der Paralyse wird durch die psychischen, neurologischen und biologischen Symptome additiv zusammengesetzt. Bei den Paralytikern auf Grund kongenitaler Lues erfolgt der Ausbruch nach einer ganz ähnlichen Inkubationsdauer wie bei den Paralytischen der Erwachsenen. — Nach einer glänzenden Schilderung der Symptomatologie geht *B.* auf die besonderen Formen der Taboparalyse, der Lissauerschen Paralyse und der juvenilen Paralyse ein und beschreibt die Krankheit dann in ihren verschiedenen Stadien, Querschnitten und Verläufen. Hochinteressant ist u. a. die Tatsache, daß eine anatomisch bereits vorhandene Paralyse noch keinerlei Symptome zu machen braucht. Beschwerden nervöser Art bestehen bei manchen lange vor dem Ausbruch der paralytischen Erkrankung (neurasthenische Reaktion auf den krankhaften Gehirnvorgang). Einzelne Kranke zeigen vor dem Ausbruch der Paralyse eine manische oder depressive Phase ohne organische Beimengungen, bei wieder anderen wird ein schizophrener Schub ausgelöst, bevor es zum Ausbruch der Paralyse kommt. — Die Zeit zwischen Infektion und Sichtbarwerden der ersten anatomischen Erscheinungen ist im allgemeinen bei der Paralyse wesentlich länger (Durchschnittszahl etwa 17 Jahre) als bei der Hirnlues (5—6 Jahre). In der Regel kommt die Paralyse um so eher zum Ausbruch, je älter das Individuum zur Zeit der Infektion war. Oft geht der Paralyse, die erst nach langer Inkubationszeit auftritt, eine Tabes voraus. Ausführlich werden die ersten klinischen Kennzeichen der Paralyse — das Stadium der allmählich versagenden psychischen Steuerung, die Höhe der Erkrankung — das Stadium der Ausfälle und das Endstadium des vegetativen Verfalls und der Tod, Prognose und Krankheitsdauer beschrieben. In der Altersgrenze von 41—60 Jahren dauert die Krankheit bis zu 2 Jahren bei 53,8%, bis zu 4 Jahren bei 32,2% und über 4 Jahre bei 14%. Das Münchner Material zeigte das Zustandsbild der einfachen Demenz bei 34%, der euphorischen Demenz bei 29%, der expansiven Form bei 10%, der depressiven Form bei 7%, Verwirrheitszustände bei 7,5%, motorische Erregung bei 5,5%, Delirien bei 3,5%, ein schizophrenes Bild bei 3,0% (davon $\frac{1}{3}$ erst nach Malariabzw. Rekurrensbehandlung). — Es folgen interessante Kapitel über die Remission, die stationäre Paralyse, die galoppierende Paralyse, über den geheilten und defektgeheilten Paralytiker und ein Kapitel über paranoid-halluzinatorische Zustände nach Fieberbehandlung. Von praktischem Inter-

esse ist auch die Stellung des Verfassers zu verschiedenen gutachtlichen Fragen: in der Regel dürfen exogene Schädigungen, z. B. Strapazen, akute Infektionen, Hirnschädigungen und andere Unfälle für die Auslösung einer Paralyse nicht herangezogen werden, wie die Kriegserfahrungen gelehrt haben. Gelegentlich aber wird man einem schweren Schädeltrauma, das einen Syphilitiker betroffen hat, nicht immer und nicht ohne weiteres jeden Einfluß auf das Manifestwerden einer Paralyse absprechen dürfen, wenn ein zeitlicher Zusammenhang zwischen Schädeltrauma und Ausbruch der Paralyse ersichtlich ist — nach Berger $\frac{1}{2}$ —1 Jahr. Erschöpfung als auslösende Ursache einer Paralyse kommt nur bei Zuständen allerschwerster Überanstrengung mit Nahrungs- und Schlafentziehung in Betracht, was äußerst selten der Fall ist. Die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit sieht B. in dem Augenblick, in dem eine Paralyse diagnostizierbar ist, als aufgehoben an, auch für solche Fälle, bei denen man die Diagnose vor allem auf Grund des körperlichen und Liquor-Befundes stellt, ohne daß eine charakteristische psychische Veränderung schon nachweisbar wäre. Kann man sich doch auf die Leistungen und Handlungen des Paralytikers im Anfangsstadium, wenn er auch noch nicht dement ist, nicht mehr so verlassen wie in gesunden Tagen, handelt es sich doch bei der Art der Straftaten oder im Vergleich mit dem früheren Leben schon um eine Persönlichkeitsveränderung. Was die Pseudo-Demenz in der Haft anbelangt, so verbirgt sich mitunter hierunter eine beginnende paralytische Demenz. Auch die Zurechnungsfähigkeit von fieberbehandelten, gut remittierten Paralytikern hält B. mit C. *Schneider* angesichts der hier meist noch erkennbaren leichten Mängel nicht für gegeben. *Leppmann*, der bei gut remittierten Paralytikern den § 51 StGB. nicht annehmen will, empfiehlt, mit dem Strafvollzug 2—3 Jahre zu warten, um sich von der Dauerhaftigkeit der Remission zu überzeugen. Im allgemeinen sind die kriminellen Neigungen der Paralytiker, auch im Remissionsstadium, nicht sehr groß, da es ihnen in der Regel an der nötigen Aktivität fehlt. Vielfach sind es Nachlässigkeiten, die den Paralytiker mit dem Strafgesetz in Konflikt bringen. Die Straftat wird auch oft ohne jede Vorsichtsmaßregel unternommen. Verhältnismäßig häufig kommen primitive Sexualvergehen, Exhibitionismus usw. vor. Selbstverständlich ist jeder Mensch mit einer erkennbaren Paralyse geschäftsunfähig. Auch bei geschäftlichen Aktionen, die 1—2 Jahre vor der klinischen Erkrankung liegen, wird § 104 Abs. 2 BGB. gegeben sein. Zweifel an der Geschäftsfähigkeit genügen nicht, um die Voraussetzung des § 104 als erfüllt anzusehen. Dies ist auch bei der Behandlung von defektgeheilten Paralytikern von Bedeutung. Die Defektgeheilten werden also nur dann als geschäftsunfähig angesehen werden dürfen, wenn noch manifeste Ausfälle vorliegen. Der Umstand, daß man bei den meisten Paralytikern Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit äußern muß, spricht nicht dagegen, daß zum mindesten bei den Berufstätigen empfohlen wird, eine bestehende Entmündung wieder aufzuheben, eventuell nach einer gewissen Probezeit oder nach vorläufiger Umwandlung der Entmündigung wegen Geisteskrankheit in eine solche wegen Geistesschwäche; in Belgien hat man hierfür den Begriff *demi-interdits* geschaffen. Ehescheidungen wegen Geisteskrankheit nach § 1569 BGB. empfiehlt B. bei den mit Defekt geheilten Paralytikern, die eventuell noch sehr lange am Leben bleiben, anzuwenden angesichts ihrer sozialen Unbrauchbarkeit und ihrer stumpfen

Gleichgültigkeit, die keine geistige Gemeinschaft mit dem Ehegatten ermöglicht. Anfechtung der Ehe nach § 1333 BGB. ist dann möglich, wenn der andere Ehegatte paralytisch wird und der gesunde Teil erst hierdurch von der früheren Lues des Paralytikers hört; Verschweigen der Lues vor der Eheschließung genügt als Anfechtungsgrund; die 3 Jahre des § 1569 brauchten dann nicht abgewartet zu werden. Im übrigen kommt Anfechtung der Ehe praktisch kaum mehr in Frage, denn eine um die Zeit der Eheschließung vorhandene Paralyse macht die Ehe nach § 1325 BGB. nichtig.

Plaut und Kihn: Die Behandlung der syphiligen Geistesstörungen. Die Verf. besprechen ebenfalls im 8. Band auf Grundlage kritischer Sichtung der Veröffentlichungen in den letzten Jahren sowie umfangreicher eigener Beobachtungen zunächst die spezifische Behandlung, dann die Infektionsbehandlung der syphiligen Geistesstörung. Zur Gruppe der spezifischen Heilmittel gehören die sog. Desinfektionsstoffe mit rein örtlicher spezifischer Wirkung, ferner die antitoxischen Sera bzw. die Antikörper, deren spezifische Einstellung in der Absättigung biologisch aktiver Körper besteht, welche Beziehungen zu gewissen Krankheitsursachen haben. Die dritte Gruppe spezifischer Heilmittel bildet eine Reihe von Arzneistoffen, die bei der Syphilisbehandlung und bei anderen Infektionskrankheiten gebraucht werden (Quecksilber, Wismut, Jod, Salvarsan). Die spezifische Behandlung der Lues zerebrospinalis der Frühperiode und der Späterperiode wird erörtert, ebenso die spezifische Behandlung der Tabes und der progressiven Paralyse. Als direkte Behandlungsmethode gilt das Verfahren, welches spezifische Heilmittel in den Liquorraum bringt; die bisherigen Behandlungsergebnisse mit den spinalen Methoden lauten bei der Paralyse wenig ermutigend und sind bei der Tabes noch fragwürdiger. Auch sind folgenschwere Komplikationen nach den endolumbalen Injektionen beobachtet worden. Die Verf. kommen zu der Ansicht, daß zwar mit den intraspinalen Methoden bei Tabes und Paralyse etwas erreicht werden kann, daß man sich aber hüten soll, seine Hoffnungen allzu hoch zu schrauben. Die mit der intraarteriellen Behandlung bei Paralyse (*Knauer*) erreichbaren Erfolge heben sich nicht wesentlich von denen anderer spezifischer Verfahren ab. — Was die Infektionsbehandlung der syphiligen Geistesstörung anbelangt, so befassen sich die Verf. mit Impfmalaria, Rekurrens, japanischem Rattenbißfieber (*Sodoku*), Proteinen und Vakzine, sowie mit Spirochätensuspensionen. Es kann an dieser Stelle auf Einzelheiten nicht eingegangen, sondern nur einiges über die Behandlungsergebnisse referiert werden. Durchaus erwiesen ist heutzutage, daß die von *Wagner v. Jauregg* angeführte Malariabehandlung das wirksamste therapeutische Prinzip im Kampf gegen die Paralyse darstellt. Immerhin neigt die Mehrzahl der behandelten Fälle zu Rückfällen; man sieht Kranke, die psychisch unverändert bleiben, solche, die sich mehr auf neurologischem und solche, die sich hauptsächlich auf psychischem Gebiete bessern. Vegetativ blühen die Kranken nach Abbruch der Fieberperiode nicht selten auf, die allgemeine Motilität und die Koordinationsmechanismen bessern sich. Die Kranken werden wieder persönlicher, Erregte beruhigen sich, bei Depressiven klingt die Verstimmung ab, Stuporöse werden lebendiger; die serologischen Veränderungen treten zurück, die Schrift wird fester, die Artikulation sicher.

Die besten Heilungsaussichten haben offenbar die manischen, manisch-depressiven und expansiven Zustandbilder. Hinsichtlich der rein depressiven Form gehen die Angaben der Autoren auseinander; geringe Aussichten hat die galoppierende Paralyse, durchaus verschiedene verhalten sich die Dementen und Euphorischdementen. Wie bei jeder Therapie sind die Ergebnisse auch bei der Infektionsbehandlung bei beginnenden Fällen besser als bei vorgeschrittenen. Jenseits des 55. Lebensjahres sind die Besserungsaussichten trübe. Tabes-Paralytiker haben hinsichtlich ihrer paralytischen Störungen nicht geringere Besserungsaussichten als einfache Demente. Die tabischen Störungen des Paralytikers sind hartnäckig, besonders die Gangstörung. Verhältnismäßig gering sind die Besserungsmöglichkeiten des Reflexbefundes. Im allgemeinen haben Spasmen größere Besserungstendenz als Hypotonien. Wenig befriedigend ist es um die Besserung des Pupillenbefundes bestellt; in Ausnahmefällen kann sich aber auch der paralytische Pupillenbefund durch die Behandlung weitgehend bessern, Anisokorien werden dann gehoben, Verzerrungen der Pupillenränder gleichen sich aus, die Pupillenbewegungen können Formen annehmen, die innerhalb der Grenze des Gesunden liegen; solche Pupillenbesserungen können sich aber auch wieder verschlechtern. Über die Besserungsfähigkeit der paralytischen Sprachstörung ist die Meinung geteilt, leichte Ausfälle sind meist noch lange nachzuweisen; vielfach handelt es sich um eine Besserung des Sprachvermögens. Was die Schrift anbelangt, so bessert sich das motorische Schriftbild, wenn sich die paralytische Motilität und Koordination überhaupt bessert; ist der Kranke leichter zu konzentrieren, so fehlen die Buchstabenauslassungen. Erscheinungen, die sich dem klinischen Begriff der Demenz nähern, können sich der fiebertherapeutischen Beeinflussung widersetzen, dagegen finden Einstellungsstörungen und das, was zum affektiven Unterbau des Seelenlebens direkte Beziehungen hat, rasch ihren Ausgleich. Was den serologischen Befund anbelangt, so pflegt die Zellzahl des Liquors schon sehr bald nach erfolgter Malaria-Infektion abzusinken und gebessert zu bleiben. Meist eilt die Besserung des Zellbefundes jener der sog. nichtentzündlichen Liquorsymptome voraus. Mit Beginn eines Rückfalls können die entzündlichen Erscheinungen wieder aufflackern, aber selbst bei terminalen Rezidivfällen von Malariaparalyse kann der Zellgehalt bis zum Schluß völlig negative Werte behalten. Dem Zellbefund nach erfolgter Impfung ist ein prognostischer Wert nicht mehr zuzumessen. Nicht so durchgehend bessern sich die sog. Globulinreaktionen. Eine gewisse engere Parallelität zwischen klinischem Befund und Globulinbefund im Liquor besteht wenigstens im Durchschnitt aller Fälle. Sehr unterschiedlich verhalten sich die Kolloidreaktionen. Die Wassermannsche und Sachs-Georgische Reaktion im paralytischen Liquor läßt sich verhältnismäßig leichter beeinflussen als die des Serums, indessen ist sie nur bei einem bestimmten Prozentsatz der mit Malaria behandelten Paralyse besserungsfähig. *Wassermann* und *Sachs-Georgi* können im Blut und Liquor positiv bleiben trotz weitgehender körperlicher und psychischer Remission. Ein Negativwerden aller Reaktionen nach Malariabehandlung kommt vor, besagt aber prognostisch wenig¹⁾. — Das Krankheitsbild der juvenilen

¹⁾ *Plaut* ist inzwischen auf Grund einer ausgedehnten Sammelfor-

Paralyse erweist sich im allgemeinen gegen die Fiebertherapie als refraktär. — Was die Ergebnisse der Impfmalaria bei Tabes anbelangt, so stellt sich hier offenbar ein besonders dankbares therapeutisches Feld nicht dar, wenn wir die Infektionsbehandlung der Tabes auf die Fälle beschränken müssen, die sich gegen die spezifische Therapie refraktär erweisen. Wenig zweckmäßig erscheint es, ältere Fälle mit Malaria zu behandeln. Optikusaffektion wird am besten von der Malariabehandlung ausgeschlossen. Besserung der Pupillenreaktion trat in keinem Fall ein. Etwas günstiger ist es um die Blasen- und Mastdarmstörungen bestellt. Besserungen des Liquorbefundes wurden zwar erreicht, aber dieser wird meist nicht völlig negativ. Eine spezifische Kur der Tabes nach vorausgegangener Infektionstherapie scheint bessere therapeutische Erfolge zu zeigen.

Gegenüber der Rekurrensbehandlung hat die Malaria den Vorteil leichterer Beherrschbarkeit des Krankheitsbildes durch Chinin, größere Regelmäßigkeit und Konstanz in der Zahl der zu erwartenden Fieberanfälle. Die Malariatherapie hat aber den Nachteil, ausschließlich auf Menschenpassagen angewiesen zu sein, während die Rekurrens ziemlich leicht konserviert und auch unabhängig vom Kranken jederzeit beschafft und erhalten werden kann. Da sich im allgemeinen bei Rekurrens lange Pausen zwischen Fieberanfälle einschieben, fühlt sich der Kranke weniger angegriffen und hat sich gewöhnlich von einem Anfall bereits wieder erholt, wenn der nächste auftritt, wodurch auch Herz und Gefäßsystem weniger in Anspruch genommen werden. Immer noch bleibt es zweifelhaft, ob der Malaria oder der Rekurrens der größere Heilwert und die größere Zahl von Erfolgen zukommt. Jedenfalls möchten die Verf. die Rekurrens nicht missen. Ist die Remission nach Malariabehandlung unvollkommen oder setzt ein Rückfall nach kürzerer Zeit ein, so impft z. B. *Kihn* den Kranken regelmäßig mit Rekurrens nach. Ebenso ist dies zu empfehlen, wenn schon bei der ersten Kur das Malariafieber spontan ohne Chinin zum Stillstand kam, pflegen doch Zweitimpfungen mit Malaria in solchen Fällen nicht anzugehen. — In solchen Paralysefällen, die körperlich irgendwie gefährdet sind, wendet *Kirschbaum* neuerdings Malaria quartana mit gutem Erfolg an.

Über Behandlung mit japanischem Rattenbißfieber (Sodoku) liegen weitgehende klinische Erfahrungen noch nicht vor, doch scheinen Remissionen damit möglich zu sein. Unter 10 Impfungen von durchweg fast hoffnungslosen Fällen beobachtete *Kihn* zwei ganz deutliche Teilremissionen, darunter befindet sich ein Fall von Paralyse auf kongenital-luetischer Basis. *Plaut* und *Lange* gewannen nicht den Eindruck, daß das Sodokufieber die Kranken weniger gefährdet als etwa Malaria oder Rekurrens. Delirante Formen sind von der Sodokubehandlung auszuschließen. In höherem Lebensalter ist Vorsicht am Platze.

Hinsichtlich des Wertes der Proteinkörpermethoden sind auch bei der Paralyse zweifellos gewisse Erfolge zu erzielen, jedoch halten

schung, die er anlässlich des von ihm auf der Jahresversammlung in Breslau 1931 erstatteten Referats veranstaltet hat, zu einer weit günstigeren Einschätzung der prognostischen Bedeutung der Blut- und Liquorbeeinflussung bei der Paralyse im Gefolge der Infektionstherapie gelangt (Diese Zeitschrift, Band 95, Seite 360—380, 1931).

sich diese sicher weit hinter den Ergebnissen der Infektionsbehandlung, insbesondere wenn die Vakzine oder Proteine isoliert zur Anwendung kommen. In solchen Fällen scheint eine Kombination mit Salvarsan und Wismut unbedingt erforderlich zu sein. Aber auch diese unspezifischen Methoden werden in der Infektionstherapie als Hilfsmethoden ihren Platz behaupten. Was die klinischen Erfolge bei Tabes mit der Proteinkörper- und Vakzinetherapie anlangt, so verdienen diese Methoden zweifellos ernste Beachtung, da sie den Kranken nicht in dem Maße gefährden, wie es bei der Infektionstherapie der Fall werden kann. Bei der Tabes scheinen die weniger energischen und eingreifenden Verfahren im allgemeinen größere Aussichten und Erfolge zu bieten als sehr intensive therapeutische Maßnahmen, die sich innerhalb einer kurzen Zeitspanne abspielen. Die Regel soll sein, die Tabes in erster Linie durch nicht zu intensive, aber zielbewußte und lange fortgesetzte Behandlung zum Stillstand zu bringen.

Über die Behandlung mit Spirochätensuspensionen, von denen *Sagel* günstige Einwirkungen auf den Heilverlauf sieht, ebenso über Impfungen mit Frambösie und den Spirochäten der Spitzmaus sind die Erfahrungen noch nicht abgeschlossen.

Der 8. Band bringt ferner eine Darstellung der arteriosklerotischen (a.) Psychosen von *F. Stern*. *St.* beschreibt die habituellen psychischen Störungen der a. Hirndegeneration: Frühsymptome und a. Demenz, ferner als Spezialtypen: die postapoplektischen Psychosen, die sog. Verwirrheitszustände, die paralyseähnlichen Psychosen, die Encephalitis subcorticalis und die Pseudobulbärparalyse und endlich als Akzidentalpsychosen: die depressiven und manischen Zustände und die paranoiden Syndrome. Zur Diagnose einer a. Psychose genügt der Nachweis einer peripheren Arteriosklerose (A.) nicht allein. Bei vorhandener peripherer A. soll man eine a. Psychose nur diagnostizieren, wenn sich Zeichen eines organischen Hirnprozesses im Sinne von Herderscheinungen oder eine Demenz, wenn auch leichten Grades, Merk-, Gedächtnisstörung, Apathisierung, Schwerfälligkeit des Gedankenablaufes feststellen lassen und die Merkmale einer andersartigen organischen Gehirnerkrankung fehlen. Die Diagnose ist auch gerechtfertigt, wenn die A. eine besonders starke ist, die genaue Untersuchung keine Zeichen eines andersartigen Hirnleidens ergibt und die Psychose etwa jenseits des 50. Lebensjahres auftritt. Oft kann überhaupt erst der Verlauf die Diagnose sichern. Wichtig ist, daß auch schwerste Hirne Arteriosklerosen bei geringer peripherer A. und vor allem auch bei fehlender Blutdrucksteigerung auftreten können. In der Mehrheit freilich besteht bei den a. Hirnerkrankungen Blutdrucksteigerung. Gelegentlich gelingt es bei schweren Fällen, die verkalkten Hirnarterien im Röntgenbild festzustellen. Wichtig ist der Befund von Netzhautarteriosklerose wie von Gehörstörungen. Mehrfach sind tumorartige Symptome, selbst vorübergehende Stauungspapille beobachtet worden. *St.* bespricht die klinische Abgrenzung von Neuroasthenie bzw. anderen funktionellen Neurosen wie von syphilitischen endarteritischen Erkrankungen bzw. Paralyse; echte reflektorische Pupillenstarre erkennt *St.* bei rein a. Erkrankungen nicht an. Sehr schwierig ist oft die Abtrennung der a. von den senilen Psychosen, da ja auch letztere fast immer mit leichten Gefäßveränderungen verbunden sind. Einwand-

frei zeigt das amnestische Syndrom seine senile Natur dann, wenn damit sinnlose Kritiklosigkeiten verbunden sind. Um senile Demenz handelt es sich, wenn ohne wesentliche Mitwirkung von Kopfschmerzen und Schwindelerscheinungen u. dgl. eine einfache Demenz mit besonders hervortretender Merkschwäche eintritt, während Affektivität und Urteilsfähigkeit in verschiedener Weise gestört, in höherem Grade aber alle intellektuellen Funktionen tiefgehend alteriert sind. Dagegen sind bei A. auch bei tiefergehenden Merk- und Gedächtnisstörungen einzelne Urteilsleistungen auffallend gut, wenn auch auffallende zeitliche Schwankungen der Störungen vorkommen und wenn das Syndrom durch einzelne Herdsymptome kompliziert ist — insbesondere wenn die Erkrankung im Präsenium auftritt. Die Behandlung der A. kann nach *St.* nur eine symptomatische sein: vernünftige Regelung des Lebensregims, Maßnahmen gegen den Hochdruck. Mit A. behaftete Pykniker müssen ein besonders vorsichtiges, möglichst alkohol- und nikotinfreies Leben führen. Pseudo-neurastheniker mit erhöhtem Blutdruck sollen vor allem die Flüssigkeitszufuhr einschränken und salzarme, trockene, vorwiegend vegetarische Kost genießen. In der Salzentziehung sieht *Volhard* eine Entlastungstherapie des hochgespannten Kreislaufes. Diese scheint auch bei Angstpsychosen auf a. Boden erfolgreich, wenn hoher Blutdruck besteht. Reichliche Darmentleerungen (Kuren in Kissingen usw.) hat *von den Velden* empfohlen. Bäderbehandlung soll nur mit großer Vorsicht angewendet werden, insbesondere sind Kaltwasser- und Hitzepezoduren zu vermeiden, weil die beim Normalen in diesem Falle folgende Blutdruckreaktion beim Arteriosklerotiker versagt. Bei starken Hochdruckbeschwerden kann Aderlaß sehr günstig wirken, darf aber nicht zu oft wiederholt werden. Unter den Medikamenten steht bei Hochdruck und anderen a. Erkrankungen das vielumkämpfte Jod immer noch an erster Stelle (*Romberg*), wobei natürlich die Gefahr des Jodismus, namentlich in Süddeutschland, zu beachten ist. Als blutdrucksenkend hat *Westphal* Rhodanpräparate und *Lewy* Pazyll empfohlen. Nitrite (Natrium nitrosum, Nitroglyzerin, Nitroskleran) haben bei den einfachen nervösen a. Erscheinungen Wert, sollen aber nicht dauernd, sondern nur symptomatisch bei angiospastischen Beschwerden angewendet werden. Sehr beliebt ist bei der Hirn-A. das Diuretin bzw. Kalzium-Diuretin (2—3 Tabletten täglich). Psychische Beruhigung und auch medikamentöse Sedation mit Luminalen erzielen Blutdrucksenkung. Im apoplektischen Insult wird der Eisblase nur eine symbolische Bedeutung zugeschrieben, *Stern* empfiehlt einen Aderlaß von 300—400 ccm. Lumbalpunktion ist hier gefährlich, ebenso Punktion des Blutergusses oder der Ventrikel. Das Schwergewicht der Behandlung der a. Psychosen liegt in den frühen Stadien, da in der rechtzeitigen Erkennung der den Ausfallerscheinungen vorangehenden scheinernervösen Symptome die Prognose des Falles zum größten Teil enthalten ist.

Runge: Die Geistesstörungen des Umbildungsalters und der Involutionszeit.

Das mittlere und höhere Lebensalter kann in drei durch besondere biologische Eigentümlichkeiten ausgezeichnete Phasen zerlegt werden: Klimakterium als Umbildungszeit der Generationsorgane mit ihren Folgeerscheinungen insbesondere beim weiblichen Geschlecht, die Involutions-

zeit, in welcher die eigentlichen Umbildungserscheinungen beendet sind und langsam die Altersrückbildungen einsetzen, und das Greisenalter, in dem diese Rückbildungserscheinungen gewissermaßen ihren Höhepunkt bzw. ihr Endziel erreicht haben. Zwischen diesen drei Phasen befinden sich fließende Übergänge. Die Beschwerdeerscheinungen des Klimakteriums sind weitgehend von der somatischen und psychischen Konstitution des Individuums abhängig, außerdem macht plötzlicher und vorzeitiger Eintritt des Klimakteriums z. B. durch Kastration stärkere Beschwerden als die allmähliche Entwicklung des Klimakteriums im entsprechenden Alter. Im äußeren Habitus ist in etwa ein Drittel der Fälle sich entwickelnder Fettansatz besonders an der unteren Körperhälfte bemerkenswert, ebenso Entwicklung von Haaren an Lippen, Kinn, Wangen; es kann auch zur Abnahme der Behaarung kommen. Als vasomotorische Erscheinungen sind Hitzegefühl, Wallungen nach dem Kopf, Schmerzen bei Druck auf die großen Arterien oder Venen, später auch spontane Oppressionsgefühle, Tachykardie, Blutdruckschwankungen charakteristisch. Der Kalzium- und Kaliumgehalt des Blutes findet sich bei kastrierten Frauen meist vermindert. Bald verläuft das Klimakterium nach dem Haupttypus der Hyperthyreose, bald nach dem der Hypothyreose. Die durch die vasomotorischen Erscheinungen gesetzten Mißempfindungen vermögen Angstgefühl auszulösen. Gelegentlich auftretende Steigerung des sexuellen Bedürfnisses wird als ursächliches Moment für die Entstehung psychischer Eigenarten und als Ursache der vorkommenden Schlafstörungen im Klimakterium angesehen. Astheniko-ptotische Frauen mit intersexuellem Einschlag reagieren auf das Klimakterium mit starken nervösen Empfindungen und psychischen Begleiterscheinungen (*Mathes*), pyknische Frauen mit eindeutiger sexueller Differenzierung überstehen das Klimakterium vielfach ohne Störung (*Wiesel*), nervöse psychopathische Konstitutionen neigen im Klimakterium besonders zu leichteren nervös-psychischen Abweichungen. Die häufigsten Formen der Abweichung sind leichtere depressive Verstimmungen; die Prognose der klimakteriellen nervösen Abweichungen ist im allgemeinen günstig. — Erscheinungen des männlichen Umbildungsalters sind nur bei einer erheblichen Minderzahl von Männern zu beobachten, da die Keimdrüsenfunktion in der Regel in diesen Jahren überhaupt nicht aufhört, sondern höchstens geringer wird. Die Wechseljahre haben für den Mann bei weitem nicht die Bedeutung wie für die Frau. Immerhin zeigen sich im Alter von 47—57 Jahren bei Männern nicht selten Rührseligkeit, Weichheit, Energieschwäche, hypochondrische Verstimmungen, Reizbarkeit und Merkfähigkeitsabnahme (*Mendel*); hierbei Umwandlung des äußeren Habitus (Fettansatz, Glatzenbildung, nervöse Erscheinungen). Nach *Bleulers* Ansicht tritt bei sonst gesunden Männern leicht um das 60. Jahr herum eine melancholische Verstimmung mit Arbeitsschwierigkeit auf, welche eine günstige Prognose hat. Der Verlauf des Klimakterium virile ist nach *Mendel* ein allmählicher und erstreckt sich auf drei Jahre und länger. Therapeutisch werden neben Fiebertherapie Organpräparate empfohlen: Spermin-Poehl, Testogan, Juvenin subcutan.

An die Umbildungszeit schließt sich vom 50.—60. oder 65. Jahre die Rückbildungs-(Involutionen)zeit an, die dann ins Greisenalter übergeht. Hier pflegt neben dem Nervensystem auch das Gefäßsystem

regressive Veränderungen zu zeigen, und zwar handelt es sich um Nachlassen der produktiven Fähigkeiten bei Erhaltenbleiben der reproduktiven, um verhältnismäßiges Nachlassen der Merkfähigkeit gegenüber dem Erhaltenbleiben der Erinnerungsfähigkeit für frühere Zeiten, Nachlassen der Intensität der Affekterregungen neben unveränderter Stärke oder auch allmähliches Nachlassen der Willensstrebungen. Hypochondrische Komplexe ergeben sich aus der offenbar nicht seltenen Wahrnehmung von Organveränderungen infolge des Alterns; für die häufige paranoide Färbung macht man die zunehmende Vereinsamung mancher Persönlichkeiten, das zunehmende Nichtverstehen moderner Lebensformen und Lebensäußerungen der Umwelt bis zu einem gewissen Grade verantwortlich.

Was die Psychose des Umbildungsalters und der Involutionszeit betrifft, so erklärt *Runge*, daß sich ein direkter kausaler Zusammenhang zwischen ihnen und den genannten biologischen Vorgängen nicht sicher beweisen läßt. Noch ist es nicht möglich, die Psychose des Klimakteriums und der Involutionszeit getrennt voneinander zu besprechen. Es ist festgestellt, daß insbesondere im Umbildungsalter des Weibes die Zahl der geistigen Erkrankungen eine Zunahme erfährt, jedoch wohl fast immer im Zusammenhang mit einer schon vorher vorhandenen Anlage (*Bumke*). Im Vordergrund stehen die Depressionszustände. Auch bei manisch-depressivem Irresein nehmen die depressiven Anfälle mit zunehmendem Alter und besonders im Klimakterium zu. Häufig macht sich im Verlauf der Melancholie des Umbildungs- und Rückbildungsalters ein schwerer körperlicher Verfall bemerkbar, besonders bei den mit schwerer Angst verbundenen Formen. Oft verbindet sich die das Bild der Melancholie in mehr oder weniger reiner Form darstellende einfache Form der Depressionszustände mit hypochondrischen Ideen und psychogenen Reaktionen, aber auch mit paranoiden Beimischungen (Versündigungs-, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen). Eine Gruppe komplizierterer Formen ist durch starke ängstliche Erregung gekennzeichnet: agitierte Melancholie oder Angstmelancholie der Autoren. Phantastische und oft abenteuerliche Formen nimmt die ängstliche Wahnbildung beim depressiven Wahnsinn an: ganz unsinnige hypochondrische Ideen, oft fortschreitende Verblödung mit ängstlichen Ausdrucksbewegungen. Eine andere hierher gehörige Form hat *Meadow* als erstarrende Rückbildungsdepression beschrieben, bei der gewisse katatone Züge stärker hervortreten, während schon anfängliche Defekte der Affektwerte zu beobachten sind (54.—57. Jahr). Hier bereitet die Abgrenzung gegen die Schizophrenie gelegentlich Schwierigkeiten. Bei diesen Depressionszuständen des Umbildungsalters und der Involutionszeit ist die Selbstmordgefahr außerordentlich groß; wegen der nicht ganz seltenen Dissimulation ist hier besondere Vorsicht geboten. — Das spezifische Mittel bei den Angstzuständen und agitierten ängstlichen Erregungen ist die Tinktura Opii simplex 3mal 10—30 Tropfen, bzw. Pantoponinjektion. Vor Dilaudid wird gewarnt. Bei heftigen Erregungen Dauerschlafbehandlung mit 2—3mal täglichen Gaben von 0,1—0,2 Luminal, 0,2—0,3 Noktal, 0,1—0,2 Curral, 0,1—0,2 Dial usw. abwechselnd verabfolgt, eventl. Injektionen von 0,1 bis 0,2 Dial, 0,1—0,2 Luminalnatrium, 0,2—0,3 Pernokton, bei nicht zu heftigen Erregungen Dauerbäder; bei schizophrenen Erregungszuständen empfahl *Kretschmer* Klysmen von Avertin (Avertineinlauf mit etwas

Schleimzusatz und ohne vorherige Darmspülung, bei empfindlichen Patienten — speziell bei Pyknikern — Kombination mit anderen Schlafmitteln bei herabgesetzter Avertindosis). Wegen der lebensgefährlichen motorischen Unruhe agitierter Melancholiker sind zuweilen Skopolamin-injektion oder höhere Dosen der genannten Mittel nötig. *Runge* gab auch unter regelmäßiger Kontrolle des Blutzuckergehaltes bei Nahrungsverweigerung kleine Dosen von Insulin, kann aber über den Erfolg noch nichts sicheres berichten. Beim Vorhandensein klimakterischer Beschwerden oder Erscheinungen schienen Ovarialpräparate bzw. bei Männern Testogan und Juvenin günstig zu wirken. Psychotherapeutische Beeinflussung und Arbeitstherapie werden gerühmt.

Nicht so zahlreich wie die Depressionszustände sind in dem in Rede stehenden Alter die paranoiden Erkrankungen, die ebenfalls bei den Frauen überwiegen und meist im Alter von 40—55 Jahren eintreten. Häufig handelt es sich hier um jahrelang alleinstehende, sexuell unbefriedigte Personen in abhängiger schwieriger Stellung. Die am schärfsten umrissene Form ist die Involutionsparanoia von *Kleist*: Wahnvorstellungen, Erinnerungsfälschungen, Mißdeutungen von Wahrnehmungen, Illusionen, Erschwerung des Denkens in Form von Denkhemmung, aber auch mit Ideenflucht. Allmählicher Beginn, außerordentlich langsamer und schleichender Verlauf, Ausgang in dauernde geistige Invalidität ohne eigentliche Demenzsymptome (*Lange* sah zwei Fälle von Involutionsparanoia in Genesung übergehen).

Runge: Die Geistesstörungen des Greisenalters.

Im normalen Greisengehirn geht die bereits früher einsetzende Atrophie und allmähliche Abnahme des Gehirngewichtes im 7. Dezennium etwas rascher vor sich; auch unter normalen Verhältnissen kommt es also im Alter zu einem Schwund der Hirnsubstanz, welcher unter pathologischen Bedingungen wesentlich höhere Grade annimmt. Beide Male handelt es sich um die gleichen Umwandlungen an den Nervenzellen, der Neuroglia und den Markscheiden des Gehirns. Bei normalen Greisen und senildementen Individuen kommen die senilen Plaques vor, bei letzteren nur in größerer Zahl und Regelmäßigkeit. Die sehr häufigen regressiven Umwandlungen an den Gefäßen gehen selbständig neben den Veränderungen des nervösen Gewebes einher, ohne daß letztere unbedingt von ersteren abhängig zu sein brauchen. Für ein pathologisches seniles Gehirn sprechen quantitativ die Veränderungen und die größere Umwandlung des Gewebes. Bei den psychologischen Untersuchungen normaler Greise finden sich Abnahme der Aufnahme- und Merkfähigkeit, Erstarrung des Gedankenganges, Einengen der Gefühlsbeziehungen, Erlahmen der Tatkraft und Willensstrebung, Ausbildung störrischer Unlenksamkeit, Aufhören der produktiven Fähigkeiten, Mangel an dem Vermögen, sich gedanklich und affektiv umzustellen und Neigung zu Mißtrauen. *R.* zweifelt daran, ob die Symptome der einfachen senilen Demenz nur eine quantitative Steigerung der normalen psychischen Alterserscheinungen sind und erhofft weitere Befunde auf anatomisch-histologischem Gebiet, auf dem des Stoffwechsels, der vegetativen Funktionen und auf Grundlage bestimmter hereditärer Verhältnisse. Daß manisch-depressive Anfälle, schizophrene Zustände, die Paralyse im Alter eine spezifische senile Färbung annehmen, hat *Bumke* hervorgehoben.

Die im Greisenalter auftretenden Geistesstörungen zerfallen in der Hauptsache in senile, die unmittelbar mit dem Altersverfall des Gehirns in Zusammenhang stehen, und in solche, die auch in den übrigen Lebensaltern mehr oder minder häufig vorkommen, aber durch das Greisenalter eigentümliche charakteristische Züge erhalten. Für das Zustandekommen der senilen Demenz scheint Erblichkeit in dominanter Form vorzuliegen, eine gewisse konstitutionelle Minderwertigkeit des Nervensystems ist für ihre Entstehung von Bedeutung. R. beschreibt ausführlich die Erscheinungen der einfachen senilen Demenz. Neben den Grundsymptomen finden sich akzessorische Symptome (Sinestäuschungen), namentlich solche des Gehörs, die recht oft in Verbindung mit leichten Bewußtseinstrübungen vorkommen, und Wahnvorstellungen, besonders solche der Eigenbeziehung, der Beeinträchtigung und Verfolgung, gelegentlich auch Größenideen. Episodische Bewußtseinstrübungen, auch dämmerartige Zustände, sind nicht ganz selten; häufig sind delirante Episoden und länger dauernde Verwirrheitszustände mit nächtlicher Unruhe. Die Unruhe kann Erschöpfungszustände mit Herzschwäche hervorrufen. Zu warnen ist vor Anwendung starker Beruhigungs- oder Schlafmittel, nach denen es oft überraschend schnell zu tödlicher Bronchopneumonie kommt. Häufig kombiniert sich die senile Demenz mit Hirnarteriosklerose. Die Abgrenzung beider Krankheiten voneinander ist oft schwer. Bei der zerebralen Arteriosklerose sind die intellektuellen Leistungen oft zeitweilig gesteigert, der Kern der Persönlichkeit ist lange erhalten; Angstzustände sind sehr häufig. Bei der Bewertung des Nachweises peripherer arteriosklerotischer Veränderungen, Blutdrucksteigerung usw. ist bezüglich der Annahme einer zerebralen Arteriosklerose Vorsicht nötig; zerebrale Arteriosklerose kann auch trotz des Fehlens eindeutiger peripherer arteriosklerotischer Symptome vorliegen. Neuerdings sah R. auch bei Greisen bis über 70 Jahre hinaus progressive Paralyse; positive Wassermannsche Blutreaktion genügt natürlich nicht zur Feststellung; Lues cerebri tritt durchweg in jüngerem Alter auf. — Sodann wird die zuerst von *Wernicke* beschriebene Presbyophrénie besprochen: stärkere Ausprägung des amnestischen Syndroms, schwere Störung der Orientierung über Zeit, Ort und Umgebung; die geistige Regsamkeit und im ganzen auch die Ordnung des Gedankenganges gut erhalten, Neigung zu Konfabulationen, Affektlage meist heiter und zufrieden, seltener gereizt, körperliche Hinfälligkeit und Zeichen größerer Hirnstörungen bei Presbyophréne weniger ausgeprägt, eventuell aphasische Symptome. — Von psychotisch ausgebauten Sonderformen der senilen Demenz sind die depressiv gefärbten Fälle häufig, nicht selten verbunden mit nihilistischen Ideen, Gehörs- und Gesichtstäuschungen und starker Selbstmordneigung. Größere Schwierigkeiten kann die Differentialdiagnose gegenüber den Melancholien des Involutionalters und den Depressionen bei der Arteriosklerose des Gehirns bereiten. Viel seltener als depressive sind manische Episoden bei der senilen Demenz; nicht selten kommen bei der senilen Demenz paranoide Beimengungen und auch paranoide Zustandsbilder vor. Letztere sieht man besonders häufig bei schwerhörigen Kranken. Gelegentlich tauchen Größenideen auf, auch Eifersuchtsideen, Gehörstäuschungen, Geruchs- und Geschmackshalluzinationen. Der Affekt ist meist ein mißtrauischer, oft ein hochgradig gereizter. Allmählich steigern sich auch bei den paranoiden Formen die Erschei-

nungen der Demenz, während die paranoiden Ideen und die Halluzinationen verblassen. — Es folgt eine ausführliche Beschreibung der Alzheimer'schen Krankheit, deren Verlauf meist schleichend ist, aber auch schubartig zu den schwersten Veränderungen führen kann; Krankheitsdauer einige Jahre, aber auch länger. — Endlich wird die Picksche Krankheit beschrieben: eine umschriebene senile Hirnatrophie der Stirn- und Schläfenlappen, die auch jede für sich befallen sein können. Oft beginnt die Picksche Krankheit im Senium, aber auch frühzeitigerer Beginn ist bekannt. Bei dem Krankheitsbild gehen die Gebilde und Leistungen verwickelterer Art, ja das gesamte Verstandesleben, zugrunde; der Untergang macht bei den eingeschliffenen und daher widerstandsfähigen Komplexen Halt und verschont die Ein- und Ausgangswege des Seelischen, die Zentren und die Stammganglien (Sterz). Besondere Erscheinungen von Aphasie (Sprachverödung) kommen vor. Nach jahrelangem Verlauf kann die Krankheit ein stationäres Stadium erreichen. Der Tod erfolgt, wie überhaupt bei den Senilen, meist durch interkurrente Krankheiten. — Zum Schluß beschreibt R. noch einige seltenere organische Psychosen im Senium oder Präsenium, welche von anderen senilen Veränderungen ganz abweichende anatomische Befunde zeigen.

Grubler: Epileptische Reaktionen und epileptische Krankheiten.

Verf. unterscheidet erstens die genuine, besser idiopathische oder essentielle Epilepsie, bei der freilich die Symptome nicht etwa alsbald nach der Geburt erscheinen müssen, sondern in allen Lebensaltern ungefähr bis zum 40. Lebensjahr einsetzen können (konstitutionelle Form), und zweitens die symptomatische Epilepsie, bei der ein anderes Grundleiden bekannt ist (erworbene Form).

Bei der genuinen Epilepsie wird die direkte Belastung durch elterliche E. meist als relativ gering angegeben — zwischen 4,2 und 15,6%. Forscht man nach dem Vorkommen der E. in der weiteren Verwandtschaft, so erhöhen sich die Zahlen und stehen zwischen 10,1 und 26,8%. Degenerationszeichen finden sich bei Epileptikern häufiger als bei Normalen. Der Prozentsatz der Aufnahmezahlen an E. betrug in der Heidelberger psychiatrisch-neurologischen Klinik 1913 3,13% (Minimum) und 1924 5,75% (Maximum). Nachts finden sich mehr größere Anfälle als tags. Der Ausbruch der genuinen E. erfolgt zu 25,9% im 1. Lebensjahrzehnt — unter Bevorzugung des 1. Lebensjahrs. Vom 10.—20. Lebensjahr werden die Zahlen beträchtlich höher. Durch das Geburtstrauma und die Kopfgeschwulst gesetzte Blutungen (besonders Riß der vena terminalis) und Erweichungen bzw. Ansaugungsblutungen werden für die Entstehung der E. verantwortlich gemacht. Jedenfalls befindet sich unter den angeblich genuinen Epilepsiefällen eine Anzahl solcher, die nicht idiopathisch, sondern Hirnherdfälle durch Geburtstrauma sind. Auch die Enzephalitis der ersten Lebensmonate ist oft die Ursache scheinbar genuiner E. Mehrfach gelten solche Fälle lange Zeit für genuine, bis Verschlimmerung mit lokalen Anzeichen oder Status epilepticus zum Eingriff zwangen, der einen Tumor, eine Narbe oder Zyste ergab. Wengleich die Rolle der Lues als Ursache der E. überschätzt wird, gibt es sicher eine sekundär-luetische E., die sich von der genuinen kaum unterscheidet. Die Differentialdiagnose der Kinderkrämpfe ist recht schwer. Es gibt kein Kennzeichen für den genuinen

Charakter einer E. Die Annahme, symptomatische Formen hätten keine Äquivalente, läßt sich nicht aufrecht erhalten. Die Diagnose einer genuinen E. ist stets eine Diagnose per exclusionem. Unter diesem Vorbehalt faßt G. das Wesentliche der genuinen E. zusammen, beschreibt die Anfälle und deren Vorzeichen; die Pupillen sind hier oft keineswegs immer richtig starr, das Babinskische Zeichen ist oft, aber keineswegs immer festzustellen und überdauert gelegentlich einen Anfall noch kurz, selten stundenlang. Im allgemeinen kommt der Anfall ohne äußeren Anlaß, aber auch ein heftiger Affekt kann die Blutfüllung des Gehirns stark alterieren und als Reiz einen Krampfanfall veranlassen. Zur künstlichen Auslösung von motorischen Anfällen behufs Differenzialdiagnose zu organischen und psychogenen Anfällen werden Carotidenkompressionen (30 Sekunden), faradischer Strom, an beliebigen Körperstellen Kokaineinspritzung, Nebenniere substanz und Hyperventilation durch langes lebhaftes Einatmen von verschiedenen Autoren vorgeschlagen. Die Differentialdiagnose soll nicht lauten: hysterisch oder epileptisch, sondern psychogen oder organisch. Das Einnässen kommt beim psychogenen Anfall nur dann vor, wenn es sich um Bettnässer (Kinder) oder um absichtliche Täuschungsabsicht handelt. Die Pupillen eines krampfenden Kranken sind oft schwer zu beurteilen; sehr enge, fast starre Pupillen kommen auch bei Morphinisten und Säufern vor. Die engen Pupillen der alten Leute sind oft schwer auf Lichtreaktion zu prüfen, die sehr weiten, praktisch lichtstarrten Pupillen sind abgesehen von Giftwirkungen häufig Angstpupillen beim affektbedingten psychogenen Anfall. Der Epileptiker pflegt Bewußtseinsstörung eher zu beschönigen, während der Psychopath gern und ausführlich alles wichtig nehmend berichtet. Ohnmachten, Gemütsstimmungen, längere Bewußtlosigkeiten können als Äquivalente neben den großen motorischen Krämpfen vorkommen, mit jenen alternieren und sie ersetzen bzw. vertreten. Nur recht selten haben die Kranken nur eine Anfallsform, fast immer treten zu den größeren Anfällen noch diese oder jene Äquivalente hinzu. Eine kurze Geistesabwesenheit (absence) wird vom E. selbst oft kaum bemerkt und fällt nur der Umgebung auf. Beim Dämmerzustand handelt es sich um die Abspaltung der einen Bewußtseinsreihe von einer anderen; in beiden Situationen kann an sich Klarheit und Folgerichtigkeit von Denken und Handeln vorhanden sein, beide hängen aber bewußtseinsmäßig nicht miteinander zusammen. Da aber im Ausnahmezustand oft eine Trübung der Bewußtseinsstelle besteht, die über die leichte Benommenheit zur Verwirrtheit und schließlich zur Bewußtlosigkeit führt, hat man das Phänomen der Benommenheit auch Dämmerzustand genannt. Der echt organisch-epileptische Dämmerzustand im Sinne des alternierenden Bewußtseins bleibt ohne Erinnerung, wie die großen motorischen Anfälle und die traumatische Amnesie. Die Dauer der epileptischen Dämmerzustände schwankt zwischen Stunden und Tagen, beträgt jedoch nicht Wochen; bei wochen- oder monatelangem Ausnahmezustand handelt es sich wahrscheinlich um psychogene Alterationen. Das Verhalten des e. Dämmerzustandes ist oft religiös. Es finden sich auch Ekstasen und vereinzelte Größenideen, ebenso Angst, Sinnestäuschungen, Gewalttätigkeiten gegen sich selbst, sinnloses Weglaufen, déjà vu.

Neben dem Dämmerzustand ist die endogene e. Verstimmung von großer Wichtigkeit. Daß die Dipsomanie von einer e. Verstimmung

ausgehe, hält G. nur zum Teil für richtig. Zwar gäbe es sichere Epileptiker, die Dipsomanen sind, aber es gäbe Dipsomanen, die sicher keine Epileptiker sind. Merkwürdigerweise bleibe der eine E. trotz großer und gar nicht so seltener Anfälle geistig intakt, und der andere verblöde binnen weniger Jahre bis zur hochgradigen Demenz; warum? ist unbekannt. Der Grad der Demenz ist ganz verschieden, ihr Hauptkennzeichen die apperzeptive Schwäche, welche eine sehr langsame schwerfällige Reaktion zur Folge hat. Die Ausdrucksweise ist mühevoll, umständlich. Viele E. sind nicht nur fromm, sondern frömmelnd, selbstzufrieden; leichte Fälle von dementer E. zeigen zunehmende Reizbarkeit; es gibt aber Fälle, in denen diese, ja jede Charakterveränderung fehlt. Berechtigt ist es, eine demente und eine nicht demente Form der genuinen E. voneinander zu unterscheiden. — Die umschriebenen Sklerosen im Ammonshorn sind Ergebnis wiederholter Kreislaufstörungen (Ischämien). Daß sich diese gerade hier auswirken, hängt mit der Blutversorgung dieser Gebiete zusammen. Diesbezüglich hat *Spielemeyer* gesagt, wir kennen die Anatomie der e. Anfälle, nicht die des e. Leidens. — Nach der heutigen Gutachterpraxis gibt es keine Unfall-, keine Schreck-, keine Erschöpfungs-, keine Kriegs-E., die eigentlichen Kopfverletzungen natürlich ausgenommen. — Die Kriminalität der E. ist vorwiegend eine Affekt- und Alkoholkriminalität. Allgemein wird heutzutage anerkannt, daß auch der echte pathologische Rausch der Verantwortlichkeit enthebt.

G. gedenkt dann der Grenzgebiete der E. gegen die sog. Nervenleiden: Migräne, Tetanie, Myoklonie, und gegen die psychogenen Zustände. Den Ausdruck Hysteroepilepsie soll man meiden, wenngleich es genuine E. gibt, die psychogene Symptome aufweist, insbesondere gesteigerte Expressivsymptome. Gelegentlich trifft man Hysteriker, die einen e. Anfall gut vortäuschen können. Die Anfälle der sog. Affekt-E. rechnet G. nicht der E. zu, ebenso nicht die epileptoiden Psychopathen. Der epileptoide Psychopath ist ein vom Durchschnitt in dem Sinne abweichender Typus, daß er als Kind verlängertes Bettnässen und Pavor aufweist, später dauernd oder zeitweise keinen Alkohol verträgt und unter endogenen Symptomen verschiedener Art: Verstimmungen (oft mit Gewalttätigkeiten, auch mit sexuellen Brutalitäten), Schwindelzuständen, poriomatischen, dipsomanischen Attacken leidet. Jedenfalls gibt es alle Übergänge von der echten E. mit Quartalssaufen bis zu den reinen Psychopathen mit Dipsomanie ohne alle e. Symptome im engeren Sinne recht häufig. Selten sind auch echte E. mit impulsivem Wandertrieb, reine Psychopathen ohne alle e. Symptome nur mit Wandertrieb kommen vor. Die meisten Poriomänen sind zu den epileptoiden Psychopathen zurechnen. Die Narkolepsie faßt G. nicht als eigene Krankheit auf, sondern als einen Symptomenkomplex bei recht verschiedenen Zuständen. Was den Körperbau der E. anbelangt, so ist dieser recht oft dysplastisch, während der der epileptoiden Psychopathen häufig athletisch gefunden wurde (*Ilse Graf*).

Die Zahl der Beobachtungen symptomatischer e. Anfälle hat sich auf Kosten der genuinen Form gemehrt, ist doch der e. Anfall Symptom der Reaktion gewisser motorischer Apparate des Hirns auf mannigfaltige, direkte oder indirekte Schädigung bei diffusen Hirnerkrankungen, gumöser Meningitis, Gefäßlues, reiner Paralyse oder Mischung von Gefäßlues und Paralyse, eingeborener Lues der Kinder. Vereinzelt e. Anfälle werden

bei den verschiedensten Infektionskrankheiten beobachtet. Besonders krampf-erzeugend wirken Alkohol, Bromkampher, Absynth, Urämie, Diabetes. Allgemeine Arteriosklerose des Gehirns kann zu e. Anfällen führen, ebenso können dies Tumoren, enzephalitische Herde und Schädeltumoren. Bei über 10% von Schuß-E. war die motorische Region des Gehirns der Sitz des Herdes. Seltenerweise kommen auch bei der Jackson-E. Äquivalente vor, die sich von denen bei genuiner E. nicht unterscheiden; demnach ist die oft vertretene Meinung, daß die Äquivalente eine Eigentümlichkeit der genuinen E. seien, unrichtig! Was die traumatische E. anbelangt, so sah man e. Anfälle nach stumpfem Trauma, Steckschuß oder Durchschuß auftreten, seltener sogleich, häufiger nach Jahren, ja nach mehr als einem Jahrzehnt. Nach *Béhague* waren unter 162 schweren Schädelverletzten 23% E. geworden, zur kleineren Hälfte mit Jackson-Typ, zur größeren mit allgemeinem Typ. Von 100 traumatischen E. waren 55% in der Parietal-, 26% in der Frontal-, 10% in der Occipital- und 8% in der Temporalgegend verletzt, keine einzige E. fand sich bei Schädigungen des Kleinhirns. Von Komotionen mit deutlichen zerebralen Symptomen hatten 20% allgemeine e. Anfälle. Bei der Hirnschuß-E. kommen die Anfälle häufig nicht spontan, sondern auf starke sensible Reize oder anstrengende reaktive Bewegungen; zuweilen genügt nicht ein erstes Trauma, sondern erst eine erneute Schädigung (Hirnerschütterung) zum Ausbruch eines Jackson — die Möglichkeit einer Reflex-E. lehnt *G.* mit *Otto Mayr* nicht vollständig ab. — Zahlreiche Fälle sind bekannt geworden, in denen sich Schizophrenie und e. Symptome mischen.

Aufgabe der Therapie ist es, die Zahl der Anfälle herabzusetzen und leichter zu machen — gleichviel ob die E. nur scheinbar genuin, in Wahrheit aber Folge eines Geburtstraumas oder einer früheren Enzephalitis ist oder ob die Ursache ganz unbekannt bleibt. *G.* bespricht die Brombehandlung mit Herabsetzung der Kochsalzzufuhr, die Verwendung von Bor, deren Wirkung sich erst nach 2—3 Wochen zeigen soll, die Luminalbehandlung, die Ableitung auf den Darm, den Vorteil vegetabilischer Kost, das Harmin, die Anwendung von Xifal und gedenkt der operativen Behandlung (Lumbal- und Ventrikelpunktion, Balkenstich). Zuweilen hat eine einfache Schädelöffnung einen überraschenden Erfolg, teils infolge des Aderlasses bei der Operation, teils wohl infolge einer Druckänderung im Schädelinnenraum. Einfache Lückensetzung und Weichteildeckung hat oft gute Ergebnisse, wenn auch nicht für lange Zeit. Die Entstehung neuer Narben, die abermals krampfbildend wirken, ist eine große Gefahr bei allen Operationen, Erfahrungen mit Operationen der Hirnschuß-E. sind nicht gerade günstig.

G. Ilberg.

Lersch, Gesicht und Seele. Ernst Reichardt Verlag. München 1932. 168 S. mit 12 Tafeln. Brosch. RM. 6.50, Leinen RM. 8.50.

Die Beziehungen zwischen körperlichem Ausdruck und Seele (im weitesten Sinne des Wortes) sind bisher, abgesehen von älteren Versuchen, vornehmlich von der Graphologie her studiert worden. Wenn man jetzt auch andere Ausdrucksgebiete heranzieht wie *Lersch* im vorliegenden Werk den Gesichtsausdruck, wie im weiter unten besprochenen Buch den Gang, wie Ref. früher als kleines, beschränktes Gebiet Rhythmus und Takt — auch

die Sprache gehört in ihrem rhythmisch-melodischen Ablauf hierher —, so erscheint das trotz der vorhandenen recht erheblichen Schwierigkeiten um so wichtiger, als höchstwahrscheinlich in der Verschiedenheit des Ausdrucks der verschiedenen Gebiete wertvolle Hinweise auf das Innenleben zu suchen sind. Denn es scheint keineswegs so zu sein, daß man die Befunde des einen Gebietes einfach für ein anderes einsetzen kann; jedenfalls ist dem Ref. ein sehr bemerkenswerter Fall bekannt, bei dem sich erheblicher Mangel an rhythmischer Begabung mit mittlerem Rhythmus der Schrift verbindet. Das Ziel der Ausdruckspsychologie wird also sein müssen die Gesamtheit der Ausdrucksbewegungen des einzelnen zu untersuchen und zu versuchen, die Beziehungen der Ausdrucksgebiete zueinander, wie auch die ihrer Gesamtheit zum Innenleben festzustellen. Das ist zur Zeit indessen noch kaum möglich, schon deswegen, weil es sehr schwierig ist, die Ausdrucksbewegungen objektiv greifbar zu fixieren. Daher wird man sich notgedrungen zunächst einmal mit Untersuchungen einzelner Gebiete begnügen müssen.

L. beschäftigt sich im vorliegenden Buche mit dem Gesichtsausdruck. Er versucht unter Zuhilfenahme des Films, der ein ausgezeichnetes Mittel zur Festhaltung des bewegten Mienenspiels ist (dasselbe gilt für den Gang), einen möglichst weiten Ausschnitt aus der Fülle der mannigfachen Formen des menschlichen Mienenspiels aufzuzeigen. Dabei soll jedes Ausdrucks-geschehnis in vierfacher Hinsicht bestimmt werden, nämlich phänomenologisch, anatomisch-physiologisch, auf seine psychologische Bedeutung und auf den charakterologischen Sinn. Die psychologische Bedeutung liegt darin, daß bestimmt werden kann, welche Bewußtseinsinhalte (z. B. Zorn, Freude) es sind, für deren Aktualität jene mimischen Formen Zeichen sind. Unter Berücksichtigung des Verhältnisses Reiz: Reaktion kann dann weiter bestimmt werden, was das Vorkommen der fraglichen mimischen Form in der gegebenen Situation für die Eigenart des psychischen Gesamtverhaltens der Persönlichkeit bedeutet oder bedeuten kann.

In einem speziellen Teil werden dann in einer Reihe von Kapiteln die anatomischen Grundlagen des Mienenspiels, die mimischen Einzelercheinungen, die allgemeinen Modi des mimischen Geschehens (Ausdrucksfülle, Ausdrucksgrad, Bewegtheit des Mienenspiels, der habituelle Spannungsgrad des Gesichts, die Tiefe des mimischen Geschehens, der Innervationsverlauf) behandelt. 196 Aufnahmen ergänzen das wertvolle Werk.

Langelüddeke, Hamburg.

Peritz, Georg, Die Nervenkrankheiten des Kindesalters. Fischers Medizinische Buchhandlung. Leipzig 1932. 2. Aufl. Mit 178 Abbildungen. 688 Seiten.

Die erste Auflage dieses Buches ist bereits vor 20 Jahren erschienen. Seitdem hat sich in der Diagnostik, in der Auffassung der einzelnen Krankheitsbilder soviel verändert, daß man bei der vorliegenden zweiten Auflage ruhig von einem neuen Buche sprechen darf. *Peritz* hat es vermieden, Mitarbeiter aus anderen Gebieten heranzuziehen; er hat Recht daran getan. Denn mag auch das eine oder andere Kapitel etwas darunter leiden, so hat doch der einzelne Verfasser den Vorteil, daß er sich nicht widerspricht, daß der Guß des Buches keine Sprünge hat.

Im einzelnen ist zu sagen: *Peritz* hat an Stelle der Spasmophilie den Begriff der »spasmophilen Konstitution« geschaffen. Während er in der

ersten Auflage die Epilepsie unmittelbar im Anschluß an die Heredodegenerationen abgehandelt hat, hat er jetzt das Kapitel über Epilepsie unmittelbar hinter das über Spasmophilie gestellt, womit er im bewußten Gegensatz zur Mehrzahl der Forscher zum Ausdruck bringen will, daß die Epilepsie in den Formenkreis der spasmophilen Konstitution gehört. Er sieht namentlich im Angiospasmus das verbindende Moment zwischen beiden.

Bei der Gruppe der Psychopathien macht er den Versuch, sie auf der körperlichen und nervösen Konstitution aufzubauen; er findet unter den psychopathischen Kindern namentlich solche, die körperlich dem Status thymico-lymphaticus zuzurechnen sind; weiter erwähnt er den spasmophilen angiospastischen Typ, der zum Teil auch mit pastösem Habitus verbunden sein kann.

Als das Wichtigste sieht er die Konstitution des Nervensystems an, und hier sucht er die Vorgänge energetisch und in ihrer dynamischen Bedingtheit zu erklären, ohne jedoch die letzten charakterologischen Veränderungen der Psychopathen auf einfache energetische Vorgänge zurückzuführen.

Im Allgemeinen Teil werden die neuesten Untersuchungsmethoden besprochen, u. a. auch die Hautkapillarmikroskopie; ihren Ergebnissen steht er mit der gebotenen Vorsicht gegenüber. Etwas kurz weggekommen ist m. E. die »seelische« Entwicklung des Kindes bis über die Pubertätszeit hinaus; eine Ergänzung in dieser Richtung bei einer neuen Auflage wäre sehr zu begrüßen.

Im ganzen darf man das Buch mit seinen mancherlei Anregungen, geschrieben aus großer Erfahrung heraus, als eine wertvolle Bereicherung unserer Literatur ansehen.

Langelüddeke, Hamburg.

Hellmuth Bogen und *Otto Lipmann*, Gang und Charakter. Beiheft 58 der Zeitschr. f. angewandte Psychologie. Joh. A. Barth, Leipzig 1931. 122 S.

Dieses Buch, über das prinzipiell dasselbe zu sagen wäre, wie über das von *Lersch*, ist das Ergebnis eines Preisausschreibens über das obige Thema, wobei Beschränkung auf acht Druckseiten verlangt war. Aus 151 Arbeiten sind 20 ganz oder teilweise von den Herausgebern veröffentlicht und unter bestimmten Gesichtspunkten in mehrere Kapitel zusammengefaßt: I. Charakterologische Bedeutung der Gangkunde; II. Bestimmungsfaktoren des Ganges; III. Prinzipielles; IV. Die charakterologische Bedeutung von Einzelmerkmalen des Ganges; V. Typologie; VI. Zuordnung individueller Gangmerkmale zur Individualcharakteristik. Es ist fast selbstverständlich, daß ein so schwieriges Problem in kurzen Beiträgen nicht ausgeschöpft werden kann. Dennoch gibt die Zusammenstellung, an der Wissenschaftler und Nichtwissenschaftler, Philologen, Psychologen, Psychotechniker, Mediziner, Biologen, Ingenieure, Dramaturgen beteiligt sind, manchen interessanten Hinweis. Für den, der sich mit Ausdruckskunde befaßt, scheint mir das Buch mancherlei Anregung zu enthalten.

Langelüddeke, Hamburg.

Bibliographische Übersicht der Literatur aus dem Gebiete: „Geisteserkrankungen bei den Juden“.

Von

Dr. med. **Rafael Becker,**

Leiter des Privat-Sanatoriums für Nerven- und Gemütskranke in Otwock bei Warschau.

(Abgeschlossen 31. XII. 1931.)

I.

Abhandlungen, die das ganze Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten bei den Juden behandeln.

1. *Beadles, M.*, The insane Jew. »Journal of mental Science« 1900. Bd. 26. p. 731—737.
2. *Benedikt, Moritz*, On the insane Jew. (Als offener Brief an Dr. *M. Beadles.*) »Journal of mental Science« Juli 1901.
3. *Brosius*, Die Psychose der Juden. Vortrag, gehalten im »Psychiatrischen Verein der Rheinprovinz in Bonn« 15. XI. 1902.
Referat in »Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie«. Bd. 60. p. 269.
4. *Becker, Rafael*, Die jüdische Nervosität, ihre Art, Entstehung und Bekämpfung. Vortrag. Zürich, 1918. Verlag Speidel & Wurzel. 29 Seiten.

Dasselbe in polnischer Sprache übersetzt von Emil Presser unter dem Titel: Nerwowosé u Zydow, jej rodzaje, powstanie oraz zwalczanie. Lwow, 1923. Verlag »Snunit« (N. Siegel). 32 Seiten.

5. *Becker, Rafael*, Die Nervosität bei den Juden. Ein Beitrag zur Rassenpsychiatrie für Ärzte und gebildete Laien. Zürich, 1919. Verlag Art. Institut Orell-Füßli. 32 Seiten.

(4, 5) Zwei rassenpsychiatrische Studien über die jüdische Nervosität, von einem Juden geschrieben. Die Einstellung des Autors zum Stoffe hat überall auf die Darstellung eingewirkt und ihr eine subjektive Färbung gegeben. Sicherlich nicht zu ihrem Nachteil; denn sie ist lebendig und eindrucksvoll, ohne indes unwissenschaftlich zu sein. Dafür sorgen schon die vielen statistischen Daten, die dem Verfasser als Material und als Grundlage für seine Behauptungen dienen. Von diesen ist die wesentlichste: die Juden sind an den Geisteskrankheiten relativ stärker beteiligt als die anderen

Völker, unter denen sie leben. Und zwar an den Formen von angeborenem Schwachsinn, von senilen Demenzen, allen funktionellen Neurosen, den Psychosen, die endogen bedingt sind (manisch-depressives Irresein, Dementia Praecox, Paranoia), endlich an den durch Syphilis hervorgerufenen Psychosen, wie Paralyse und Hirnlues. An den Alkoholpsychosen und der Epilepsie ist der Anteil der Juden ein geringerer, und zwar deshalb, weil einerseits Alkoholismus unter den Juden überhaupt selten vorkommt, andererseits der ätiologische Zusammenhang zwischen alkoholischen Eltern und epileptischen Kindern festgestellt erscheint. Die große Anfälligkeit der Juden gegenüber den übrigen genannten Geisteskrankheiten ist auch nur eine scheinbare. Sie erklärt sich für die senilen Demenzen aus der durchschnittlich längeren Lebensdauer der Juden, für die Formen von angeborenem Schwachsinn und dgl. aus dem bekanntermaßen hochentwickelten jüdischen Familiensinn, der sich auch in der Sorge um die geistig minderwertigen Kinder bestätigt. Lediglich für die endogen-konstitutionell bedingten Psychosen und alle funktionellen Psycho- neurosen ist ein unbedingter prozentualer Überschuß bei den Juden zu konstatieren. Aber auch er darf nicht als Beweis für eine Rassendegeneration angesehen werden, sondern er ist eine Folge der besonderen Artung der jüdischen Psyche und ihrer Beeinflussung durch das Milieu. In diesem Zusammenhang gelangen die »seelischen Konflikte« als ätiologische Momente bei den Psychosen und Psychoneurosen zu ihrem Rechte.

Die psychischen Konflikte bei den Juden sind die Folge eines Minderwertigkeitsgefühls, das seinerseits aus ihren Lebensbedingungen hervorgeht, und zwar: Erstens und hauptsächlich durch die unnormale rechtliche Lage, die die Juden unter anderen Völkern einnehmen. Eine Lage, die allein schon seelische Konflikte hervorrufen kann. Zweitens, durch die aus dieser Lage resultierende Bevorzugung der für das Nervensystem schädlichen Berufe, und drittens durch das durch Bevorzugung dieser Berufe bedingte anormale geschlechtliche Leben der Juden.

Diese Sätze machen also die »jüdischen Komplexe« für die Häufigkeit der Neurosen bei den Juden verantwortlich. Wenn diese Auffassung auch auf Zustimmung rechnen darf, so scheint sie doch zu übersehen, daß die Neurose nicht rein aus philogenetischen Gesichtspunkten zu erklären ist, daß vielmehr zu ihrem Entstehen notwendig auch der persönliche psychische Konflikt gehört. Gerade für die jüdische Neurose dürfte in diesem Sinne der Komplex Väter-Söhne von Bedeutung sein. *K. W.* »Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse.« Wien, V. Jahrgang. Heft 1. Januar, 1919. p. 211—212.

6. *Becker, Rafael*, Die Geisteserkrankungen bei den Juden. Vortrag.

(Polnisch mit Resumé in französischer Sprache.) »Rocznik Psychjatriezny« 1928. Bd. VII. p. 59—77.

(6) Auf Grund der Untersuchungen von *Pilcz, Sichel, Becker, Gutmann, Neustadt* u. a. hat man festgestellt, daß bei den Juden gewisse Geisteskrankheiten weniger, die anderen mehr vertreten sind. Besonders selten sind bei Juden die alkoholischen Psychosen, aber auch Epilepsie tritt bei ihnen verhältnismäßig selten auf. Dagegen ist die progressive Paralyse bei den Juden in Deutschland, Österreich und England, wo man diese Verhältnisse genau statistisch untersucht hat, prozentuell häufiger zu finden. Nur in osteuropäischen

Ländern, wo die Juden in größeren Massen und abgesondert leben und sich weniger luetisch infizieren, ist die Paralyse bei ihnen seltener. Auch die Oligophrenien, besonders die schwersten Formen der Idiotie und Imbecilitas sind bei Juden häufiger als bei Nichtjuden. Die Dementia senilis und andere arteriosklerotische Demenzen treten auch verhältnismäßig häufiger bei Juden auf. Besonders sind aber bei ihnen die Geisteskrankheiten endogen-konstitutionellen Ursprungs, und zwar, Schizophrenie und manisch-depressives Irresein verbreitet. Die Schizophrenie stellt das Gros aller Geisteskrankheiten dar, während das manisch-depressive Irresein bei ihnen nur prozentuell häufiger auftritt.

Die Ursache des seltenen Auftretens der alkoholischen Psychosen und der Epilepsie sieht der Verfasser in der kleineren Konsumption des Alkohols bei Juden. Für das häufige Auftreten der progressiven Paralyse bei ihnen sind folgende zwei Momente verantwortlich: erstens ist bei ihnen dank der vorwiegend intellektuellen Berufe, das Gehirn für den syphilitischen Virus der locus minoris resistentiae geworden, und zweitens ist die Syphilis bei den Juden eine Erscheinung neueren Datums, und deshalb sind sie gegen diese metasyphilitische Erkrankung weniger resistent. Die Häufigkeit der schweren Formen der Idiotie und Imbecilitas bei den Juden ist erstens mit der Häufigkeit der Verwandtenehen zu erklären und zweitens künstlich entstanden durch die sorgfältigere Pflege solcher Kinder bei ihnen. Und während die Häufigkeit der senilen Demenzen damit zu erklären ist, daß die Juden durchschnittlich ein höheres Alter erreichen, ist die Frage der größeren Verbreitung der Schizophrenie und des manisch-depressiven Irreseins vorläufig noch offen geblieben; bis jetzt hat man noch keine genügende Erklärung gefunden.

Im allgemeinen sind die Juden den Geisteskrankheiten mehr unterworfen als die Nichtjuden. Ob alle diese Verhältnisse auch für Polen stimmen werden, sollen uns die nächsten diesbezüglichen Untersuchungen zeigen.

7. *Becker, Rafael*, Die Geisteserkrankungen bei den Juden in der Schweiz. »Zeitschrift f. Demographie u. Statistik der Juden« 1919. Nr. 4. p. 52—56.

Ein größerer Auszug aus dieser Arbeit unter dem Titel: Über die Verbreitung der Geisteserkrankungen bei den Juden in der Schweiz. »Israelitisches Wochenblatt für die Schweiz.« 1919. N. 45. p. 6—7.

(7) Die folgenden Ergebnisse sind der amtlichen »Schweizerischen Statistik« entnommen. Wenn man das prozentuale Verhältnis der verschiedenen Konfessionen zueinander vergleicht, so sieht man, daß die Juden, die an der ganzen Bevölkerung nur 0,4% ausmachen, in den Anstalten als Geistesranke aber 0,8% liefern. Also der Anteil der Juden an den Anstaltinsassen ist zweimal so groß, als er nach ihrer Einwohnerzahl sein sollte.

Was die Verteilung der Geisteskrankheiten nach Krankheitsgruppen anbetrifft, so auch in der Schweiz geben die Juden in den Gruppen der konstitutionellen und sogenannten einfachen erworbenen Psychosen mehr Kranke, während sie auch hier sehr wenig Alkoholiker liefern. Dagegen sind hier die Juden in bezug auf die angeborenen Psychosen und die senilen Demenzen besser gestellt. Auch bezüglich der Paralyse scheinen die Juden nicht besonders übel daran zu sein, während über die Verbreitung der Epilepsie bei ihnen die Statistik keinen Aufschluß gibt.

8. *Becker, Rafael*, Ein Beitrag zur Frage der Verbreitung der Geisteskrankheiten bei den Juden in Polen. a) Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.« 1929. Nr. 41. b) »OSE-Rundschau.« 1930. Nr. 1 (Nachdruck). c) »TOZ-Jedioth.« 1929. Nr. 10—11 (jüdisch). Warschau. d) »Warszawskie Czosopismo Lekarskie.« 1929. Nr. 33 (polnisch).
9. *Becker, Rafael*, Weitere Ergebnisse über die Verbreitung der Geisteskrankheiten bei den Juden in Polen. a) »Psychiatr. Neurolog. Wochenschrift.« 1930. Nr. 35. b) »TOZ-Jedioth.« 1930. Nr. 5—6 (jüdisch).
10. *Becker, Rafael*, Die Geisteserkrankungen bei den Juden in Polen. »Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.« Bd. 96. Heft 1—4. 1931. p. 47—66.

Ein größerer Auszug aus dieser Arbeit unter dem Titel: Psychische Erkrankungen unter den Juden in Polen. (Polnisch.) Nach einem Vortrage, gehalten in der Ärzte-Gesellschaft in Warschau. Gedruckt in »Warszawskie Czosopismo Lekarskie.« 1931. N. 33, 34—35.

Überall ist hier der Fall, daß die Juden nur in den zwei Gruppen von Psychosen stark überwiegen, und zwar in der Schizophreniegruppe und im manisch-depressiven Irresein. Dagegen bei allen anderen Psychosen sind die Juden weniger vertreten. In der ersten Zusammenstellung (8), welche die Zeitspanne 1921 bis 1927 umfaßt und alle vorhandenen und neu aufgenommenen Kranken von sieben Irrenheilanstalten einschließt, geben die Juden in der Schizophreniegruppe 64,7% und bei manisch-depressiven Irresein 8,7% aller ihrer Geisteskranken, während Nichtjuden 40,0% bzw. 7,7% ergeben.

In der zweiten Zusammenstellung (9), welche nur die im Jahre 1928 neu aufgenommenen Kranken von 18 psychiatrischen Anstalten zählt, geben die Juden bei der Schizophrenie 55,8% — die Nichtjuden 34,4%, bei manisch-depressivem Irresein: Juden 11,1%, Nichtjuden 5,5%. In der dritten Zusammenstellung (10), welche schon alle im Jahre 1929 neu aufgenommenen Kranken von allen 47 psychiatrischen Institutionen des Landes einschließt, sind die Juden in der Schizophreniegruppe mit 61,9%, während Nichtjuden mit 31,4% vertreten; bei manisch-depressivem Irresein geben die Juden 8,4% und Nichtjuden 4,9%. Es ist charakteristisch für die Juden in Polen, daß in der Verteilung der Geisteskrankheiten bei ihnen unterscheiden sie sich nicht nur von der umgebenden nichtjüdischen Bevölkerung, sondern in der Art der Verteilung Geisteskranker nach den Krankheitsgruppen auch von ihren Glaubensgenossen in Westeuropa. Während die Juden im Westen prozentuell mehr Kranke nicht nur in der Schizophreniegruppe und bei manisch-depressivem Irresein, sondern auch bei luetischen Psychosen, senilen Demenzen und Oligophrenien ergeben, nehmen die polnischen Juden in den letztgenannten Psychosen einen viel kleineren Teil ein. Was die Verteilung der Geisteskranken nach den Geschlechtern anbetrifft, so überwiegen bei Nichtjuden gewöhnlich die Männer, und zwar im Durchschnitt: 60% Männer zu 40% Frauen; bei Juden hingegen überwiegen die Frauen: 52,7% zu 47,3% der Männer. Die Juden nehmen hier die Hilfe der psychiatrischen Anstalten 2,2 mal mehr in Anspruch als die Römisch-Katholischen, beinahe zweimal mehr als die evan-

gelische Bevölkerung und ungefähr zehnmal mehr als andere christliche Konfessionen. Die jüdische Bevölkerung, welche nur 9,8% der Gesamtbevölkerung ausmacht, liefert in der Zahl der neu aufgenommenen Kranken 20,9%, die Römisch-Katholischen, die im Lande 64% der ganzen Bevölkerung bilden, sind in der Zahl der neu aufgenommenen Geisteskranken in 63,1% vertreten.

11. *Cohn, Toby*, Nervenkrankheiten bei Juden. »Zeitschr. f. Demographie u. Statistik d. Juden.« 1926. II. Halbjahr. Heft 1—3. p. 71—86.

Ein größerer Auszug aus dieser Arbeit in »OSE-Rundschau«. 1927. Nr. 2. p. 20—23.

(11) In dieser umfassenden Arbeit behandelt der Verfasser außer den eigentlichen Nervenkrankheiten wie die organischen Erkrankungen des Gehirns, des Rückenmarks und der peripherischen Nerven, der sog. Heredodegenerationen und Myopatie, das intermittierende Hinken, auch einige für die nervenärztliche Praxis besonders wichtige Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion, vor allem die Basedowsche Krankheit wie auch die sogenannten Psychoneurosen: Hysterie, Neurasthenie, die Tics, Zwangs- und Angstneurosen, Beschäftigungsneurosen und Organneurosen. Seine Ausführungen stützt der Verfasser auf Grund seiner eigenen reichen Erfahrung, wie auch aus den speziell zu diesem Zwecke veranstalteten Rundschreiben an die bekannten Neurologen verschiedener Länder mit großer jüdischer Bevölkerung. Auch die entsprechende Literatur ist eingehend berücksichtigt. Und so kommt, der leider zu früh verstorbene, Prof. *T. Cohn* zu folgenden Schlußfolgerungen. Eine nur den Juden eigentümliche Nervenkrankheit gibt es nicht. Selbst diejenigen, zu denen sie einen überwiegenden Prozentsatz stellen, sind auch bei anderen Bevölkerungsschichten zu finden. Auffallend häufig sind Juden befallen von drei Krankheitsstypen: dem Torsionsspasmus, der amaurotischen Idiotie (infantiler Typus) und dem intermittierenden Hinken. Hier scheint das prozentuale Verhältnis weit über die Bevölkerungs- und Klientelquoten hinauszugehen. Bezüglich der Schüttellähmung sind die Ansichten geteilt. An den Psychoneurosen haben sie einen großen Anteil, aber auch hier ist von einem sicheren Überwiegen bestimmter Krankheiten oder Typen nicht zu sprechen. Bestimmte Verlaufbesonderheiten, die für den Juden bei den Nervenkrankheiten charakteristisch sind, können nicht festgestellt werden. Es sei denn, daß man die hypochondrisch-nosophobische Komponente als typisch jüdische Färbung ansehen will, was aber auch nur mit großer Vorsicht geschehen kann, da sehr viele Nichtjuden diese Beimengungen zu allen Arten von Krankheiten, oft in ausgeprägtester Form, zeigen. Es gibt aber auch andererseits kaum Krankheiten des Nervensystems, von denen die Juden verschont sind. Geringer beteiligt sind sie an allen alkoholischen Erkrankungsformen und an der Epilepsie.

Vor allem kommt es darauf an, immer die strenge Scheidung zwischen Juden und Ostjuden zu machen. Denn diese Scheidung faßt in sich die Trennung zwischen endogenen und exogenen Leiden. Die Faktoren, die als exogene Schädigungen bei den Ostjuden und auch bei einem Teil der Westjuden wirken, brauchen hier nicht noch einmal aufgeführt zu werden. Ob und inwieweit solche Momente auch für die Torsionsspasmen und die amaurotische Idiotie mitspielen, muß bei der ungenauen Kenntnis, die wir zurzeit noch

von der Pathogenese dieser Krankheiten haben, späterer Forschung vorbehalten bleiben. Für das intermittierende Hinken sind sie mit großer Wahrscheinlichkeit von Bedeutung. Der Häufigkeit der Verwandtenehen bei den Ostjuden mag eine gewisse Wichtigkeit zukommen; aber auch dafür fehlt jede statistische Unterlage.

Vergleiche darüber auch: *Z. Bychowski*, Eine Diskussionsbemerkung zu Prof. *Toby Cohns* Aufsatz: Nervenkrankheiten bei Juden. »OSE-Rundschau.« 1926. Nr. 5. p. 1—3.

12. *Dreyfuß, J.*, Zur jüdischen Irrenstatistik. »Zeitschr. f. Demogr. u. Statistik d. Juden.« 1908. Nr. 6. p. 90—91.

(12) Der Verfasser zweifelt an der Richtigkeit der Annahme der größeren Verbreitung der Geisteskrankheiten bei den Juden. Er schlägt vor die diesbezüglichen statistischen Untersuchungen vergleichend den Altersgruppen nach einzuordnen. Da bei den Juden durch den Geburtenrückgang die Kinderanzahl kleiner ist, und an Geisteskrankheiten leiden gewöhnlich Personen ab 15 Jahre alt, glaubt der Verfasser bei dieser statistischen Methode günstigere Resultate für die Juden zu finden.

13. *Eichenwald, L.*, Zur Statistik der Psychopathie der Bevölkerung der Stadt Odessa. (Russisch.- »Staticzeski Wiestnik.« 1921. Nr. 7—12.

(13) Aus dem statistischen Material der psychiatrischen Anstalt in Odessa für die Jahre 1911—1920 bringt der Verfasser folgende Daten: Unter 8515 Geisteskranken, welche während der oben genannten Zeit in Behandlung waren:

Russen.....	56,5%	davon Männer	58,7%	und Frauen	51,8%
Juden	26,2%	„ „	24,5%	„ „	33,5%
Polen	3,8%	„ „	3,6%	„ „	4,4%
Sonstige	13,5%	„ „	13,2%	„ „	10,3%

Die Zahl der jüdischen Geisteskranken betrug 1400 Männer und 938 Frauen, zusammen machte es 26,2% von allen aufgenommenen Geisteskranken aus, während der prozentuale Anteil der jüdischen Bevölkerung in Odessa im Jahre 1910 betrug über 30% und im Jahre 1920 — 44,9%. Was die Verteilung der Krankheitsgruppen unter den verschiedenen Nationen anbetrifft, so konnte man leider durch die mangelhaft konstruierte diesbezügliche Tabelle keinen genauen Einblick gewinnen. (Nach dem Referat von *J. K.*, Geisteskrankheiten bei den Juden in Odessa in Jahren 1911—1920 (jüdisch). »Blätter für Demographie, Statistik und Wirtschaftskunde bei Juden.« Berlin 1925. Nr. 5. p. 130—131.)

14. *Erikson, E.*, Einige Daten über die psychische Morbidität von Polen und Juden im Königreich Polen. (Russisch.) »Wo-jenno-medizinski Journal.« 1908. Nr. 11.

(14) Der Verfasser hat am Militärlazarett in Warschau Vergleiche über die psychische Morbidität von Juden und Polen angestellt. Es sind von ihm folgende Zahlen in Prozenten ermittelt:

	Juden	Polen
Hysterie	11,5	4,5
Neurasthenie	17,5	20,7
Epilepsie	2,9	3,4
Degenerative Psychosen	2,4	2,2
Dementia Praecox	24,6	11,2
Alkoholismus chron.	0,3	10,0 bis 15,0
Angeborene Geistesschwäche ...	30,0	ca. 50,0

15. *Goldberg, Jacob* u. *Malberg, Benjamin*, Mental disease among Jews. (Geisteskrankheiten bei Juden.) »Psychiatr. Quart.« Vol. II. Nr. 2. 1928. p. 194—213.
Referat in »Zentralblatt f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie«. 1928. Bd. 50. p. 855.

16. *Gutmann, M. J.*, Geisteskrankheiten bei Juden. »Zeitschr. f. Demogr. u. Statistik d. Juden.« 1926. 2. Halbjahr. Nr. 4—6. p. 104—117.

(16) Der Autor probierte in dieser Arbeit auf Grund seiner eigenen Untersuchungen wie auch an Hand diesbezüglicher vorhandener Literatur, welche hauptsächlich das deutsche und österreichische Material umfaßt, eine gründliche Übersicht über das Problem der Geisteserkrankungen bei den Juden zu geben. Da das von ihm gebrachte statistische Material größtenteils in verschiedenen früheren Arbeiten schon vorhanden war, und von mir schon an anderen Stellen referiert ist, beschränke ich mich hier nur mit der Angabe gewisser statistischer Daten, gesammelt von dem Verfasser selbst, wie auch einigen seiner Schlußfolgerungen.

So im Jahre 1921 stellte er eine Rundfrage in ganz Bayern an, die folgendes Ergebnis hatte: in sämtlichen öffentlichen und privaten Anstalten für Geistes- und Nervenkrankheiten wurden in der Zeit vom 1. Jan. 1908 bis 31. Sept. 1921 insgesamt 87486 Geistesranke behandelt, und zwar, 46911 Männer und 40575 Frauen. Das ergibt ein Geschlechtsverhältnis von 1,15 Männern zu einer Frau. In der gleichen Zeit wurden 1375 geistesranke Juden in den Anstalten aufgenommen (707 Männer und 668 Frauen, das entspricht 1,06 Männern zu einer Frau), das sind 1,57% der Gesamtaufnahmen. Die Juden in Bayern machen aber nur 0,58% der Gesamtbevölkerung aus. Es befanden sich also zwischen 1908 und 1920 doppelt soviel geistesranke Juden in den Anstalten als ihrem prozentualen Bevölkerungsanteil entsprach. Nach der umfassenden Erörterung der einzelnen Krankheitsformen bringt weiter der Verfasser eine allgemeine Zusammenstellung der prozentualen Beteiligung der Nichtjuden und Juden an Geisteskrankheiten, wobei unter Nichtjuden im wesentlichen nichtjüdische Angehörige Deutschlands und des früheren Österreichs-Ungarn verstanden sind. Wir bringen hier die diesbezügliche Tabelle:

Krankheitsgruppen	Nichtjuden %	Juden %
Alkoholismus.....	18,6	1,0
Progressive Paralyse	15,7	16,0
Idiotie	10,4	6,9
Senium	6,5	8,9
Manisch-depressives Irresein	5,1	21,5
Dementia Praecox	19,5	28,9
Epilepsie	11,4	4,3
Hysterie	11,1	10,5
Sonstiges	1,7	2,0

17. *Hoppe, H.*, Die Juden in den Irrenanstalten Österreichs. »Zeitschr. f. Demogr. u. Statistik d. Juden.« 1907. Nr. 1. p. 15—16 und Nr. 10. p. 160.

(17) In der ersten Notiz »Juden in Wiener Irrenstatistik« sind die Daten für die Jahre 1902—1903 angegeben. Der Prozentsatz der Aufnahmen von Juden (11,6%) ist wesentlich größer als ihrem Anteil nach an der Bevölkerung entspricht (8,86% nach der Volkszählung von 1900). Er ist ferner in den letzten Jahren gestiegen, denn 1898—1901 betrug er nur 10,9%. In der zweiten Notiz ist schon die Anzahl der Juden in den Irrenanstalten Österreichs (nach österreich. Statistik. Bd. 72. S. XVII ff.) für das Jahr 1901 angegeben. Während die Juden nur 4,7% der Bevölkerung Österreichs bildeten, nahmen sie mit 6,6% an dem Zugange in die Irrenanstalten teil. Mit früheren Jahren vergleichend, zeigte sich, mit gewissen Schwankungen, ein langsames Ansteigen der Geisteskrankheiten bei den Juden.

Während die Juden 6,6% der Aufnahmen bildeten, wurden nur 6,3% als geheilt entlassen. Bei den übrigen Konfessionen entsprechen die Heilungsprozente den Aufnahmeprozente, wie bei den Katholiken, oder übertreffen sie, wie bei den Evangelischen und Griechisch-Orientalischen.

18. *Hyde, Frank*, Notes on the hebrew insane. »American Journal of insanity«. Vol. 58. p. 469.

19. *Krol, M. W.*, und *Bogorad, F. A.*, Einige Daten über Erkrankungen in Weißrußland nach den Materialien der neurologischen und psychiatrischen Kliniken in Weißrußland (russisch). »Bielorusskaja Medizinskaja Mysl« 1926. Bd. II.

(18) In einer sehr interessanten und lehrreichen Bearbeitung des poliklinischen Materials der neurologischen Klinik in Minsk (Weißrußland) haben die obengenannten Autoren unter anderem auch mit der vergleichenden Charakteristik der Nervenerkrankungen bei den Weißrussen und Juden sich beschäftigt. Die poliklinische Hilfe genossen 3620 nervös erkrankte Personen, davon 2146 Weißrussen und 1474 Juden, also die ersten $1\frac{1}{2}$ mal mehr als die zweiten. Die Patienten waren größtenteils Einwohner von Minsk oder der nahen Umgebung. In Gegensatz zu ehemaligen Untersuchungen von *Minor* war das prozentuale Verhältnis von funktionellen Neurosen bei Weiß-

russen und Juden beinahe das gleiche (Neurastheniker waren bei Weißrussen in 31,58%, bei Juden in 31,48%, Hysteriker — 13,46% und 14,46%). Auch die Epileptiker sind bei beiden Bevölkerungsgruppen beinahe gleich vertreten. Von besonderer Bevorzugung in dieser Hinsicht bei den Weißrussen ist allerdings nichts zu bemerken. Von den syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems sind bei den Weißrussen zweimal so viel als bei den Juden vorhanden, von parasymphilitischen — viermal so viel. Umgekehrt haben die Autoren viele Fälle von Encephalitis epidemica, wie auch Störungen des endokrin-vegetativen Systems bei den Juden gesehen. Letztere nicht nur relativ, sondern auch absolut sind mehr bei den Juden zu treffen. Relativ wenig unter den Juden sind von ihnen Fälle von Sclerosis multiplex beobachtet worden. Bei der Betrachtung ihrer Ergebnisse, glauben die Autoren, daß die Encephalitis lethargica, die Störungen des endokrin-vegetativen Systems, wie auch andere Hyperkinesien, mit einem Worte, Erkrankungen, welche man in den oto — wie auch philogenetisch älteren subkortikalen Teilen des Gehirnes lokalisieren muß, bei den Juden besonders vulnerabel sind. Was das geringere Hervortreten der parasymphilitischen Erkrankungen bei den Juden anbelangt, glauben die Verfasser es in der kleineren Prädisposition der Juden zu diesen Erkrankungen zu finden. Außerdem ist nicht ausgeschlossen, daß das geringere Hervortreten dieser Erkrankungen bei den Juden mit den späteren Erkrankungen der Juden an Lues zusammenhängt. Die mehr oder weniger gleichen Verhältnisse bei der Verbreitung der funktionellen Neurosen glauben die Autoren in dem Umstände zu finden, daß im Ratenverbände die Milieuverhältnisse gegenwärtig wie für Weißrussen, so auch für die Juden gleich geworden sind. (Nach dem Referate im Sammelbuche »Woprosy Biologii i Patologii jewrejew«. Bd. II. 1928. p. 249—251 [russisch].)

20. *Meige*, Le Iuif errant. Jg.-Dissertation (aus der Schule Charcot).

21. *Minor, L. S.*, Einige Daten aus der vergleichenden Nervenpathologie der russischen Juden und Christen (russisch). »Sbornik w polzu naczalnych jewrejskich szkol«. Petersburg, 1896.

22. *Neustadt, Rudolph*, Die Geistesstörungen der Juden. (Bearbeitet nach dem Material der Leipziger Psychiatrischen Klinik in den Jahren 1909—1913. Jg.-Dissertation, Leipzig, 1923.

Ein kurzer Auszug davon unter dem gleichen Titel gedruckt in der »Zeitschr. f. Demogr. u. Statistik d. Juden«. 1924. Nr. 1. p. 23—24.

(22) Im Durchschnitt der 5 Jahre stellen die Juden 1,9% aller Aufnahmen dar, dagegen machten die Juden in Leipzig im Jahre 1910 nur 1,6% der Gesamtbevölkerung aus. Die Prozentzahl der Geisteserkrankten bei den Juden erhöhte sich sogar auf 2,3% durchschnittlich, wenn man von der Zahl der Gesamtaufnahmen die alkoholischen Erkrankungen der Nichtjuden, die bis zu 20% ausmachen, abzieht. Am häufigsten sind bei den Juden die psychogenen Erkrankungen. Die zweite Krankheitsgruppe, in der die Beteiligung der Juden die der Nichtjuden überwiegt, ist die Gruppe der Schizophrenen. Hierunter fallen 22,9% Juden gegenüber 18% Nichtjuden. Mehr als

das Doppelte betrug das Kontingent der jüdischen Kranken am manisch-depressiven Irresein (12,9% : 5,7%). Die Differenz bei der Erkrankung an Alterspsychosen bei Juden und Nichtjuden ist in Anbetracht der kleinen Zahlen nicht beachtenswert (8,6% : 7,6%). Bei den übrigen Krankheitsgruppen ist die Beteiligung der Juden kleiner als die der Nichtjuden. Während bei den erkrankten Nichtjuden 70% Männer gezählt wurden, machten diese bei Juden nur knapp 60% aus.

23. *Oppenheim, H.*, Zur Psychopathologie und Nosologie der russisch-jüdischen Bevölkerung. »Journal für Psychologie u. Neurologie«. Bd. XIII.

24. *Pilcz, Alexander*, Geistesstörungen bei den Juden. »Wiener klinische Rundschau« 1901. Nr. 47, 48.

Dasselbe in französischer Sprache unter dem Titel: Sur les Psychoses chez les Juifs in »Annales medico-psychologiques«. 1902 (Janvier-Février).

(24) Der Verfasser hat das Material der Wiener Psychiatrischen Klinik bearbeitet: Auf der Klinik wurden vom 1. Januar 1898 bis zum 1. August 1901 1219 Kranke angenommen, worunter 134, d. h. 10,99% Juden waren, und zwar, verteilt sich diese Zahl auf beide Geschlechter wie folgt: 723 Männer mit 81 = 11,2% und 496 Frauen mit 53 = 10,68% Juden. Außerdem zog der Verfasser 218 Kranke des Zahlstockes mit 27,69% jüdischer Männer und 29,54% jüdischer Frauen in den Kreis seiner Betrachtung. Nach dem Ausweise der Volkszählung (31. Dez. 1900) gab es in Wien nur 8,86% Juden. Zieht man die Alkoholiker ab, da der Alkohol als ätiologischer Faktor von Psychosen bei den Juden nahezu gar nicht in Betracht kommt, so rücken die Prozentsätze der jüdischen Geisteskranken noch viel höher, und zwar, 14,73% Juden unter den Männern und 11,18% unter den Frauen.

Resumierend kommt der Verfasser auf Grund seines Materials von 1437 Fällen zu dem Schluß, daß die Disproportion für die einzelnen bestimmten Formen psychischer Erkrankung merkbare Unterschiede bei den Juden aufweist, gegenüber der der nichtjüdischen Bevölkerung. I. Alle jene Psychosen, als deren ätiologischer Faktor der Alkoholmißbrauch geltend gemacht werden kann, gelangen bei den Juden kaum je zur Beobachtung. II. Bei jenen Geisteskrankheiten, bei welchen neben einer ihrem Wesen noch nicht näher aufgeklärten individuellen Prädisposition greifbare äußere Schädlichkeiten (Vergiftung endo- oder etogenen Ursprungs, Infektionskrankheiten, zerebrale Herde usw.) eine sehr beträchtliche Rolle spielen, macht sich ein Unterschied zwischen der jüdischen und nichtjüdischen Rasse nicht bemerkbar. III. Die jugendlichen Verblödungsprozesse und Demenz nach akuten Psychosen kommen bei jüdischen Geisteskranken häufiger vor. IV. Zu jener Geisteskrankheit, bei welcher neben der Lues das Moment der mit gemüthlichen Aufregungen einhergehenden intellektuellen Überanstrengung einen beträchtlichen Faktor bildet, stellen die Juden ein prozentual hohes Kontingent. V. Zu Psychosen auf hereditär degenerativer Basis, wobei als wichtigstes, oft vielleicht einziges ursächliches Moment die erbliche Belastung wirksam ist, erscheinen die Juden unverhältnismäßig stark disponiert.

25. *Pilcz, A.*, Beitrag zur vergleichenden Rassen-Psychiatrie. Leipzig u. Wien. Verlag Franz Deuticke, 1906. 44 Seiten.

26. *Pilcz, A.*, Beitrag zur vergleichenden Rassenpsychiatrie. »Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift« 1919. Nr. 23/24 u. 25/26.
27. *Pilcz, A.*, Über vergleichend-rassenpsychiatrische Studien (Vortrag, gehalten im XXIV. internationalen Fortbildungskursus der Wiener medizinischen Fakultät, 1927.) »Wiener medizinische Wochenschrift« 1927. Nr. 10. p. 311—314.

Dank dem polyglotten Material, durch das die aus verschiedenen Nationalitäten zusammengestellte ehemalige österreich-ungarische Monarchie sich auszeichnete, konnte der Verfasser eingehende vergleichend-psychiatrische Studien durchführen. Und wenn er seine erste grundlegende Arbeit aus diesem Gebiete (25) auf Grund eines reichen klinischen Materials aus der Wiener psychiatrischen Klinik fußte, so bringt der Verfasser in zwei weiteren Arbeiten (26—27) seine reichlichen persönlichen Erfahrungen, die er während seiner militär-ärztlichen Tätigkeit im Weltkriege gesammelt hat. In der letzten Arbeit (27) bringt er schon die Forschungsergebnisse, die sich auf sein eigenes Material von rund 10000 zum Zwecke rassenpsychiatrischer Studien gesammelt und beobachteter Fälle beziehen, etwa 3000 Fälle aus der Vorkriegszeit und über 7000 während des Krieges.

In der ersten Arbeit gibt der Verfasser eine genaue Übersicht über die gesamte damalige Literatur, die das Rassenproblem in der Psychiatrie behandelt. Was die Juden anbelangt, so decken sich die Ergebnisse mit seinen früheren Schlußfolgerungen, die er in seiner früheren Arbeit, gewidmet den Geistesstörungen bei den Juden, hervorgebracht hat. Auch in seiner zweiten Arbeit, kommt *Pilcz* zu folgenden Schlüssen: Die Deutschen zeigen die größte Disposition zu Depressionszuständen. Die Alkoholpsychosen stellen bei Deutschen und Nordslawen eine der häufigsten psychischen Krankheitsformen dar; sie sind relativ seltener bei Südslawen, Ungarn und Italienern, spielen bei den Juden keine Rolle.

Zu epileptischen Zuständen, wie epileptischen Psychosen und pathologischen Rauschzuständen, liefern Südslawen und Italiener ein höheres Kontingent. Alle psychopathischen Zustände auf hereditär-degenerativer Basis, insbesondere periodisches Irresein und neuro-psychopathische Minderwertigkeiten, auch Hysterie, werden unter Juden besonders häufig angetroffen, desgleichen am ehesten auch atypische Psychosen, welche jeder Diagnostik und Prognostik spotten.

Die Ungarn scheinen für die Entwicklung der progressiven Paralyse besonders veranlagt. Die akuten Psychosen aus der Amentigruppe geben bei den Slawen, Ungarn und Juden eine schlechtere Prognose als bei den Deutschen, bzw. es wäre bei ersteren unter sehr weiter Ausdehnung des »Dementia Praecox«-Begriffes eine höhere Beteiligung anzunehmen als bei letzteren.

In symptomatologischer Hinsicht sind hypochondrisch gefärbte Zustandsbilder bei jüdischen Geisteskranken häufiger, depressiv gefärbte bei Deutschen. Letztere zeigen bei den melancholischen, amenten und schizophrenen Zustandsbildern relativ geringere Häufigkeit der kataton- und stuporös gefärbten Erscheinungen als Slawen.

In der dritten Arbeit bestätigt er die Tatsache, daß der chronische Alkoholmißbrauch bei Juden so gut wie nicht vorkommt. Jüdische Alko-

liker sind außerordentlich selten. Unter den Morphinisten und Kokainisten aber überwogen in seinem Materiale die Juden. Was die Amentigruppe anbetrifft, so in rein symptomatologischer Hinsicht scheint auch hier die ausgesprochen depressive Formen häufiger bei den Deutschen, — manisch gefärbte Formen bei Slawen, Juden und Ungarn vorzukommen.

Was die progressive Paralyse anbelangt, so scheint *Pilcz* in dieser Arbeit mehr an die Möglichkeit von Rassenverschiedenheiten der betreffenden Spirochätenstämme zu denken und die Paralysehäufigkeit mehr mit bestimmten »neuro« Spirochätenstämmen zu erklären, als mit gewisser Disposition der Menschenrassen. Nur in symptomatologischer Hinsicht meint er, daß die klassisch megalomanen Formen am häufigsten noch bei Slawen, Juden, zum Teil auch bei Ungarn zu beobachten. Bei Deutschen überwiegen die einfach dementen und depressiv gefärbten Formen. Die senilen und arteriosklerotischen Geistesstörungen bieten für dies Spezialthema nichts wesentliches. Nur die arteriosklerotischen und senilen Depressionszustände bei Juden zeigen häufig stark ausgeprägte hypochondrische Färbung. Psychosen aus den Schizophreniegruppen scheinen höhere Prozentsätze bei den Slawen und Juden zu ergeben, als bei Deutschen und Ungarn, doch sind die Differenzen nicht sehr große. Der Form nach überwogen wieder bei den Juden exquisit hypochondrisch gefärbte Bilder, depressive bei den Deutschen. Jüdische Melancholiker unterscheiden sich im großen und ganzen von denen aus der übrigen Bevölkerung durch größere Häufigkeit exquisit hypochondrischen Gepräges bei verhältnismäßigem Zurücktreten von Selbstanklagewahnideen sowie durch eine geringe Selbstmordgefährlichkeit.

Zuletzt kommt der Verf. auf die Frage der spezifischen Judenpsychose zu sprechen. Gleich mit *Brosius* negiert der Verf. das Vorhandensein der speziellen »Psychosis judaica«, aber sicher ist es, bemerkt er weiter, daß ganz atypische Psychosen mit einem kaum entwirrbaren, regellosen Gewische von Katatonen, manisch-depressiven und funktionellen Zügen, die jeglicher Prognostik spotten, des öfteren gerade bei ostgalizischen Juden angetroffen werden können, daß man also, wenn man will, zwar nicht von einer »Judenpsychose«, wohl aber von Judenpsychosen sprechen könnte. Daß eine spezielle Unterform im Rahmen des großen manisch-depressiven Krankheitsbildes, nämlich die auf exquisit hereditär-degenerativem Boden sich entwickelnden periodischen, speziell zirkulären Formen besonders häufig bei Juden zur Beobachtung gelangen, darf gleichfalls als feststehend angesehen werden.

28. *Riasanski, M. A.*, Über die Morbidität bei den Juden und besonders über die Häufigkeit der Nerven- und Geisteskrankheiten bei ihnen (russisch). »Wraczebnaja gazeta« 1902. Nr. 19.

29. *Sichel, Dr. Max*, Die Geistesstörungen bei den Juden. Eine klinisch-historische Studie. Leipzig. M. W. Kaufmann Verl. 1909. IV u. 81 Seiten. Preis 2.— M.

(29) In einem historischen Teil stellt der Verfasser zunächst zusammen, was sich aus dem jüdischen Schrifttum über geistige Erkrankungen ergibt. Der darauf folgende statistische Teil der Arbeit hat zur Grundlage eine von *Sichel* veranstaltete Rundfrage bei den öffentlichen und privaten Anstalten des deutschen Reiches. Danach befanden sich am 1. August 1908 in 342 An-

stalten unter 116010 Personen 2766 Juden, und zwar 1386 Männer und 1380 Frauen; der Prozentsatz der jüdischen Anstaltsinsassen war also 2,38, derjenige der männlichen 2,28 und der der weiblichen 2,49. Der Verfasser macht indes selbst darauf aufmerksam, daß der Verwertung dieses Resultates mancherlei Bedenken entgegenstehen, und er hält es nicht für angängig, aus den von ihm mitgeteilten Zahlen den Schluß zu ziehen, daß die Geisteskrankheiten bei den Juden häufiger seien als bei ihrer Umgebung.

Der klinische Teil der Untersuchung *Sichels* bezieht sich auf das Krankenmaterial der städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. M. An diesem Material hat *Sichel* insbesondere eingehende Beobachtungen über die Beteiligung der jüdischen Geisteskranken an den einzelnen Krankheitsformen gemacht und ist hierbei zu folgenden Ergebnissen gelangt: In der Paralyse, dem manisch-depressiven Irresein, der Dementia Praecox, dem angeborenen Schwachsinn, der Hysterie und zur Neurasthenie stellen die Juden ein verhältnismäßig großes Kontigent, während sie an der Epilepsie und dem Alkoholismus in geringem Maße beteiligt sind. *Sichel* stellt weiter fest, daß sich bei den jüdischen Kranken häufig eine erbliche Belastung nachweisen ließ und daß ihre Selbstmordgefährlichkeit eine hohe ist.

B. B(lau). »Zeitschr. f. Demogr. u. Statistik d. Juden.« 1909. Nr. 10 p. 159.

30. *Sichel, Max*, Über die Geistesstörungen bei den Juden. »Neurolog. Centralblatt« 1908. Nr. 8. p. 351—367.

Ein größerer Auszug aus dieser Arbeit in der Zeitschrift »Die Umschau«. 1908. Nr. 26.

(30) In dieser ersten Arbeit von dem, vor einigen Jahren so tragisch verstorbenen Forscher (von einem geisteskranken Patienten in seiner Sprechstunde erschossen), an die eine ganze Reihe späterer Arbeiten, gewidmet dem Probleme der Geisteskrankheiten bei den Juden, gefolgt waren, ist das Material von der Frankfurter Irrenheilanstalt für die Jahre 1906 und 1907 bearbeitet.

In dieser Arbeit, die allerdings noch kein großes Material umfaßte (1953 Kranke, davon nur 128 Juden) sagt der Verfasser folgendes: »Unsere Statistik liefert das höchstbemerkenswerte Resultat, daß die Anzahl der jüdischen Geisteskranken entgegen der allgemeinen Anschauungen, im großen und ganzen durchaus dem prozentualen Anteil der Juden an der Gesamtbevölkerung entspricht, daß hingegen hinsichtlich der Häufigkeit der einzelnen Krankheitsformen weitgehende Differenzen mit der Umgebung bestehen.« In weiteren Arbeiten ist der Verfasser in bezug auf das häufige Vorkommen der Geisteskrankheiten bei den Juden zu anderen Resultaten gelangt. (Vgl. auch die Notiz von *Dr. J. Dreyfuß*, Zur jüdischen Irrenstatistik. »Zeitschr. f. Demogr. u. Statistik d. Juden.« 1908. Nr. 12. p. 191.)

31. *Sichel, Max*, Zur Ätiologie der Geistesstörungen bei den Juden. »Monatsschrift f. Psychiatrie und Neurologie« 1918. Bd. 43. Nr. 4.

32. *Sichel, Max*, Die psychischen Erkrankungen der Juden in Kriegs- und Friedenszeiten. »Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurologie« 1923. Bd. 55, Heft 3—4. p. 207—228.

33. *Siebert, H.*, Die Psychosen und Neurosen bei der Bevölkerung Kurlands. »Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie« 1917. Bd. 73, Heft 6.

(33) Die Arbeit bildet einen Beitrag zur vergleichenden Krankheitslehre und hat sich die Aufgabe gestellt, in der Rasse begründete Eigentümlichkeiten der Symptomatik, des Verlaufs und der Häufigkeit der Geistes- und Nervenkrankungen innerhalb der Bevölkerung der Ostseeprovinzen festzustellen. Unter den manischen Erkrankungen nehmen die erste Stelle die Juden ein, während die melancholischen Störungen bei diesen sehr selten sind. Bei den Juden lassen sich Anfangerscheinungen der Dementia Praecox schon in der Zeit der Pubertät verfolgen; Heilung mit Defekt ist bei den Deutschen häufiger als bei den Juden. Bei diesen kommt die Progressive Paralyse selten vor, welche die Deutschen am häufigsten befällt. Die alkoholischen Geistesstörungen sind bei allen Völkern im Zunehmen, außer den Juden, bei welchen sie eher abnehmen. In den Jahren 1905—1909 wurden 770 Personen in der Libauischen Anstalt aufgenommen, von diesen litten an Delirium tremens: Deutsche 21,5%, Letten 15,6%, Littauer 10,5%, Russen 10,5%, und Juden 3%; in den Jahren 1910 bis 1914 wurden 886 Personen aufgenommen und von diesen litten an Delirium tremens: Deutsche 26,5%, Letten 26%, Littauer 20,4%, Russen 41,4% und Juden 0%. Was die anderen Psychosen anbelangt, so während der Jahre 1905—1914 stellen sie sich nach den Krankheitsgruppen und Nationalitäten verteilt folgendermaßen auf:

Krankheitsgruppen	Deutsche	Letten	Litauer	Russen	Juden
Epilepsie	6%	5,9 %	4,4%	4,6 %	1,9%
Progr. Paralyse	20,75%	10,5 %	10,8%	17,55%	9,5%
Alle endogen bedingte Psychosen: wie Manie, Melancholie, Dementia praecox	14,88%	19,55%	17,95%	14,45%	27,7%
Oligophrenien	0%	1,35%	0,4%	0,4 %	2,5%

Während diese tabellarische Statistik ergibt, daß die Juden puncto allgemeiner Neurosen — wie absolut, so auch relativ weniger dort vertreten sind, kam doch *Siebert* auf Grund von etwa 3500 Neurotikern, die er größtenteils ambulant behandelte, aber nicht zu dieser Statistik verwendete, zur Überzeugung, daß die nervösen Erscheinungen weitaus am häufigsten bei den Juden vorkommen. Weiter meint der Verfasser, daß bei den Litauern und Juden die Disposition zu nervösen Störungen durch äußere Einflüsse leicht psychogene Reaktionsformen hervorruft, welche dann meist in auffälliger Weise sich in somatisch greifbarer Art nach außen hin kenntlich machen.

34. *Trenga*, Sur les Psychoses chez les Juifs d'Algerie. Montpellier, 1902.
35. *Triggis, Ludwig*, Über Geistes- und Nervenkrankheiten und Gebrechlichkeiten unter den Juden. (Dissertationsschrift 1927 aus dem Neurologischen Institut der Universität

Frankfurt a. M. Direktor Prof. Dr. *Kurt Goldstein.*)
Gedruckt in extenso in »OSE-Rundschau« 1927. Nr. 9.
Seiten 4—21. Berlin.

(35) Der Autor hat sich folgende Fragen gestellt:

1. Ist die Zahl der Geistes- und Nervenkranken und Gebrechlichen bei den Juden verhältnismäßig größer wie bei Nichtjuden?
2. Weisen die einzelnen Krankheitsformen ein anderes klinisches Bild auf, je nachdem, ob sie bei Juden oder Nichtjuden beobachtet werden, und
3. welche Ursachen sind für die eventuellen Verschiedenheiten in der Zahl und Form der angegebenen Krankheiten, je nach ihrem Auftreten, verantwortlich?

Auf Grund des vorhandenen statistischen Materials und nach der Analyse der Lebensbedingungen des jüdischen Volkes (leider ist die ganze diesbezügliche Literatur nicht ausgenützt worden) kommt der Verfasser zu folgenden Ergebnissen: 1. Die Zahl der Geistes- und Nervenkrankheiten, wie physisch Gebrechlichen unter den Juden ist in den meisten Ländern größer als sie der jüdischen Bevölkerungsnorm entsprechend sein dürfte. 2. Unter den Nervenkrankheiten nehmen die heute als funktionell oder psychogen bezeichneten größeren Raum ein als die organischen Krankheiten. 3. Bei den einzelnen Krankheitsformen ist eine gewisse Atypie wahrnehmbar, ohne daß man für diese Atypie, eine sichere Ursache oder Bedeutung nachweisen könnte. 4. Die auf Alkoholmißbrauch, alkoholische Belastung oder Keimschädigung beruhenden Krankheiten, kommen verhältnismäßig selten vor, dagegen gibt es einige andere, bei denen das hereditäre oder familiäre Moment vorherrscht, die fast ausschließlich bei Juden vorkommen (z. B. famil. amaur. Idiotie). 5. Als ursächliche Momente kommen hauptsächlich hereditäre Belastung, Disposition, soziale und politische Verhältnisse, die Siedlungsweise, Konzentration in den Großstädten, Beschäftigungsart, der sexuelle Faktor und außerdem noch, vorwiegend bei Kindern, manche pädagogische Mängel in Betracht. Einzeln betrachtet, würde vielleicht keiner dieser Faktoren zur Erklärung ausreichen, aber in ihrer Summierung bedingen sie die geschilderten Tatsachen. 6. Der Rassencharakter, wenn auch sein Vorhandensein als kausales Moment sich nicht exakt beweisen läßt, ist auch vorderhand nicht abzulehnen, um so mehr, da er auch noch bei anderen nicht nervösen, ätiologisch nicht oder ungenügend erklärten Krankheiten verantwortlich gemacht wird (z. B. Diabetes, Glaukom, Farbenblindheit, Hämophilie und mehrere andere. 7. Die Eigenartigkeit der jüdischen Psyche läßt, wenn auch nur hypothetisch manche Folgerungen für den Zusammenhang zwischen ihr und der Häufigkeit mancher Erkrankungen und Symptome zu. Die Bestätigung oder Ablehnung dieser Hypothese wie die Lösung mancher Probleme, ebenso wie die Anwendung der neueren Methoden der Psychiatrie und Neurologie zur endgültigen Klärung des Grundproblems bleibt der Zukunft vorbehalten.

36. *Weldler, N.*, Die Geisteskrankheiten unter den Juden Österreichs in den Jahren 1882—1902. »Zeitschr. f. Demogr. u. Statistik der Juden« 1908. Nr. 4. p. 61—63.

(36) An Hand der »Österreichischen Statistik« hat Verf. eine Untersuchung des Anteils der jüdischen Bevölkerung an den Geisteskranken in einem Zeitraum von 20 Jahren unternommen. Es zeigte sich, daß die Zunahme der

Geisteskranken in den Anstalten jährlich an der Zahl größer wird, daß Männer und Frauen bei Christen und Juden gleich stark vertreten sind; doch befinden sich relativ mehr Jüdinnen als Christinnen unter den Geisteskranken derselben Konfession.

37. *Wirszubski, A.*, Ein Beitrag zur Psychopathologie der Juden. »Nowiny Lekarskie« 1924. Nr. 2 (polnisch). Ein kurzer Auszug davon in »Rocznik Psychjacyjny« 1923. Bd. 1 (polnisch).

(37) Auf Grund seiner Erfahrung als Nervenarzt in einer großen polnisch-litauischen Stadt (Wilna), stellte der Autor bei den polnisch-litauischen Juden eine starke Disposition zu den nervösen und psychischen Erkrankungen, und besonders zu der Psychoasthenie bei den Männern und der Hysterie bei den Frauen fest.

Weiter bespricht der Autor zwei psychopathische Erscheinungen, die bei den Juden in ihrem tagtäglichen Leben sehr verbreitet sind, und zwar, das Nörgeln und die Angst vor Erkrankungen (Nosophobie). Die letztere Eigenschaft betrachtet der Autor als Resultat des vielhundertjährigen staatslosen Lebens wie auch der orthodox-religiösen Richtung in der Erziehung.

II.

Abhandlungen, die dem Problem der vergleichenden Psychiatrie gewidmet sind, und in welchen auch über psychische Störungen bei den Juden die Rede ist.

38. *Baunisten u. Hectojen*, Race and Insanity. »Americ. Journal of Insanity« 1888. p. 455.
39. *Buschau, G.*, Einfluß der Rasse auf die Häufigkeit und die Formen der Geistes- und Nervenkrankheiten. »Allgem. medicinische Central-Zeitung« 1897. Nr. 9.
40. *Buschan, G.*, Influenza delle racee suelle malattia neurose e mentalis. Napoli 1902.
41. *Budul, H.*, Beitrag zur Vergleichenden Rassenpsychiatrie. »Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie« 1915. Bd. 37. p. 199.
42. *Czermak*, Ein Beitrag zur Statistik der Psychosen. »Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie« 1858. p. 251.
43. *Greidenberg, B.*, Bericht über die Arbeit der psychiatrischen Anstalt in Simferopol (russisch). 1896.
44. *Kraepelin, E.*, Vergleichende Psychiatrie. »Zentralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie.« 1904. Juli. p. 433.
45. *Kraepelin, E.*, Zur Entartungsfrage. »Zentralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie.« 1908.
46. *Ladame, P.*, Statistik des aliènés spécialement à Genève et en Suisse. Genève, 1893.
47. *Lombroso, Cesare*, Genie und Irrsinn. Leipzig. Verlag »Reclam« Bezüglich Juden Seite 68—72. Vgl. darüber den Artikel von *J. A. Stein* unter dem T. Juden und Irrsinn in »Woschod« 1887. Nr. 2 (russisch).

48. *Luniewski, W. u. Bernasiewicz, W.*, Ein Versuch der Zusammenstellung statistischer Daten aus den Berichten der psychiatrischen Anstalten für das Jahr 1928 (polnisch). »Rocznik Psychjatryczny.« 1930. Bd. 12.
49. *Luniewski, W.*, Zweite Berichterstattung von der Tätigkeit der psychiatrischen Anstalten in Polen für das Jahr 1929 (polnisch). »Rocznik Psychjatryczny.« 1931. Bd. 14/15.
50. *Révesz, Bela*, Rassen- und Geisteskrankheiten. Ein Beitrag zur Rassenpathologie. »Archiv f. Anthropologie.« Bd. VI. Heft 2 u. 3. 1907.
51. *Rüdin*, Studien über Vererbung und Entstehung geistiger Störungen. I. Berlin, 1916.
52. *Sioli*, Geisteskrankheiten bei Angehörigen verschiedener Völker. »Festschrift der 39. Versammlung der Anthropologischen Gesellschaft.« 1908.
53. *Skliar, N. u. Starikow, K.*, Rasse und Psychosen. »Medizinische Zeitschrift des neuen Wolgagebietes.« 1928 (russisch).
54. *Spitzka*, Race and insanity. »Journal of nervous and mental diseases.« 1880. p. 6613.
55. *Stern, Ludwig*, Kulturkreis und Form der geistigen Erkrankung. Halle a. d. S. 1913. Sammlung zwangsloser Abhandlungen 4. d. Gebiete Nerven und Geisteskrankheiten. Herausgeg. von Prof. *A. Hoche*. Bd. X. Heft 2. Verlag Carl Marhold. 62 Seiten.
56. *Voos*, Die Ätiologie der Psychosen. Im Handbuch der Psychiatrie von Aschaffenburg. Allg. Teil. 3. Abschnitt. Leipzig und Wien 1915.

III.

Arbeiten, die verschiedene Formen der Geisteskrankheiten behandeln.

A. Arbeiten, die den geisteskranken Juden gewidmet sind.

57. *Bálaban, N. u. Molotschek, A.*, Progressive Paralyse bei den Bevölkerungen der Krim. »Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie.« 1931. Bd. 94. Heft 4/6. p. 373—383.

(57) Als Material für das Studium des Problems der progressiven Paralyse bei verschiedenen Krimbevölkerungen dienten den Verfassern die von ihnen gesammelten 1159 Krankheitsgeschichten während der Zeitperiode vom Jahre 1904 bis 1929. Die von ihnen untersuchten Nationalitäten sind: Russen, Tartaren, Deutsche, Armenier, Griechen, Juden und Karaiten. Von den Paralytikern jeder Nationalität beträgt das Prozent der Stammbewohner: Russen 51%, Juden 77%, Tartaren, Deutsche, Armenier, Griechen und Karaiten nähern sich zu 100%. Was das Verhältnis der Männer den Frauen gegenüber anbetrifft, so während bei den Russen auf 1 Weib 3,4 Männer

kommen, entfallen bei den Tartaren, Deutschen, Armenier, Griechen und Karaiten auf 1 Frau 15,8 Männer; für die Juden trifft hier das mittlere Verhältnis 1 : 7 zu. Was die Formen der Paralyse anbelangt, so fällt bei den Juden vergleichend mit anderen Nationalitäten das starke Überwiegen der expansiven und der agitierten Formen auf. So betrogen bei ihnen die agitierten 15%, die expansiven 38,0%, die depressiven 6,0% und die dementen Formen 41%, während bei den Russen die dementen Formen in 66,9% notiert sind und bei Tartaren 46,8%. Auch bei Karaiten waren auf 27 kranke Paralytiker 20 Demente und 7 Agitierte vorhanden. Die Autoren bemerken auch, daß der Verlauf der progressiven Paralyse bei den Juden insofern sich auszeichnet, als bei ihnen die Paralyse oft rascher als gewöhnlich zum letalen Ausgang führt.

58. *Becker, Rafael*, Die Häufigkeit jüdischer Krimineller unter den geisteskranken Verbrechern in Polen. »Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift.« 1931. Nr. 30.

Ein größerer Auszug davon unter dem Titel: Statistik der jüdischen geisteskranken Verbrecher in »Kongreß-Polen.« »Zeitschr. f. Demogr. u. Statistik der Juden.« 1931, Nr. 2.

(58) Es handelt sich hier um Kriminelle, die zur gerichtlich-psychiatrischen Untersuchung oder zum Zweck der Internierung in der Kriminalabteilung der staatlichen Irrenheilanstalt »Tworki« bei Warschau in der Zeit vom 1. Januar 1922 bis 1. September 1927 aufgenommen wurden. Die Juden stellten 13,1% der Gesamtzahl der Fälle, also mehr als es ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung des Landes entspricht (10,5% nach der Zählung vom 30. IX. 1921). Die Kombination der Nationalität der Kriminellen und der Art der Krankheit ergibt, daß die Juden am stärksten in den Krankheitsgruppen Schizophrenie, Oligophrenie, manisch-depressives Irresein und Epilepsie vertreten sind. Dagegen weniger Psychopathen (welche aber an und für sich unter den jüdischen Kriminellen einen ziemlich hohen Prozentsatz der alkoholischen und luetischen Psychosen geben. In diesen beiden Kategorien geben die Juden je 1,7%, dagegen die Nichtjuden: Alkoholpsychosen 12,7% und luetische Psychosen 4,5%. Bei der jüdischen Gruppe überwiegen die leichten Verbrechen und Vergehen, bei der Nichtjüdischen dagegen die Schwereren, eine Erscheinung, die auch unter geistesgesunden jüdischen und nichtjüdischen Kriminellen festgestellt worden ist.

59. *Cheinisse, L.*, La pathologie des races et l'alkoholismus chez les Juifs. »Revue des Idées.« 1909. 15. April.

Dasselbe deutsch unter dem Titel: Die Rassenpathologie und der Alkoholismus bei den Juden. »Zeitschr. f. Dem. u. St. der Juden.« 1910. Nr. 1. p. 1—8.

(59) Der Autor gibt eine Übersicht der gewissen pathologischen Erscheinungen, deren Ursache dem Alkoholismus zuzuschreiben sind. Das mindere Hervortreten oder das Fehlen dieser Erscheinungen bei den Juden (wie z. B. die verhältnismäßige kleinere Zahl von Totgeburten, größere Widerstandsfähigkeit gegen die Infektionskrankheiten, Fehlen von Alkoholpsychosen wie das seltenere Vorkommen von Verbrechen gegen das Leben und anderen Gewaltverbrechen) schreibt der Verfasser der Seltenheit des Alkoholismus bei den Juden zu. Auf Grund seiner Ausführungen beweist er aber, daß die geringere Verbreitung des Alkoholismus unter den Juden nicht etwa eine eigene problematische Immunität dieser Rasse ist, sondern mit

ihrer innigen Gemeinsamkeit zusammenhängt, die lange Jahrhunderte der Verfolgungen erzeugt und befestigt haben. Bis heute, sagt er, bewahrt das Judentum im allgemeinen diesen Charakter eines Bandes, das seine Angehörigen auch sozial zusammenhält, den die anderen Religionen nach und nach verloren haben; und gerade diese Kraft der Sammlung und Konzentrierung der religiösen Gemeinschaft ist es, die die große jüdische Masse vor dem Alkoholismus bewahrt.

60. *Cheinisse, L.*, La race juive est elle immune contre l'alcoolisme? »La Semaine médicale.« 1908.

Dasselbe russisch im »Jewrejski Medizinski Golos« 1910. Nr. 1—2. Unter dem Titel: Ob die jüdische Rasse immun ist gegen den Alkoholismus?

61. *Feldmann, W. M.*, Tuberculosis and Alcoholism among Jews. »OSE-Rundschau.« 1929. Nr. 7—8.

62. *Gutmann, M. J.*, Zur Paralysefrage bei den Juden. »Archiv f. Rassen- und Gesellschaftsbiologie.« 1924. Bd. 16. Heft 1.

(62) Der Verfasser hat die jüdischen Paralytiker aus der Münchner psychiatrischen Klinik, der Heil- und Pflegeanstalt Neu-Friedenheim und der Anstalt für weibliche kranke Obersendling einer näheren Betrachtung unterzogen, und kam dabei zu folgenden Ergebnissen: Im klinischen Bild überwiegen auch bei den Juden die dementen Formen (38,5% gegenüber 74% des Vergleichsmaterials), betragen also noch nicht die Hälfte der jüdischen Paralytiker, während sie bei den nichtjüdischen dreiviertel aller Fälle ausmachen. Dagegen sind bei den Juden alle anderen klinischen Formen der progressiven Paralyse prozentual häufiger, die agitierten Formen prozentual viermal so häufig, depressive und Mischformen dreimal so häufig, expansive zweimal so häufig bei Juden als bei Nichtjuden.

Die Beteiligung der einzelnen Berufe an der progressiven Paralyse gibt die allgemeine soziale Struktur der Juden wieder. Dreiviertel gehören dem Kaufmannsstande an, dann folgen die freien Berufe mit 13% (bei nichtjüdischen Paralytikern der Prozentsatz der den freien Berufen Angehörigen 22%). Der Großteil der nichtjüdischen Paralytiker sind Arbeiter und Tagelöhner, dadurch glaubt der Verf. die überwiegende Häufigkeit der dementen Formen bei ihnen zu erklären.

Die Dauer der Krankheit, gewöhnlich 2 bis 3 Jahre, war in 21% der nichtjüdischen Paralytiker auf 2—12 Monate abgekürzt und erreichte bei den Juden in 15% die lange Dauer von 15 Jahren, besonders bei expansiven Formen. Die Lebensdauer der jüdischen Paralytiker ist also lang. Als wesentliche psychopathologische Ergebnisse seiner Untersuchung betont der Verfasser das Überwiegen der manischen Bilder bei den Juden; die megalomane Komponente ist häufiger als die depressive. Eine ganz besondere Beachtung verdient die Tatsache der geringen Beteiligung der jüdischen Frauen an Paralyse.

63. *Hecker, R.*, Erhebungen über den Alkoholgenuß bei den Schulkindern in München. »Münch. mediz. Wochenschr.« 1906. Nr. 12.

(63) Ein auffälliger Unterschied im Alkoholgenus zeigt sich je nach der Konfession: Unter den Katholiken die geringste Zahl Abstinenten (12%), unter den Israeliten die größte (20%), in der Mitte die Protestanten mit

16%); umgekehrt finden sich eigentliche Trinker (Kinder, die entweder regelmäßig Schnaps oder täglich einen halben Liter Bier und darüber erhalten) bei den Katholiken am meisten (18%), bei den Israeliten am wenigsten (4,5%), in der Mitte wieder die Protestanten mit 9%.

Nach der Meinung des Autors ist nicht die Religion die Ursache dieses Verhaltens, sondern das soziale Niveau. (Nach d. Referat in »Zeitschr. f. Demogr. u. Statistik d. Juden«. 1906. Nr. 6. Unter dem Titel: Der Alkoholgenuß bei jüdischen Schülern.)

64. *Heller, J.*, Ein Beitrag zur Häufigkeit der progressiven Paralyse in einem engumgrenzten Personenkreise. »Neurologisches Zentralblatt.« 40. Jahrg. 1921. Ergänzungsband 106.

(64) Verfasser hat an einem, nicht in Anstalten befindlichen Paralyse-Material, das dem mittleren, gutsituierten jüdischen Bürgertum angehört, im Verlaufe einer 35jährigen Beobachtungszeit Erfahrungen gesammelt und kommt zum Ergebnis, daß 8,8% der statistisch erfaßten 510 Personen an einer syphilitischen Erkrankung des Zentral-Nervensystems, 6,5% an sicherer Paralyse zugrunde gegangen sind. In dem eng umschriebenen Personenkreis starb von den über 51 Jahre alten Männern jeder Fünfte an Paralyse, jeder Elfte an einer syphilitischen Affektion des Zentral-Nervensystems, während Tuberkulose als Todesursache erst bei jedem Fünfzigsten festgestellt werden könnte. Leider fehlen zu diesen interessanten Angaben entsprechende Vergleichszahlen aus einer sozial ähnlich zusammengesetzten nichtjüdischen Bevölkerung. (Zitiert nach *M. J. Gutmann*, Geisteskrankheiten bei den Juden [16].)

65. *Hoppe, Hugo*, Krankheit und Sterblichkeit bei Juden und Nichtjuden mit besonderer Berücksichtigung der Alkoholfrage. Berlin, 1903.

66. *Lange, Johannes*, Über manisch-depressives Irresein bei Juden. »Münchener medicin. Wochenschr.« 1921. Nr. 42. p. 1357—1359.

(66) Der Autor hat sich hauptsächlich mit dem klinischen Bilde des manisch-depressiven Irresein bei Juden beschäftigt. Er findet, daß die Psychosen der Juden im allgemeinen gern einen nörgelnden Zug annehmen. Atypische Krankheitsbilder, die allen diagnostischen Bemühungen trotzen, sind offenbar an der Tagesordnung. Besonders bei den Ostjuden sind die zirkulären Erkrankungen mit katatonischen Zügen durchsetzt. Unter den Gesamtaufnahmen der Münchner Klinik an manisch-depressivem Irresein befinden sich 3% Juden, mehr als dem Bevölkerungssatz (2%) entspricht. Der Erkrankungsbeginn lag bei den Juden erheblich häufiger vor dem 20. Lebensjahr als bei der Vergleichsbevölkerung; dieser frühere Ausbruch der Psychose spricht auch mehr für die schwere Form der Erkrankung. Für die überwiegende Schwere der Erkrankungen bei den Juden sprechen auch andere Umstände, so vor allem die große Bedeutung von Mischzuständen, welche unter allen aufgenommenen jüdischen Fällen von manisch-depressivem Irresein zwei Fünftel ausmachen, während bei nichtjüdischen Kranken ein Fünftel. Weiter in dem gleichen Sinne spricht die Betrachtung von Dauer und Häufigkeit der Anfälle. Unter den jüdischen Kranken sind in einer ganz ungewöhnlichen Zahl die schwersten Fälle mit langdauernden Krankheitsanfällen

vorhanden. Bei einer Vergleichung der Anfälle nach ihrer Färbung ergibt sich die größere Neigung der Juden zu manischen Erkrankungen. Bei der Melancholie sind bei jüdischen Kranken die hypochondrischen Vorstellungen sehr oft vorhanden, auch speziell bei seinem Material (also bayerischen Juden), die Selbstmordgedanken und -Versuche wie auch Selbstmorde erheblich häufiger bei jüdischen Kranken. — Während Verarmungsideen bei den Juden mehr als einhalbmal so oft beobachtet werden, treten die Ver-sündigungsideen entschieden zurück. Vor allem ist auffallend das fast völlige Fehlen der religiösen Verfehlungsvorstellungen, die bei den Christen die größte Bedeutung beanspruchen. Die hysterischen Beimengungen sind so zahlreich, daß man sehr oft im Zweifel sein kann, ob man eine hysterische oder eine melancholische Psychose vor sich habe.

67. *Lewin, Gerschon*, Alkoholismus bei Juden (polnisch). »*Medycyna i Kronika Lekarska.*« 1910.

(67) Nach der Besprechung des vorhandenen Materials bezüglich der Alkoholfrage bei den Juden kommt der Verf. zur Schlußfolgerung, daß alle Krankheiten und Verbrechen, deren Ursache hauptsächlich dem Alkoholismus zu verdanken ist, bei den Juden sehr wenig vorhanden sind, ergo ist der Alkoholismus bei den Juden auch eine sehr seltene Erscheinung. Doch betont der Autor weiter, aus der Tatsache, daß bei den Juden die Folgeerscheinungen des Alkoholismus so selten zu treffen sind, muß man nicht den Schluß folgern, daß die Juden überhaupt Abstinenter seien. Unter den Juden trinken beinahe alle: trinken Handwerker und Arbeiter, trinken Chassidim, trinken sogar Frauen, aber natürlich ganz wenig und beinahe betrinken sie sich nie. Nach einer Exkursion in die Geschichte der Juden von der Bibelzeit bis ins Mittelalter, kommt der Verfasser zum Ergebnis, daß, obwohl die jüdische Religion die Konsumierung des Alkohols nicht verboten hat, ist doch der Widerwille gegen Trunkenheit, nach seiner Meinung hauptsächlich durch sozial-ethische Anschauungen, bei den Juden tief eingewurzelt.

68. *Matecki, W.* u. *Szpidbaum, H.*, Die Konstitution der Schizophrenen Juden. »*Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. und Psychiatr.*« 1927. Bd. 109. H. 1/2.

69. *Matecki, W.* u. *Szpidbaum, H.*, Die psychophysischen Typen im Lichte eigener Untersuchungen. (An 100 schizophrenen Juden durchgeführte Untersuchungen.) (Polnisch.) »*Rocznik Psychjatryczny.*« 1927. Bd. V. p. 105—122.

Ein größerer Auszug aus dieser Arbeit in »*Nowiny Psychjatryczne*« (polnisch). 1926. Heft 2. p. 85—81.

(68—69) Ausgehend aus der Theorie von *Kretschmer*, und um eine tiefere Einsicht in das Problem der psychophysischen Konstitution zu gewinnen, haben die beiden Autoren eingehende Untersuchungen an 100 schizophrenen Juden durchgeführt und sind zu folgenden Schlüssen gelangt: I. *Kretschmers* Konstitutionstypen befinden sich nicht nur unter der europäischen eingeborenen Bevölkerung, sondern auch unter den Juden. II. Die tiefe biologische Affinität zwischen Psyche und entsprechender Konstitution scheint keinem Zweifel zu unterliegen. III. Die morphologische Analyse der asthenischen (leptosomen) und piknischen Konstitution und speziell der

Körperlänge und Körperproportion zeigt, daß der asthenische Typus im allgemeinen durch den Dolichomorphismus, der piknische — durch den Brachimorphismus ausgezeichnet ist.

Die Häufigkeit der Konstitutionstypen unter den schizophrenen Juden zeigt sich in Psychosen wie folgendermaßen: Typus leptosom 56%, Typus athletisch 9%, Typus leptosom-athletisch 1%, Typus dysplastisch 11%, Typus pyknisch 13%, Typus pyknische Mischformen 7%, Typus nicht unterbringen 3%.

70. *Sichel, Max*, Paralyse der Juden in sexuologischer Bedeutung. »Zeitschrift f. Sexualwissenschaft.« Bd. III. Nr. 3. 1919.

(70) Der Verfasser geht von der Tatsache aus, daß erst mit Beginn der siebziger Jahre die progressive Paralyse in der Psychopathologie der Juden eine Rolle zu spielen beginnt, und zwar leider eine sehr bedeutsame. Während *Zollschan* die Hypothese aufgestellt hat, die Ursache sei gerade die geringste Widerstandskraft der Jahrtausende in sittlicher Reinheit lebenden Juden gegen die Giftwirkung der Syphilis, glaubt *Sichel* die höheren Krankheitsziffern auf die Konzentrierung der Juden in den Großstädten zurückführen zu können. Dagegen soll die Paralyse unter den Ostjuden fast gar nicht vorkommen. Der Jude des Westens verliert, sagt *Sichel*, mit seinem Eintritt in die Großstadt einen guten Teil seines Judentums, in der religiösen Gebundenheit des Ostjuden hingegen liegt der sicherste Schutz vor den aus dem wilden Sexualverkehr entstehenden Folgen. Das seltene Vorkommen der Paralyse bei den Ostjuden hat jedoch noch seine zweite nicht minder wichtige Ursache in der Frühehe. Nach der ausführlichen Besprechung der verschiedenen Lebensbedingungen, die bei den Westjuden das Vorkommen der progr. Paralyse begünstigen, behandelt schließlich der Verfasser noch die Ursachen der Erscheinung, daß diese Krankheit bei den jüdischen Frauen noch immer äußerst selten ist.

71. *Sichel, Max*, Die progressive Paralyse bei den Juden. »Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten.« 1913. Bd. 52. Heft 3. p. 1032—1042.

72. *Sichel, Max*, Nervöse Folgezustände von Alkohol und Syphilis bei den Juden. »Zeitschr. f. Demogr. u. Statistik d. Juden.« 1919. Nr. 8—12. p. 137—141.

(72) Nach einem kurzen Überblick über die Stellung zum Alkoholismus bei den alten Juden (nach dem Alten Testament und Talmud) bespricht der Verf. die nervösen Folgezustände bei den gegenwärtigen Juden, durch Alkohol und Syphilis hervorgerufen.

Der Autor ist der Meinung, daß die Trunksucht weniger vom ethischen, als vom psychopathologischen Gesichtspunkte zu bewerten ist. Der Alkoholismus ist mehr eine Erkrankung niederer Kulturkreise. So entstammen auch die jüdischen Trinker fast durchweg dem Proletariat. Doch glaubt der Verf., daß die Seltenheit des Alkoholismus bei den Ostjuden, die in ihrer überwiegenden Mehrheit der besitzlosen Klassen angehören, eher mit angeborener Abneigung gegen den Genuß geistiger Getränke im Sinne von *Hoppe* zu erklären ist. Die Fälle von Alkoholismus bei den Juden unterscheiden sich klinisch, hinsichtlich ihrer Symptomatologie und ihres Verlaufs, in keiner

Weise von dem Gros der chronischen Trinker. Was die Folgeerscheinungen der Lues anbetrifft, so bemerkt zuerst der Autor, daß die sexuellen Erkrankungen bei den Juden sich in den letzten Jahrzehnten mehr und mehr Eingang verschaffen konnten. Den Stimmen aber, die die besondere Häufigkeit der Sexualeiden bei den Juden hervorheben, stehen nicht minder gewichtige gegenüber, die deren relative Seltenheit betonen. Sicher ist nur das eine, daß diejenige nervöse Erkrankung, deren notwendigste Voraussetzung eine früher überstandene Lues ist, die progr. Paralyse, bei den Juden ungleich häufiger vorkommt. In Wien, Frankfurt a. M. und London weisen die zahlenmäßigen Belege auf die starke Beteiligung der Juden an der Paralyse hin. Die Ursache dieser Erscheinung sieht der Verf. erstens, gleich wie *Zollschan*, in der kleineren Immunität gegen den syphilitischen Virus. Da nun die Syphilis bei den Juden in früheren Zeiten fast völlig unbekannt war, so ist ihre Wirkung unter ihnen demgemäß auch viel verheerender. Zweitens, findet der Verf., daß durch die Lebensbedingungen bei den Juden die Gehirntätigkeit am stärksten in Anspruch genommen wird, und dadurch das Nervensystem bei ihnen ein *locus minoris resistentiae* wurde.

73. *Schneersohn, Fischel*, Die jüdische Schule und defektive Kinder. (Eine heilpädagogische Untersuchung der jüdischen Schulen in Warschau.) »Neue Schule.« Warschau, 1922. Nr. 7. 1923. Nr. 2—3 (jüdisch).

74. *Schneersohn, F.*, Die jüdische Schule und die psychisch abnormen Kinder. (Eine heilpädagogische Untersuchung der jüdischen Schulen in Kowno und Riga.) »OSE-Rundschau.« 1926. Nr. 2 p. 6—10; Nr. 4. p. 7—12.

Der Autor ist einer der wenigen Forscher, der sich mit dem Problem der defektiven jüdischen Kinder beschäftigt. Mit Hilfe der heilpädagogischen Methode hat er eine große Anzahl von Kindern in einer Reihe von jüdischen und hebräischen Schulen in Warschau, Kowno und Riga untersucht und die Ergebnisse in seinen oben genannten Arbeiten veröffentlicht (73—74).

Folgende statistischen Daten geben uns einen Einblick über die Zahl der psychisch-abnormen Kinder (organischer und funktioneller Natur) unter den jüdischen Kindern.

In 8 Warschauer hebräischen Schulen mit 1373 Kindern waren 5,9% psychisch abnormer Kinder. In 14 Warschauer jüdischen Schulen mit 1856 Kindern waren 6,5% solcher Kinder. In 11 hebräischen und jüdischen Schulen in Kowno waren 5,8% psychisch abnormer Kinder. In 10 hebräischen und jüdischen Schulen in Riga waren 3,88% solcher Kinder. Aus dieser Zusammenstellung sieht man, daß der Prozentsatz der defektiven Kinder in Riga um etwa 2% kleiner ist als in Warschau und Kowno. Dies läßt sich nach dem Verf. eventuell teilweise dadurch erklären, daß die Untersuchungen in Riga am Anfang des Lehrjahres durchgeführt worden sind, als die Kinder in den Anfangsklassen noch nicht genug Zeit hatten ihre abnormen Eigenschaften zu äußern. Hauptsächlich, glaubt er, in den relativ besseren sozial-ökonomischen Verhältnissen der jüdischen Bevölkerung in Riga die Ursache dieser Erscheinung zu finden. Dagegen stimmen die vergleichenden Untersuchungen an den Kownoer, Warschauer

und Rigaer Schulen darin überein, daß überall die Zahl der funktionell anormalen gegenüber den organisch anormalen Kindern überwiegt.

Zum Schluß kommt der Autor unter anderen zu folgenden Ausführungen: 1. Bei den vergleichenden heilpädagogischen Untersuchungen in drei verschiedenen Städten, bzw. Ländern schwankt der Prozentwert der psychisch-abnormen Kinder im Verhältnis zur gesamten Schulbevölkerung zwischen 4 und 6,5. Solchen Schwankungen begegnen wir auch bei den vergleichenden Untersuchungen der nichtjüdischen Bevölkerung in verschiedenen westeuropäischen Ländern. 2. Die sozial-ökonomische Lage der Bevölkerung hat einen merklichen Einfluß auf den psychisch-geistigen Zustand der heranwachsenden Generation.

[Vgl. auch *R. Becker*, Über jüdische psychisch-anormale Kinder, im »Das schutzlose Kind«. Warschau, 1928. Nr. 10. p. 144—147 (jüdisch).]

75. *Strauß, Hermann*, Erkrankungen durch Alkohol und Syphilis bei den Juden. »Zeitschr. f. Demogr. u. Stat. der Juden.« 1927. 1. Halbjahr. Nr. 3—4, p. 33—39.

(75) Der Autor bestätigt die Ergebnisse von Prof. *T. Cohn* in bezug auf die Seltenheit des Alkoholismus bei den Juden. Während seiner 16jährigen Tätigkeit im jüdischen Krankenhaus in Berlin, hat er nur zwei Fälle von Leberzirrhose bei Juden gesehen. In beiden Fällen hat es sich um ausgeprägte Potatoren gehandelt. Auch Delirium tremens hat er in der genannten Zeit nur einmal bei einem Juden und auch nur in abgeschwächter Form angetroffen.

Was die Syphilis bei den Juden anbetrifft, so ist sie wie auch nach eigenem Materiale, wie auch nach den Erfahrungen einiger prominenter Ärzte des Ostens, bei den Juden weniger zu treffen. Der Verfasser bringt die ihm mitgeteilten statistischen Ergebnisse von *Minor* (Moskau) und *E. Flatau* (Warschau), nach denen die spätsyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems bei Juden erheblich seltener zur Beobachtung gelangen als bei Nichtjuden. In der Statistik von *Minor* war das Verhältnis = 4% zu 16% in der Statistik von Flatau bei Männern war das Verhältnis 1,9% zu 6,5%.

76. *Teilhaber, Felix*, Alkoholismus der jüdischen Jugend. »Zeitschr. f. Demogr. u. Statistik d. Juden.« 1926. II. Halbjahr. Nr. 4—6. p. 123—124.

(76) Angeregt durch die »Gesolei«-Ausstellung, wo man in der jüdischen Abteilung auch eine Statistik über den Alkoholgebrauch der jüdischen Kinder veröffentlicht hat mit dem Ergebnisse, daß in den Jahren 1904 und 1906 unter den Wiener und Münchner Kindern ein ziemlich hoher Prozentsatz Alkohol konsumiert wurde und zwar, es tranken durchschnittlich 1—2 Liter Bier täglich unter den jüdischen Kindern 4,5%, unter den nichtjüdischen — 13,5%, veranstaltete der Verfasser eine Enquete über diesbezügliche Verhältnisse in einigen jüdischen Schulen in Berlin. Aus einer dieser Schulen gelang es ihm das Material von 474 jüdischen Mädchen zu erhalten. Es zeigte sich, daß unter diesen Mädchen im Alter von 9—15 Jahren im ganzen nur ein Kind mit täglich einem Glas Weißbier und eines mit gelegentlich einem hellen Bier konsumierten. Auch an zwei weiteren

jüdischen Schulen mit etwa 300 Kindern wurde dasselbe Resultat gezeitigt.

77. *Wirszubski, A.*, Zur Frage des Alkoholismus unter den Juden. »Jewrejski mediz. Golos.« 1908. Nr. 1. p. 33 (russisch).

78. *Wirszubski, A.*, Alkoholismus bei den Juden (polnisch). »Medycyna Warszawska.« 1930. Nr. 14.

In diesen zwei kurzen Aufsätzen (77—78) bringt der Verfasser unter anderen auch einige statistische Daten über die Verbreitung des Alkoholismus unter den Juden. In verschiedenen Städten in Polen, so z. B. in Wilna im Jahre 1907 waren unter seinen 200 Patienten Alkoholiker nur sechs Juden; also 3% jüdischer Alkoholiker bei 50% Anteil an der Bevölkerung. Auch im Jahre 1925 in Warschau, wo die jüdische Bevölkerung über 30% ausmacht, gaben von der ganzen Zahl der Alkoholiker Juden nur 3%, während die Polen 85,5% und die Angehörigen anderer Konfessionen 11,5%.

Auch zu der Alkoholfrage selbst nimmt der Verfasser Stellung. Er glaubt nicht, daß die übliche Meinung, daß der Alkoholismus nur ein Produkt ungeordneter sozialer Verhältnisse sei, die richtige ist. Gerade die Juden stehen in sozialer Hinsicht am ungünstigsten und doch ist der Alkoholismus bei ihnen sehr selten. *Wirszubski* findet, daß man den Alkoholismus weniger als soziale Krankheit betrachten soll, sondern als das Problem der Persönlichkeit, oder wie er es anders nennt, Alkoholismus der Persönlichkeit, unter welchen er den Einfluß der Familie, der Schule des ganzen gesellschaftlichen Lebens usw. versteht. In dieser Beziehung sind die Juden der beste Beweis dafür (Vgl. auch die Notiz von Dr. *S. Weiffenberg*: Alkoholismus unter den Juden in Wilna. »Zeitschr. f. Demogr. u. Statistik d. Juden.« 1908. Nr. 5. p. 79.)

79. *Wirszubski, A.*, Eine spezifische Art der Besessenheit bei Juden (polnisch). »Warszawskie Crosopismo Lekarskie.« 1929. Nr. 51.

Dasselbe unter dem Titel: »»Dybuk« im »Folksgezunt.« 1929. Nr. 20 (jüdisch).

(79) Beschreibung einer Psychose bei jüdischem Mädchen, deren Syndrom aus dem Glauben an »Dybuk« entstanden ist. Dieser Glauben an Dybuk (Seelenwanderung) ist bezeichnend für die jüdische Demonologie, welche unter dem Einfluß der mystischen Lehre »Kabbala« im Mittelalter bei den Juden gebräuchlich war.

B. Arbeiten allgemeiner Natur mit Berücksichtigung der Juden.

80. *Bednarz, Josef*, Psychiatrisch-gerichtliche Beobachtungen der kriminellen Abteilung der Irrenheilanstalt »Tworki« (polnisch). »Rocznik Psychjatryczny.« 1930. Bd. 13.

81. *Grigoriew*, Alkoholismus und Verbrechen in Petersburg (russisch). Petersburg, 1900.

82. *Hirschl*, Zur Ätiologie der progressiven Paralyse. Jahrbücher für Psychiatrie.« Bd. XIV. p. 429.

83. *Hoppe, Hugo*, Alkohol und Kriminalität (42. Heft der Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens.) Wiesbaden, J. F. Bergemann-Verlag, 1906. (Seite 122—130 den Juden gewidmet.)
Referat darüber von A. R. in »Zeitschr. f. Demogr. u. Statistik d. Juden«. 1906. Nr. 12.
84. *Janusz, W.* u. *Repecki, W.*, Lues und durch sie hervorgerufene Erkrankungen des zentralen Nervensystems (polnisch). »Wiadomosci Lekarskie.« Lwow. 1929. Nr. 2—7.
85. *Justman, St.*, Über die klinischen Formen des Alkoholismus bei Kindern (polnisch). »Warszawskie Czosopismo Lekarskie.« 1931. Nr. 32.
86. *Kanner, Leo*, Die Rassenprognose der progressiven Paralyse. »Z. Neur.« Bd. 105.
87. *Kolb*, Eine vergleichende internationale Paralysestatistik.
88. *Kowalczyk, Ignacy*, Über Alkoholismus unter den Kindern (polnisch). »Opieka nad dzieckiem.« 1927. Bd. V. Heft 3.
89. *Minor, L.*, Contribution à l'étude de l'étiologie du tabes. »Archives des Neurologie.« 1899. Vol. 17. p. 183—382.
90. *Paszczenko, F.* u. *Lazarew, S.*, Zur Statistik der progressiven Paralyse nach dem Material der psychiatrischen Kreisanstalt in Charkow (russisch). »Ukrainisches Institut der klinischen Psychiatrie und Sozial-Psychohygiene.« 1928.
»Ukrainisches Institut der klinischen Psychiatrie und Sozial-Psychohygiene.« 1928.
91. *Pilcz, A.*, Die periodischen Psychosen. Jena, 1901.
Vgl. die Bemerkung dazu von Epstein in: »Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift« 1902. p. 415.
92. *Pilcz, A.*, Paralysefrequenz der letzten 20 Jahre. »Wiener klinische Wochenschrift.« 1922. Nr. 24.
93. *Rosset, Edward*, Der Alkoholismus in Lodz im Lichte der statistischen Untersuchungen (polnisch). Lodz, 1925.
94. *Siwinski, B.*, Ein Beitrag zur Frage der Häufigkeit der progressiven Paralyse (polnisch). »Pamietnik zakladu »Kochanowka.« Lodz, 1925.

IV.

In nichtmedizinischen Zeitschriften publizierte Artikel über psychische Erkrankungen bei Juden.

95. *Becker, R.*, Über die Verbreitung der Geisteserkrankungen bei den Juden in der Schweiz. »Israelitisches Wochenbl. für die Schweiz.« Zürich, 1919. Nr. 45. p. 6—7.
96. *Becker, R.*, Der Jude als Patient. a) »Chwila.« Nr. 1667. 30. X. 1923 (polnisch). Lwów. b) »Nasz Preglad.« Nr. 339. 10. XII. 1924. Warschau (polnisch). (Nachdruck.)

97. *Becker, R.*, Die Nervenkrankheiten und deren Bekämpfung. »Folksgezunt.« Wilna, 1924. Nr. 1 (jüdisch).
98. *Becker, R.*, Die Hygiene der Rasse und die Kinderzeugung. »Folksgezunt.« 1925. Nr. 11 (jüdisch).
99. *Becker, R.*, Die jüdischen Geisteskranken und die Frage für deren Versorgung (polnisch). »Nasz Przegląd.« Nr. 121. 4. Mai 1927.
100. *Becker, R.*, Über offene Versorgung jüdischer psychischer Kranker. »Folksgezunt.« 1928. Nr. 19 (jüdisch).
101. *Benedikt, Moritz*, Der geistesranke Jude. a) »Nord und Süd.« 1918. Dezemberheft. b) Auszug aus dieser Arbeit im »Neuen Wiener Journal«. 18. XII. 1918.
- (101) Durch den Vortrag von Dr. R. *Becker* über jüdische Nervosität angeregt, nimmt Prof. M. *Benedikt* wiederum das Wort zum Problem »der geistesranke Jude«.
- Auf Grund einer Endemi von Geistesstörung, die in den Elendsquartieren in London unter den ansässigen jüdischen Schneidern, Flüchtlingen aus Rußland, im Jahre 1901 ausbrach, und welche damals die englischen Ärzte als Paralyse diagnostiziert haben, glaubte er, daß die Anschauung, daß die Lues die ausschließliche Ursache der Paralyse ist, nicht ganz einwandfrei sei. »Gerade durch die Beobachtung in meiner ostjüdischen, zumal strenggläubigen Klientel, bemerkt er, hatte ich die Sicherheit gewonnen, daß die allgemeine Annahme von Lues als die gewöhnliche Ursache der Paralyse — so wie z. B. auch der Tabes — zum Teil irrig sei.«
- In diesem, wie auch in seinen ersten englischen Artikel (2), bespricht er ausführlich die Prädisposition mit welcher die Juden und Jüdinnen überhaupt für Nervenkrankheiten: Paralyse, Tabes, Epilepsie, Hysterie usw. behaftet sind und die Veranlassung des Ausbruches der Krankheit war. Die gewaltsame Entfernung von der Natur und der gemüthlichen ruhigen Gewerbetätigkeit hat die jüdische Volksseele energisch in ein sozusagen überintensives Familienleben hineingedrängt mit einem exzessiven ehelichen Geschlechtsleben, das besonders bei den Weibern zu schweren Nervenleiden führte. Außerdem die vielen Katastrophen in der Geschichte der Juden haben den Keim zu schweren Neurosen gelegt und deren Ausbruch rechtzeitig.
102. *Bychowski, Z.*, Jüdische Nerven und jüdische Degeneration (jüdisch). Almanach der Zeitung »Moment«. 1921. Warschau.
103. *Cheinisze, L.*, Alkoholismus unter den Juden (russisch). »Jewrejskaja Enzyklopedia.« Bd. I. S. 894.
104. *Chmielnik, M.*, Die Geisteskrankheiten bei den Juden (jüdisch). Zeitschrift »Zukunft«. New York. 1922. Nr. 10.
105. *Crernichowski, S.*, Neurosen und psychische Erkrankungen bei Juden (russisch). »Jewrejskaja Enzyklopedia.« Bd. XI. S. 669—673.

106. *Flinkier, Arnold*, Kretinismus bei Juden. »Umschau«. II. März 1911.

(106) Als Amtsarzt der Bezirkshauptmannschaft Wiznitz (Bukowina) hatte der Verfasser Gelegenheit, in der am Czeremoszflusse gelegenen, öfteren Überschwemmungen ausgesetzten Niederung im ganzen 14 jüdische Kretins zu beobachten. Die dortigen Juden leben unter einer sehr armen ruthenischen Bevölkerung, in der Kretinismus endemisch ist. Die Juden sind erst im vorigen Jahrhundert in diese Gegend eingewandert. Daraus folgerte *Flinkier* erstens, daß die Juden nicht immun gegen die Erkrankung sind, zweitens, daß der Aufenthalt in »Kretinorten« genügt, um in wenigen Generationen schon die »kretinische Entartung« herbeizuführen. Und zwar tritt zunächst Kropf, bei der nächsten Generation echter Kretinismus ein. (Nach dem Referate in »Zeitschr. f. Demogr. u. Statistik d. Juden«. 1911. Nr. 14. p. 63.)

107. *Gottheil, William S.*, Artikel »Alcolizm« in der »Jewish Enzyklopedia«. I. Teil. New York 1901. p. 333.

(107) Als Beweis für die kleinere Verbreitung des Alkoholismus unter den Juden bringt der Verf. unter anderem, daß in dem New-Yorker »Bet Israel Hospital«, welches fast ausschließlich von Juden in Anspruch genommen wird — (die Zahl der nichtjüdischen Patienten ist nicht höher als 0,25%) — wurden bei 3000 im Laufe der letzten Jahre behandelten Kranken nur vier Fälle von Alkoholismus beobachtet, d. h. 0,13%, während in Boston, wo die Juden nicht sehr zahlreich sind, das »Boston City Hospital« bei gemischter Frequenz im Jahre 1899 226 Alkoholiker auf 7104 Kranke gezählt hat, das sind 3,18% oder 24mal so viel wie bei den Juden.

108. *Hoppe, H.*, Die Tatsachen über Alkohol. a) »Ost und West.« 1908. b) »Jüdische Rundschau.« 1907.

109. *Jeremias*. Die Hygiene der jüdischen Nerven. Sammelbuch »Jüdische Volksstimme«. 1904. Brünn. p. 73—78.

110. *Kutzinski, A.*, Über nervöse Entartung bei den Juden. »Ost und West.« 1905.

111. *Kutzinski, A.*, Angebliche jüdische Degeneration. »Allgemeine Zeitung des Judentums.« 1914. p. 146 u. 179.

112. *Ratner*, Die Geistes- und Gemütshygiene. Eine psychohygienische Studie. »Allgemeine Zeitung des Judentums.« 1918. Nr. 6, 7.

113. *Schneersohn, F.*, Über den geistig-psychischen Zustand der jüdischen Jugend (jüdisch). Zeitschrift »Frimorgen«. Riga. 17. X. 1926.

114. *Wirszubski, A.*, Über die Wahrscheinlichkeit von psychopathologischen Momenten bei den litauischen Juden (jüdisch). »Wilner Sammelbuch.« Wilna. 1916, Nr. 1; 1917, Nr. 2.

115. *Wirszubski, A.*, Der psycho-asthenischer Charakter von den litauischen Juden (jüdisch). Sammelbuch »Lite«. Wilna. 1919. Nr. 2.

116. *Einhorn, Dr. M.*, Die jüdische Nervosität. »Israelitisch. Wochenblatt f. d. Schweiz.« 1918. Nr. 19.
117. *Blowstein, Dr. M.*, Die Nervosität bei den Juden. »Israelit. Wochenbl. f. d. Schweiz.« 1919. Nr. 3, 4, 5.
118. *Dr. S. K.*, Der Zionismus und die jüdische Nervosität. »Israelitisches Familienblatt.« Hamburg. 1918. Nr. 37.
119. *Felix Resek*, Die jüdische Nervosität. »Jüdische Zeitung.« Wien. 1918. Nr. 38.
120. . . Die jüdische Nervosität. »Selbstwehr.« Prag. 1918. Nr. 22.
121. . . Die jüdische Nervosität. »Der Israelit.« Frankfurt a. M. 1918. Nr. 27.
(116—121) sind Besprechungen der Arbeiten von Dr. R. Becker über Die jüdische Nervosität. Siehe Nr. 4, 5.)
122. . . Sittliche und psychische Gesundheit. (Bezüglich der Arbeit von Dr. *Max Sichel*. Paralyse der Juden in sexuelogischer Bedeutung [70].) »Israelit.« 1919.
123. . . Idiotismus unter den Juden (russisch). »Jewrejskaja Enzyklopedia.« Bd. VIII. p. 22.

V.

Der Nosologie und Pathologie der Juden gewidmete Werke und Abhandlungen, in denen unter anderem auch die Geisteserkrankungen bei ihnen berücksichtigt sind.

124. *Buchstab, L. B.*, Die Krankheiten bei den Juden. Vortrag (russisch). Odessa. 1914.
125. *Engländer, M.*, Die auffallend häufigen Krankheitserscheinungen der jüdischen Rasse. Wien. 1902. Verlag von J. L. Pollak. 46 Seiten. (Über Nerven- u. Geisteskrankheiten. Seiten 12—31.)
126. *Fishberg, Maurice*, The Jews. A Study of Race and Environment. London. 1911. The Walter Scott Publishing Co. 758 Seiten.
(Deutsche Ausgabe unter dem Titel: Die Rassenmerkmale der Juden. Eine Einführung in ihre Anthropologie. München, 1913. C. Reinhardt Verlag. 272 Seiten. (Kapitel: Nervenkrankheiten, Jüdische Gebrechliche, Selbstmord. Psychische Insulte als Ursache der jüdischen Nervosität. Seiten 140—175.)
127. *Fishberg, M.*, The comparative pathology of the Jews. »New York medical Journal.« 1901.
128. *Fishberg, M.*, Die Gesundheitszustände der eingewanderten jüdischen Bevölkerung New Yorks. Sammlung »Jüdische Statistik«. Berlin. 1903.
(Über Nerven- und Geisteskrankheiten, Seiten 372—376.

129. *Golub, J. J.*, Diseases among Jews. »Journal of American Medical Association.«
130. *Gutmann, M. J.*, Über den heutigen Stand der Rasse- und Krankheitsfrage der Juden. München. 1920. Verlag R. Müller & Steinicke. 72 S. (Im Kapitel: Nervenkrankheiten. Seiten 42—48.)
131. *Gutmann, M. J.*, Die Krankheiten der Juden. »Zeitschr. f. Demogr. u. Stat. d. Juden.« 1925. Nr. 1. p. 34—44.
132. *Maretski*, Die Gesundheitsverhältnisse der Juden. Sammelbuch »Statistik der Juden«. Berlin. 1918. (Im Kapitel: Nervenkrankheiten. Seiten 142—151.)
133. *Ruppin, Arthur*, Soziologie der Juden. Erster Band. Jüdischer Verlag. Berlin. 1930. 522 Seiten. (Kapitel unter d. Titel: Geistige und Körperliche Gebrechen. Seiten 250 bis 254.)
134. *Singer, Heinrich*, Allgemeine und spezielle Krankheitslehre der Juden. Leipzig. 1904. Verlag Benno Koeneg. 140 S.
135. *Sofer, Leo*, Zur Biologie und Pathologie der jüdischen Rasse. »Zeitschr. f. Demogr. u. Statistik d. Juden.« 1906. Nr. 6.
136. *Sofer, Leo*, Rassenbiologie und Pathologie der Juden. »Wiener klinische Rundschau.« 1917. Nr. 11, 13, 16.
137. *Thon, Jakob*, Die Juden in Österreich. Veröffentlichungen des Bureaus für Statistik der Juden. Heft 4. Berlin. 1908. (Kapitel XI: Geistesranke. Seiten 151—160.)
138. *Wermel, S. S.*, Aus der Pathologie der Juden (russisch). Moskau. 1911.
139. *Zollshan, Ignaz*, Das Rassenproblem, unter besonderer Berücksichtigung der theoretischen Grundlagen der jüdischen Rassenfrage. 512 Seiten. Wien u. Leipzig. Verlag W. Braumüller. 1912. 3. Auflage.
(Über Geisteskrankheiten. Seiten 269—272.)

VI.

Die Psychiatrie in alt-hebräischer und jüdischer Literatur. Psychiatrisches in der jüdischen Geschichte.

140. *Bumm*, Spuren griechischer Psychiatrie im Talmud.
141. *Kornfeld, Hermann*, Verbrechen und Geistesstörung im Lichte der altbiblischen Tradition. Halle a. d. S. 1904. Verlag von Carl Marhold. 36 Seiten.
142. *Sichel, Max*, Die Geistesstörungen bei den Juden. Eine klinisch-historische Studie. Leipzig. 1909. Verlag M. W. Kaufmann. 81 Seiten. (Vgl. Seite 252. Nr. 29.)
143. *Wirszubski, A.*, Psychische und Nervenerkrankungen nach

der Bibel (russisch). »Jewrejski medizinski Golos.« 1908. Nr. 2—3.

144. *Wirszubski, A.*, Psychische und Nervenerkrankungen nach dem Talmud (russisch). »Jewrejski medizinski Golos.« 1909. Nr. 2—3.

145. *Wirszubski, A.*, Die Geschichte der Psychiatrie bei den Juden des Altertums (polnisch). »Rocznik Psychjacyjny.« 1930. Bd. XIII. p. 210—213.

146. *Wirszubski, A.*, Die Psychiatrie in Bibel und Talmud. »TOZ-Jedioth.« 1930. Nr. 7—8. p. 195—199 (jüdisch).

In den oben genannten Arbeiten (143—146) beschäftigt sich der Verfasser hauptsächlich mit der Frage der Geisteserkrankungen in der biblischen und talmudischen Literatur. An Hand beigefügter Stellen aus dieser Literatur bringt er Beispiele verschiedener Arten von Geisteserkrankungen bei einer ganzen Anzahl Bibelgestalten (König Saul, Nabuchadnezer u. a.). Im Talmud trifft man auch sehr oft ganze Stellen, die sich mit der Frage und sogar mit der Definition der Geisteskrankheiten beschäftigten. Wir finden auch im Talmud eine ganze Reihe Gesetze, die sich mit der rechtlichen Stellung der Geisteskranken, wie auch mit der Frage der Ehescheidung Geisteskranker beschäftigen. (Vgl. auch die von Dr. *I. Mintz* »Diskussionsbemerkungen zu dem Artikel 'Die Psychiatrie in Bibel u. Talmud' in 'TOZ-Jedioth', 1930, Nr. 9—12 und 'Soziale Medizin', 1931, Nr. 1—2 wie auch die Replik von Dr. *A. Wirszubski*, *ibid.* 1931, Nr. 1—2 [jüdisch].)

147. *Wirszubski, A.*, Die psychopathologischen Wurzeln der Kabbala (polnisch mit franz. Resumé). »Nowiny Psychjacyjne.« 1931. Heft 1—2. p. 36—45.

(147) Die Kabbala ist die eigenartige mystische Literatur, die bei den Juden im 13. Jahrhundert entstanden war, und welche im Laufe vieler Jahrhunderte einen großen Einfluß auf ihr geistiges Leben ausübte. Den Inhalt der Kabbala machten aus: die exstatischen Erlebnisse, die prophetischen Verwirrungen, die visuellen Halluzinationen, Beschwörungen und pseudo-messianistische Irrungen, ungeheure phantastische Vorstellungen, Aberglauben, mystische Symbolik, wunderbare Rettungen usw.

Die Entstehung dieser pathologischen Schöpfungen, welche direkt eine Umwälzung im normalen Denken einer Reihe von Generationen verursacht haben, war aber keine zufällige, sondern hervorgerufen durch die inneren und äußeren Geschehnisse im damaligen jüdischen Leben.

Der Autor bringt eine ganze Reihe Beispiele vom pathologischen Charakter dieser Kabbala-Literatur und sagt zum Schluß, daß die Mystik der Kabbala, welche im finsternen Mittelalter entstanden ist, ganze Jahrhunderte überdauerte und noch bis in die gegenwärtige Zeit nicht ganz aus dem Geistesleben der streng religiös-jüdischen Kreise verschwunden ist.

148. *Wirszubski, A.*, Die psychischen Epidemien in der jüdischen Geschichte (polnisch mit franz. Resumé). »Nowiny Psychjacyjne.« 1930. Heft 1—2. p. 12—22.

(148) In verschiedenen Epochen der Geschichte unter gewissen Um-

ständen können ganze Volksmassen gleich wie einzelne Personen einer psychischen Störung unterliegen. Diese psychischen Epidemien bestehen gewöhnlich aus religiösen, politischen oder sozial-ökonomischen Momenten.

Was die psychischen Epidemien in der Geschichte der Juden anbelangt, so waren sie immer religiösen Ursprungs. Diese psychischen Störungen wurden immer durch die mystische und leidenschaftliche Hoffnung an das Kommen des Messias gebunden, welcher das Volk Israel aus dem Exil befreien und das jüdische Land aufs neue erbauen wird. Solche Ausbrüche des aktiven Messianismus arteten sogar in messianistische Bewegungen aus. Seit dem 1. Jahrhundert nach Christi zählte die jüdische Geschichte 25 solcher Bewegungen. Abklänge dieses eingewurzelten Glaubens an die Möglichkeit der wunderbaren Rettung des Volkes Israel durch Messias sind noch bis in die gegenwärtige Zeit erhalten geblieben. Heute aber können solche Träumer auf die jüdischen Volksmassen keinen Einfluß mehr ausüben und werden als Paranoiker behandelt.

149. *Wirszubski, Abram*, Die jüdische Gesetzgebung über die Scheidung im Falle der Geisteskrankheit (russisch). Nach dem Vortrage, gehalten in der psychiatrischen Sektion des X. Pirogowschen Kongresses in Moskau. 1907.) Wilno. 1907.

150. *Wirszubski, A.*, Die Ehescheidung bei den Juden infolge der Geisteskrankheit im Lichte der jüdischen Gesetzgebung (polnisch). »Nowiny Psychjatryczne.« 1931. Heft 3—4. p. 210—218. Dasselbe in jüdischer Sprache in der Zeitschrift »Soziale Medizin«. 1931. Nr. 9—10. (Warschau.)

151. *Wirszubski, A.*, Psychiatrische Etüden von I. L. Perec. »Unser Osid.« 1918. Nr. 10, 11, 12. Wilna (jüdisch.)

(151) Der Verfasser beschäftigt sich in dieser Studie mit der Analyse einiger Schriften des bekannten jüdischen Schriftstellers J. L. Perec, die auch vom psychiatrischen Standpunkte sehr interessant sind. Dies gilt besonders für seine glänzenden Novellen unter dem Titel »Chassidika«, in welchen dieser Schriftsteller die Abklänge der mystischen Ideologie der Kabbala unter den polnischen chassidischen Juden sehr kunstvoll geschildert hat.

VII.

Das Anstaltswesen und die psychiatrische Fürsorge bei den Juden.

152. *Becker, Rafael*, Das jüdische Nervensanatorium in Palästina. a) Jüdische Zeitung. Wien. 1919. Nr. 13. b) Israelitisches Wochenblatt für die Schweiz. Zürich. 1919. Nr. 16. c) Volk und Land. Berlin. 1919. Nr. 17. d) Das jüdische Volk. Warschau (jüdisch). 3. X. 1919.

153. *Becker, Rafael*, Die jüdischen Geisteskranken und ihre Versorgung. »OSE-Rundschau.« 1927. Nr. 5. p. 1—4.

154. *Becker, Rafael*, Über die Verbreitung der Geisteskrankheiten bei den Juden in Polen und die Frage derer Versorgung (Vortrag). a) »OSE-Rundschau.« 1928. Nr. 9. p. 8—11. b) »Księga Pamiątkowa Pierwszego Krajowego Zjazdu Lekarskiego TOZ'u.« 1929. Warschau. p. 112 bis 117 (polnisch). c) »Schriften der ersten Ärzte-Landestagung der Gesellschaft »TOZ« in Warschau.« 1929. p. 66—69 (jüdisch).

In der ersten Arbeit (153) beschreibt Verfasser die Gründung und die Tätigkeit der »Gesellschaft zur Fürsorge armer nerven- und geisteskranker Juden in Polen« mit ihrer Irrenheilanstalt »Zofjowka« in Otwock bei Warschau. In der zweiten Arbeit (154) bringt er folgende Richtlinien zur Frage der Versorgung der Geisteskranken bei den Juden. In Polen sind mindestens 12000 geisteskranke Juden vorhanden, wovon 3000 anstaltsbedürftig sind. Im Kampfe gegen diese Krankheiten ist bei Juden noch nicht viel geleistet worden. Eine Aufklärungspropaganda würde unschätzbare Dienste leisten. Die Vermehrung erblichbelasteter und geisteskranker Individuen muß verhindert werden. Die bestehenden Irrenabteilungen für geisteskranke Juden müssen vergrößert werden, oder auch neue sollten entstehen. Sehr empfehlenswert ist auch die sogen. offene Fürsorge, sie würde auch die Entlastung der Anstalten ermöglichen.

155. *Bogusławska, Helena*, In der Anstalt für jüdische defektive Kinder in Otwock (idisch). »Das schutzlose Kind.« 1929. Nr. 6—7.
156. *Bregmann, L.*, Die jüdische Irrenanstalt »Zofjówka« in Otwock bei Warschau. Beschreibung (polnisch). »Zdrowie.« 1912. Nr. 12.
157. *Bregmann, L.*, Die Geschichte der Entstehung der Irrenheilanstalt »Zofjówka« mit Angabe der statistischen Daten (polnisch). »Rocznik Psychjatryczny.« 1928. Bd. 8. p. 108. bis 109.
158. *Luniewski, W.*, Eine Kolonie für psychisch Kranke im (jüdischen) Dorfe Dekszna (polnisch). »Nowiny Psychjatryczne.« 1931. Heft 3—4. p. 183—192.
159. *Wirszubski, A.*, Die psychiatrische Hilfe der jüdischen Bevölkerung in dem Wilnaer Gouvernement (russisch). »Jewzejski mediz. Głos.« 1910. Nr. 1—2.
160. *Wirszubski, A.*, Die Familienfürsorge der Geisteskranken im Wilnaer Gebiet (polnisch). »Nowiny Lekarskie.« 1927. Nr. 2.

(160) Der Autor bespricht hier die Familienversorgung der Geisteskranken im Dorfe Dekszna bei Wilna. Dieses Dorf ist von einer Kolonie jüdischer Bauern bewohnt, welche sich unter anderem auch mit der Versorgung einer Anzahl jüdischer Geisteskranken beschäftigten. Der Verfasser beschreibt die Entstehung dieser Art der offenen Versorgung in Dekszna, die jedoch auf einer sehr primitiven Stufe steht und sich leider

noch ohne ärztliche und ohne irgendwelche gesellschaftliche Kontrolle befindet. Der Verfasser bespricht die Notwendigkeit solcher Familienpatronate für Geisteskranke. Diese Patronate sollen sich aber unter ärztlicher und gesellschaftlicher Kontrolle befinden und in einem nahen Kontakte mit einer Irrenanstalt stehen.

Vgl. auch die Kontroverse über die Verhältnisse in dieser Kolonie in der populär-medizinischen jüdischen Zeitschrift »Folksgezunt« in Wilna. Artikel von Dr. C. *Lukaszewski* in Nr. 17, 20 (1928); Dr. C. *Szabad* in Nr. 17 (1928); Dr. A. *Wirszubski* in Nr. 18, 21 (1928); Dr. R. *Becker* in Nr. 19 (1928).

Anhang I.

Über psychologische Eigenschaften der Juden.

161. *Bienstock, W.*, Zur Frage der Begabung der Juden (russisch). Sammelbuch: »Woprosy Biologii i Patologii jew-rejew«. 1926. Bd. I. p. 7—29.
162. *Cohen, Irma, Loeb*, The Intelligence of Jews as Compared with Non-Jews. Ohio State University Studies, Contributions to Psychology. Nr. 8. 1927.
163. *Davies, Mary and Hughes, A. G.*, An Investigation into the comparative Intelligence and Attainments of jewish and non-jewish school Children. »OSE-Rundschau.« 1928. Nr. 1. p. 7—17.
164. *Hughes, A. G.*, Jews and Gentiles. Their Intellectual and Temperamental Differences. A psychological study which reveals the innate superiority of London Jewish Children over their gentile school-mates. »OSE-Rundschau.« 1921. Nr. 1.
165. *Golomb, A.*, Die Intelligenzprüfung in dem jüdischen Lehrer-Seminar in Wilna (jüdisch). »liwo-Bleter.« 1931. Bd. I. p. 208ff.
166. *Jur, A. G.*, Vergleichende Untersuchung der psychischen Entwicklung der jüdischen und nichtjüdischen Schüler in London (russisch). »Woprosy Biologii i Patologii jew-rejew.« Sammlung III. Heft 1. 1930.
167. *Lazerson, V.*, Pädologische Betrachtungen. (Psychologische und physische Untersuchungen jüdischer Kinder in Litauen.) »OSE-Rundschau.« 1927. Nr. 2 und Nr. 10.
168. *Melamed, S. M.*, Psychologie des jüdischen Geistes. Zur Völker- und Kulturpsychologie. Berlin. 1913. Verlag C. A. Schwetschke u. Sohn. 224 Seiten.
169. *Nemecek*, Zur Psychologie jüdischer und christlicher Schüler. »Beiträge zur Kinderforschung und Heilerziehung.« Heft 16. 1916.

170. *Rubin, Israel*, Über den Begriff vom Tode bei jüdischen Kindern im schulpflichtigen Alter. »OSE-Rundschau.« 1930. Nr. 4.
171. *Ruppin, Arthur*, Begabungsunterschiede christlicher und jüdischer Kinder. »Zeitschr. f. Demogr. u. Statistik der Juden.« 1906. Nr. 8/9.
172. *Stern, Erich*, Zur Psychologie des jüdischen Kindes. Zeitschrift »Der Morgen«. Philo-Verlag. Berlin. 1928. Jahrg. 3. Heft 6. Referat in »Zeitschrift für jüdische Wohlfahrtspflege«. 1929. Nr. 1. p. 58—59.
173. *Weinberg, R.*, Über einige ungewöhnliche Befunde an Judenhirnen. »Biologisches Centralblatt.« Bd. 23. Nr. 4.
174. *Wolberg, Dina*, Zur differentiellen Psychologie der Juden. »Jaener Beiträge zur Jugend- und Erziehungspsychologie.« Heft 5. 1927. Verlag Julius Beitz.

Anhang 2.

Über Selbstmord bei Juden.

175. *Gaupp*, Über den Selbstmord. München. 1905.
176. *Grünwald, Max*, Über Selbstmordstatistik. »Monatsschrift f. Kriminalpsychologie und Strafrecht.« 1927. Bd. 18. Heft 1.
177. *Grzywo-Dąbrowski*, Die Selbstmorde in Warschau. In den Jahren 1927, 1928, 1929, 1930. »Crosopismo Sądowo-Lekarskie.« Jahrgänge 1929—1931.
178. *Gutmann, M. J.*, Zum Problem des Selbstmordes bei den Juden (jüdisch). »Schriften für Wirtschaft und Statistik.« Bd. I. p. 117—121. Berlin. 1928.
179. *Hirszberg, Max*, Der Selbstmord bei den Juden mit besonderer Berücksichtigung Bayerns. »Zeitschrift f. Demogr. u. Statistik d. Juden.« 1906. Nr. 7.
180. *Koralnik, I.*, Zur Statistik des Freitodes bei den Juden in Preußen. 1920—1928. »Zeitschrift f. Demogr. u. Statistik d. Juden.« 1930. Nr. 2.
181. *Lomer, G.*, Die Beziehung von Selbstmord und Geisteskrankheit zur Rasse. »Polit. anthropol. Revue.« 1926. Nr. 5.
182. *Massaryk*, Der Selbstmord. Wien. 1881.
183. *Pilcz, A.*, Zur Lehre vom Selbstmord. »Jahrbuch für Psychiatrie.« Bd. 26. 1905. p. 294.
184. *Segall, Jakob*, Statistik der Selbstmorde bei den Juden in Preußen (jüdisch). »Blätter für jüdische Demographie, Statistik und Wirtschaftskunde.« 1923. Nr. 2.
185. *Sichel, Max*, Der Selbstmord bei den Juden — einst und jetzt. »Zeitschrift f. Demogr. u. Statistik d. Juden.« 1924. Nr. 5/6.

186. *Stelzner*, Analyse von 200 Selbstmordfällen. Berlin. 1906.
187. *Tänzer*, Selbstmordstatistik der Juden in Württemberg. »Israelitische Wochenschrift.« 1910. Nr. 46.
188. *Wassermann, Rudolf*, Der Selbstmord unter den bayrischen Juden. »Zeitschr. f. Demogr. u. Statistik d. Juden.« 1906. Nr. 1.
189. *Wassermann, Rudolf*, Der Selbstmord bei den Juden in Deutschland. »Zeitschr. f. Demogr. u. Statistik d. Juden.« 1910. Nr. 8/9.
190. *Wirszubski, A.*, Die Epidemie des Selbstmordes unter den Juden.
 a) »Księga Pamiątkowa Zjazdowi Lekarskiemu TOZ'u. 1929. p. 103 bis 105 (polnisch). b) »Schriften der ersten Ärzte-Landes-Tagung der Gesellschaft 'TOZ' in Warschau.« 1929 (jüdisch).
191. . . . Der Selbstmord in der gegenwärtigen Zeit. »Jewrejskaja Encyklopedia.« Bd. XIII. p. 879—880.
192. . . . Der Einfluß der Religion auf Selbstmorde (russisch). »Mysl.« 1882. Nr. 1.
193. . . . Epidemie von Selbstmorden bei den Juden in Polen (jüdisch). »Folksgezunt.« 1927. Nr. 20. p. 346.

Diese Bibliographie wird von mir fortlaufend weiter geführt, und deshalb bitte ich alle Autoren, die auf dem Gebiete der Vergleichenden Rassen-Psychiatrie tätig sind, um freundliche Zusendung ihrer diesbezüglichen Arbeiten. Für die Aufmerksammachung auf eventuelle Lücken in dieser Übersicht werde ich überaus dankbar sein.

Dr. R. Becker, Ostwock bei Warschau, Cmilja-Platerstr. Nr. 3.

Über Kriminalbiologie.

Vortrag (Febr. 1932) in der Münchener jurist. Studiengesellschaft

von

Ob.-Med.-Rat Dr. med. **Th. Viernstein**-München,

Leiter der bayer. kriminalbiol. Sammelstelle (Deutsche Forsch.-Anst. f. Psychiatrie).

Als ich vor 6 Jahren bei Ihnen über Kriminalbiologie, also über die naturwissenschaftliche Betrachtung des Verbrechens und des Verbrechers zum ersten Male sprechen durfte, war die Anordnung, daß die Strafhauszugänge in den bayerischen Strafanstalten kriminalbiologisch zu untersuchen seien, noch eine fremdartig empfundene Neuerung gewesen. Sie begegnete hinsichtlich ihrer Arbeitsweise und ihrer Durchführbarkeit noch manchen Zweifeln. Sogar die Richtigkeit und Verwertbarkeit ihrer Ergebnisse wurde angestritten. Ich konnte damals auch nur die Gründe darlegen, aus denen heraus der Stufenstrafvollzug, der die Besserung und Wiedergewinnung des Rechtsbrechers unter den Strafzwecken besonders betont, bei seinen psychologischen Aufgaben gerade eine genaue Kenntnis der Persönlichkeit notwendig habe. Ich konnte aber gleichzeitig auch schon den Plan entwickeln, wie diese Anhaltspunkte vermittelt zu werden vermögen durch eine naturwissenschaftliche Aufschließung der Persönlichkeit nach ihren Anlagen, ihren Umweltsverhältnissen und ihrem eigenen seelischen Ich. Erfahrungen aus praktischer Anwendung standen dagegen noch nicht zu Gebote. Es war ein Programm, dessen Auswirkungen abgewartet werden mußten.

Heute hat die biologische Untersuchung und Deutung der strafverübenden Verbrecher festen Boden gewonnen. Unsere bayerische Arbeitsweise, die bekanntlich unter den deutschen Staaten zeitlich die erste gewesen ist, hat Schule gemacht. Andere deutsche Justizverwaltungen haben gleichgerichtete Untersuchungen an ihren Gefangenen eingeführt. Der Entwurf des deutschen Strafvollzugsgesetzes anerkennt, daß man sich im Erziehungsstrafvollzug mit der Persönlichkeit des Täters, seinem Werdegang und seinen Eigenschaften forschend und erkennend beschäftigen müsse.

Im eigenen bayerischen Lager scheinen mir die genannten anfänglichen Bedenken und ebenso gewisse Besorgnisse geschwunden zu sein wegen eines Überwucherns der rein ärztlichen und psychologischen Betrachtungsweise zuungunsten der herkömmlichen Einstellung des Strafvollzuges. Die biologische Untersuchung ist als brauchbares Hilfsmittel für die seelische Behandlung und Erziehung erkannt. Nicht minder wurde deutlich, daß diese Beisteuer aus naturwissenschaftlicher und psychologischer Quelle keine Gefahr für den notwendigen Ernst und die gebotene Strenge der Strafhaussituation darstellt.

Sohin hat sich eine bestimmte Erfolgserwartung bezüglich des Strafvollzuges tatsächlich erfüllt. Aber heute ist darüber hinaus noch festzustellen, daß die Kriminalbiologie auch auf dem Wege ist, wie im Strafvollzuge ebenso im vorangehenden Gerichtsverfahren sachverständige Helferinnen zu werden. Mehr und mehr wird aus juristischen Kreisen selbst der Ruf laut nach einer ergänzenden naturwissenschaftlichen Mitbetrachtung des Rechtsbruches, der ja stets Ausfluß einer bestimmt beschaffenen und unter bestimmten Umständen handelnden einzigartigen Persönlichkeit ist. Das neue deutsche Strafgesetzbuch trägt in seinem Entwurf diesem aus der Gerichtspraxis herausgewachsenen Bedürfnis Rechnung. Der Strafprozeß wird sich nach der biologischen Seite vervollkommen.

Das Strafgesetz wertet und verurteilt die strafbare Handlung. Nicht der Täter, sondern die Tat steht im Mittelpunkt. Das bietet den Vorteil der Zuverlässigkeit der Ermittlung der Tatumstände, bietet die Möglichkeit die Tat genau zu umgrenzen und sie in eine, ein für allemal terminologisch festgelegte Gruppe einzureihen. Eine Handlung vermögen wir in ihrer Entstehung, ihrem Aufbau, ihren Wirkungen zu beobachten und nachzuprüfen. Das Tatprinzip stellt den Richter auf den psychologisch sichersten Boden, weil es von ihm die Würdigung wirklicher, terminierbarer und klassifizierbarer Vorgänge verlangt. Daraus ergibt sich die Möglichkeit einer grundsätzlich gleichsinnigen Behandlung gleicher Tatbestände, soweit menschliche Unvollkommenheit dies zuläßt.

Die Feststellung des Sachverhaltes strafbarer Handlungen ist damit Hauptaufgabe der Voruntersuchung, der Anklage und der Gerichtsverhandlung. Bei diesen Ermittlungen müssen nun heute auch jene scheinbar weiterliegenden, nicht so unmittelbar auffälligen Tatquellen aufgedeckt und einbezogen werden, die als innere seelische Antriebe und Anstöße augenblicklicher oder dauernder Art in der Persönlichkeit des Täters oder als äußere umweltliche in dessen besonderen Verhältnissen liegen. Der Täter ist ein überaus wichtiger Bestandteil in dem Vorgange,

der als verbrecherisches Geschehen, als Straftat behandelt werden soll. Die Kenntnis des Täters rundet erst den engeren Erkenntniskreis des unmittelbaren Tatablaufes ab.

Jahrzehntelang war von der Naturwissenschaft, von der Psychiatrie insbesondere, gefordert worden, auch jenen individuellen Wurzeln der Rechtsbrüche nachzugehen und dadurch das Strafverfahren vor Gericht zu einer erhöht fallangepaßten Gerechtigkeit zu befähigen. Die Einsichten auf seelenkundlichem, charakterlichem, irrenärztlichem und zuletzt erbkundlichem Gebiete wuchsen immer mehr. In demselben Maße stieg auch das erwähnte Bedürfnis der strafrichterlichen Praxis nach einer Verwertung dieser naturwissenschaftlichen Darbietungen. Voran ging bekanntlich die Jugendgerichtsbarkeit, die sich zuerst durch verschiedene Gerichtshelfer den jugendlichen Täter als seelische und soziale Persönlichkeit nahebringen ließ. Aber auch im Strafverfahren gegen Erwachsene wurde zunehmend als Mangel empfunden, daß sowohl die Voruntersuchung wie insbesondere die kurze, entscheidende Spanne Zeit der Gerichtsverhandlung nur ungenügend Bedacht legen kann auf die Ermittlung und anschauliche Darstellung der persönlichen Verhältnisse des Täters. Diese Dinge kommen zu kurz, weil eine Überladung mit der Erörterung allein der unmittelbaren Umstände besteht. Eine biologische Untersuchung und Wertung des Täters, an der die künftige Strafgesetzgebung nicht mehr vorbeigehen wird, muß daher dem urteilenden Gericht als vorangängiger Akt zur Hand sein. Ihr Zeitpunkt würde im Verlaufe der Voruntersuchung liegen. Ihr Ergebnis wäre vom biologischen Sachverständigen vor Gericht zu vertreten. Der Entscheid über die Erholung eines solchen Gutachtens bliebe den strafrichterlichen Stellen überlassen. Vom biologisch-psychologischen Standpunkt aus wird man allerdings sagen müssen, daß es sogenannte »minderwichtige« Fälle nicht gibt.

In dem kommenden Einzug des biologischen Sachverständigen im Strafverfahren vor Gericht ist aber keine extreme Verschiebung des Tatprinzipes nach der Richtung des Täterprinzipes zu besorgen. Die strafrichterliche Entscheidung wird sich von der Objektivität der Tatwürdigung nicht ab und zu einer nur psychologisierenden, »über«psychologisierenden Betrachtung des Täters hinzuwenden brauchen. Vor einem derartigen Verlangen wird gerade den Biologen seine Stellungnahme zu Ethik und Gesetz schützen, die er beide als höchste biologische Funktionsentwicklungen des Menschen versteht. Daraus folgt, daß die Kriminalbiologie als neugewandter Zweig der biologischen Gesamtwissenschaften durch die Aufschließung und Deutung der Täterpersönlichkeit nicht diese gegenüber der Gesellschaft, ihren

Einrichtungen und Forderungen wird bevorzugen und beschützen wollen. Die Kriminalbiologie nimmt vielmehr als Ausgangs- und Zielpunkt die Gemeinschaftsbelange, zu denen der Täter als seinerseits abwegig gewordenen Einzelwesen mit seiner Handlung die unrichtige Beziehung hatte. Die Unzulänglichkeit und Verbesserungsbedürftigkeit mancher gesellschaftlicher Einrichtungen und wirtschaftlicher Zustände kann von keinem psychologischen oder weltanschaulich-politischen Standpunkte aus dem einzelnen das Recht geben, auf solche von den anderen Volksgenossen ebenso empfundene aber in sozialer Haltung ertragene Tatsachen mit verbrecherischen Handlungen zu antworten. Auch vom biologischen Standpunkte aus findet sich demnach die gesellschaftsfeindliche Handlung genau entsprechend dem Tatprinzip des Strafgesetzes im Mittelpunkt. Der Täter ist allerdings Gegenstand der biologischen Untersuchung. Aber als Ziel der Untersuchung schwebt die Klärung seines Verhältnisses zur Gemeinschaft im Sinne des Grades seiner Eingliederungsbereitschaft und seiner Eingliederungsbefähigung oder -nichtbefähigung vor.

Diese Grundeinstellung muß mit aller Deutlichkeit hervorgehoben werden. Und dies um so mehr, als eine anders denkende wissenschaftliche Richtung besteht und mit der Kriminalbiologie oft zusammen genannt wird, die Psychoanalyse. Ihre Arbeitsweise ist wissenschaftlich noch reichlich umstritten. Ihr Feld ist zudem das Krankhafte, die Psychoneurose. Der Versuch einzelner ihrer Anhänger, auch den Rechtsbrecher zum Träger krankhaft begründeter Reaktionen, krankhafter sozialer Fehlleistungen zu stempeln, ist aber ganz unmöglich. Es ist nach dem heutigen Stande unseres Wissens unbegründet, an ihn grundsätzlich den Maßstab kranken Seelenlebens anzulegen. Mit Recht hat sich erst kürzlich in den Süddeutschen Monatsheften (August 1931) Professor *Aschaffenburg* in Köln entschieden gegen die Anwendbarkeit der Psychoanalyse aufs verbrecherische Geschehen ausgesprochen.

Bei dieser heutigen Lage, die den Übergang zu neuen Wegen der Verbrechensbekämpfung bei Gericht und im Strafvollzug darstellt, muß der Biologe jede Gelegenheit dankbar begrüßen, von der Art und dem Werte seiner Beisteuer diejenigen zu überzeugen, die als Untersuchungsrichter, Ankläger, Richter und Verteidiger den Täter vor Gericht sehen oder als Strafvollzugsbeamte im Strafvollzuge und in der Entlassenenfürsorge sich nachher mit ihm zu befassen haben.

Wenn das neue deutsche Strafgesetz die Klärung der Täterpersönlichkeit und die Sicherungsverwahrung bestimmter Verbrecher bringen wird, muß der deutsche Strafrechtler über die

Kriminalbiologie, ihre Arbeitsweise, ihre Ziele und ihre Darbietungen ein selbständiges, auf Einsicht und Überzeugung beruhendes Urteil besitzen.

Ich möchte zu diesem Ende heute zunächst nur ganz wenige Worte sagen über den Aufbau der biologischen Untersuchungen, mit denen Bayern, wie erwähnt, zeitlich und dem Umfange seiner Einrichtung nach in Deutschland vorangegangen ist.

Die Einführung des bayerischen Stufenstrafvollzuges, dessen Schöpfer Herr Ministerialdirektor Degen ist, wurde zur Geburtsstunde der biologisch-psychologischen Untersuchungen an den Strafhauszugängen. Heilerziehung im Bereiche der sozialen Funktionen, Wiedergewinnung des Rechtsbrechers für die Gemeinschaft durch seine Zurückführung zu sozialem Denken, Fühlen und Wollen hat ebenso sehr wie manche andere erzieherische, besonders heilerzieherische Aufgabe, wie etwa, um nur eines zu nennen, die Beseitigung krankhaft nervös bedingter seelischer Fremdgebilde, die genaueste Kenntnis des Erziehungsobjektes zur Voraussetzung. In unserem Falle also müssen wir den Strafgefangenen kennenlernen.

Der neuzeitliche Stufenstrafvollzug mußte auf die Grundlage der genauesten Untersuchung eines jeden Strafgefangenen gelegt werden. Die Besonderheiten des Verstandes-, Gefühls- und Willenslebens müssen in jedem Einzelfalle ermittelt werden. Die jedem Menschen einzelhaft und einzigartig eigentümliche Form des Erlebens der Umwelt und des geistig-seelischen Antwortens auf diese Reize muß klargelegt werden. Der Charakter der Persönlichkeit ist zu erschließen namentlich auch nach der sozialen Ansprechbarkeit oder Unempfindlichkeit. Und dabei ist zu beachten, was von allem persönlichen Besitztum an Eigenschaften eines Menschen auf unabänderbare, vererbte und weiter vererbare Anlagen, was andererseits auf Umweltseinflüsse zurückgeht.

In Bayern sind die Ärzte der Strafanstalten, ferner auch die juristischen Nebenbeamten, die Geistlichen und Lehrer zu diesen Erhebungen an den Strafhauszugängen berufen worden.

Bei beiden Untersuchungsweisen, der der Ärzte und der der Nichtärzte, wird ein für die Beurteilung der Persönlichkeit und für ihre stufenstrafvollzugliche Behandlung zureichendes, wenn auch verschieden umfangliches Bild erzielt. Dabei geben keineswegs die Angaben des Gefangenen nach Maßgabe seiner Ausfragung den Ausschlag, sondern vielmehr die Befunde, welche durch die psychologisch-charakterliche Aufschließung und Deutung seiner Person gezeitigt werden. Das Wissen des Gefangenen über sich, sein Leben und über die geistig-seelische, soziale und

wirtschaftliche, gegebenenfalls verbrecherische Artung seiner Angehörigen in auf- und absteigender, sowie seitlicher Linie ist allerdings für den Einblick in den Gesamtaufbau der Verbrecherpersönlichkeit, die wir vor uns haben, von großem Werte und unentbehrlich. Denn die Beschaffenheit der Familie kann uns Hinweise auf den Charakter des Strafgefangenen selbst geben und uns so die tieferen Wurzeln bloßlegen, aus denen seine Straftat oder seine ganze verbrecherische Lebensbahn herausgewachsen ist. Persönlichkeitsforschung ist heute ohne erbbiologische Betrachtungen nicht mehr möglich. Aber trotzdem ist die eigene seelische Persönlichkeit mit ihren irgendwoher, sei es aus der Anlage, sei es aus der Umwelt bezogenen charakterlichen und reaktiven Eigenschaften der Mittelpunkt und das endgültige Ziel unserer psychologischen Ermittlungen.

Was wir auf diese Weise festgestellt und erkannt zu haben glauben — die Untersuchungen werden alsbald bei Beginn der Strafverbüßungen veranstaltet —, wird durch Erholung von Heimatauskünften nach Möglichkeit ergänzt und nachgeprüft.

Wir ziehen dann wesentlich zwei Schlüsse:

Der eine gilt der Stellung einer sozialen Prognose.

Der andere Schluß gilt jenen charakterlichen Einzelzügen, die günstige Aussicht auf erzieherische Beeinflussung versprechen.

Die Erstschriften der gesamten Erhebungen gehen zu den Anstaltsakten. Hier bilden sie eine wesentliche Grundlage für die stufenstrafvollzugliche Behandlung. Zweitschriften werden an die seit Juli 1930 in der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie untergebrachte Kriminalbiologische Sammelstelle geschickt. Die Sammelstelle arbeitet unter den Anregungen der Genealogischen Abteilung der Forschungsanstalt.

Soweit unsere bayerische Einrichtung hinsichtlich ihres technischen Aufbaues. Wir sind also bei den Grundlinien geblieben, die ich schon 1926 mitteilen konnte.

Sie werden von mir nun zweierlei hören wollen:

1. Was erfahren wir durch die kriminalbiologische Untersuchung über das seelische und soziale Wesen des einzelnen Verbrechers?

2. Was ist im ganzen, durch die Masse der Untersuchungen, bisher für die Praxis des Stufenstrafvollzuges und für eine sonstige praktische Verwendung der Kriminalbiologie als Gerichtshilfe im künftigen Strafverfahren und überhaupt für die erbewertliche und erbpflegerische Betrachtung der Verbrecher herausgekommen?

Die einzelne Untersuchung lehrt — nur das Wichtigste kann hervorgehoben werden — folgendes:

Wenn wir am einzelnen Strafhauszugange dessen anlage-

mäßige und umweltmäßige Aufbauelemente zu ermitteln trachten, so zeigt sich, daß dies bei den Umweltsverhältnissen gewöhnlich leichter und ausgiebiger gelingt, als bei den Anlagen.

Die äußeren Umstände, unter denen der Strafgefangene aufwuchs, erzogen wurde, beruflich und wirtschaftlich lebte, in die er gesellschaftlich, kameradschaftlich und familiär eingegliedert war, sind ihm selber naturgemäß genau bekannt. Er hat keinen vernünftigen Grund, uns diese Dinge zu verschweigen, er hat auch bei der leichten Nachprüfbarkeit seiner Angaben wenig Aussicht auf falsche Darstellungen. Neben dieser seiner mehr allgemeinen Lebenslinie vermögen wir auch nicht allzu schwer die vielfältigen äußeren Anlässe und Anstöße zu früheren und zur jetzigen, augenblicklichen Straftat von ihm zu erfahren. Hier dürfen wir freilich eher mit Beschönigung oder Unschuld-beteuerung rechnen. Aber gerade der persönliche Standpunkt des Gefangenen zu seinen Rechtsbrüchen und deren Ursachen kann ein wertvolles Mittel zur Persönlichkeitsbeurteilung sein.

Demgegenüber ist die erbkundliche Ausbeute zuweilen geringer. Diese Tatsache ist begreiflich. Denn unser Verlangen, Charaktere, Persönlichkeiten, in ihrer verschiedenen Verhaltensweise, in ihrer beruflichen, sozialen, wirtschaftlichen, familiären oder kriminellen Rolle geschildert zu bekommen, stößt eher auf eine natürliche Zurückhaltung. Auch leben die Personen des Verwandtenkreises bei dem gelockerten familiären Zusammenhange oft nur oberflächlich und ungenau in der Forterinnerung des Befragten. Immerhin jedoch werden durch eine darauf abzielende richtige Befragung nur solche Züge und Umstände angegeben, die vermöge ihrer Stärkeausprägung an der geschilderten Person dem Berichtenden in lebendiger Erinnerung geblieben sind, also Charaktereigenschaften und Lebensbegebenheiten, die er als auffällig, von der sonstigen Umgebung deutlich abweichend empfand. Deshalb erlangen gerade die Angaben über Geisteskranke, über Minderwertige, Geistesbeschränkte oder Entartete, gemüthlich Gestörte, über Trinker und Asoziale unter den Familienmitgliedern einen hohen Grad von Richtigkeit. So ist das Wenige, was wir oft über erbliche Belastungen hören, doch verlässlich dank der Auffälligkeit und Aufdringlichkeit der Erscheinungsform. In der Tat wurden, es sei dies hier eingeflochten, immer, wenn für wissenschaftliche Forschungszwecke die Stammesangehörigen der Reihe nach einzeln aufgesucht und nachuntersucht wurden, unsere Ausgangserhebungen als grundsätzlich zutreffend erkannt. Das spricht für die Zuverlässigkeit und wissenschaftliche Zulässigkeit unseres Vorgehens.

Erbgängige Anlagen und Umweltseinwirkungen bedingen aber die seelische Verfassung eines jeden Menschen, bedingen

insbesondere auch sein Auftreten im sozialen Raum. Auch das Verbrechen ist nur aus einer Wechselwirkung zwischen Umwelt und Persönlichkeit verstehbar. Eine einseitige Betonung der Umwelteinflüsse ist nach heute gültiger wissenschaftlicher Auffassung ebenso unrichtig wie eine einseitige Persönlichkeits-theorie. Aber es ist nicht mehr zu bestreiten, daß der persönlichkeits-eigene Teil, der innere seelische Kern die Hauptrolle spielt. Die Umwelt dagegen mit ihren Anstößen und Antrieben dauernder oder augenblicklicher Art formt eben nur, was anlage-mäßig vorhanden ist. Diese Anlagen können, müssen aber nicht, zu Eigenschaften entwickelt werden und die Eigenschaften führen zu ganz bestimmten Stellungnahmen unter bestimmten äußeren Verhältnissen. Mit dieser Auffassung eines Vorranges der Persönlichkeit, ihrer anlagemäßigen Reaktionsbereitschaften und Reaktionsformen vor dem wechsellvollen Spiel der Außenwelt wird letztere in ihrer großen Bedeutung und gerade beim Verbrecher oft unheilvollen Wirksamkeit keineswegs gezeugnet.

So finden wir denn für eine abschließende Persönlichkeits-beurteilung des Verbrechers: Verstandesbegabungen, Charakter-züge, Verhaltensweisen, darunter Minderwertigkeiten aller Art, besonders die in hervorragendem Maße deliktsfähigen Psychopathien, endlich Umweltlagen in ihrer unerschöpflichen Buntheit der Ausprägung und Stärkebeteiligung am Persönlichkeitsganzen. Beim einen drängt sich unverkennbar die Besonderheit der erblichen Anlagen, vor allem in ihrer ungünstigen Form, mächtig hervor. Es bedarf bei solchen Menschen, die belastet sind und zumal, wenn sie auch selber als Träger einer schwachsinnigen oder irgendwie entarteten Geistesverfassung angesprochen werden müssen, nur verhältnismäßig geringfügiger äußerer Lebensumstände, um Verbrechen auszulösen. Ein anderes Lebensbild ist im Gegensatz hierzu wiederum gerade dadurch ausgezeichnet, daß die Umwelt in ihm zeitweise oder dauernd unverhältnismäßig ungünstig war, während der geistige und charakterliche Besitzstand noch durchschnittlich und normentsprechend genannt werden kann. Kommt es zum Verbrechen, so geschieht dies infolge einer vielleicht nur geringen dauernden oder ebenso geringen augenblicklichen Brüchigkeit des seelischen Wesens, das gegenüber einer bestimmten auftretenden Lage in der Steuerung versagt. Auch der gewaltigste Druck der Umwelt kann wirksam nur an einer spezifisch gefährdeten Seelenverfassung ansetzen, die an sich unter leichteren Bedingungen nicht zum Rechtsbruche käme.

Wie außerordentlich einschneidend aber und vordringend die erbliche Anlage für die soziale Erscheinungsform des Menschen sein kann, wissen wir vor allem aus den Ergebnissen der

Zwillingsforschung. Bei kriminellen, eineiigen, gleichgeschlechtlichen Zwillingen führt die Anlagengleichheit sogar zur Gleichheit in der verbrecherischen Betätigung und zwar bis zu dem Grade, daß trotz abweichender äußerer Lebenslagen selbst die gleiche Deliktsart gewählt wird.

Die Bedeutung der Erbmasse wird dann auch ganz allgemein dadurch beleuchtet, daß in der Umgebung etwa eines Geisteskranken oder eines Minderwertigen, also eines Schwachsinnigen oder Psychopathen, sich mit großer Regelmäßigkeit eine Anzahl ähnlich gearteter kranker oder minderwertiger Persönlichkeiten im familiären Blutskreise findet. Diese irrenärztliche und erbkundliche Erfahrung zwingt dazu, eine unentrinnbare schicksalhafte Belastung in solchen Stämmen anzunehmen. Wir sehen nun das gleiche Bild gehäufter Psychopathie häufig auch im Familienkreis der Kriminellen.

Ein besonderes Merkmal endlich kann aus einem Untersuchungsbefund in der Form hervortreten, daß nicht nur vom untersuchten Verbrecher selbst, sondern auch von einzelnen ja sogar vielen seiner Familienangehörigen hartnäckig eine gewisse gesellschaftliche Tiefenschicht eingehalten und bevorzugt wird, aus der die Leute nicht herauskommen. Man gewinnt den Eindruck, daß eine derartige Unfähigkeit zum sozialen Aufstieg nicht durch die Umwelt, sondern vielmehr durch erbmäßige, in der Anlage begründete Eigenschaften bedingt ist.

Wenden wir uns aber den Auswirkungen des anderen Aufbau factors der Persönlichkeit zu, den Umweltverhältnissen, so finden wir in so manchem Falle, daß ungünstige Eindrücke und Bedingungen in der Jugend oder im späteren Leben, wirtschaftliche Umstände der Zeit und des Berufes, daß die unwägbaren Einflüsse z. B. der Ehegestaltung, der Kameradschaft, und so viele bekannte andere Momente, die nicht näher aufgezählt zu werden brauchen, die Ursache eines bestimmten einzelnen Rechtsbruches oder sogar, bei dauernder Einwirkung, die Ursache für eine ganze verbrecherische Lebensbahn sind. Immer ist aber daran festzuhalten, daß die Ungunst der Umwelt auf eine Persönlichkeit treffen muß, die die Dinge, wie sie liegen, nicht zu meistern vermag und gelegentlich ihnen mit einer verbrecherischen Entgleisung zum Opfer fällt.

Weitere Aufgabe unserer Einzeluntersuchung ist, die Art und den Grad der sozialen Ansprechbarkeit eines Menschen, also den Überbau an sozialpsychischen Funktionsbereitschaften über den reinen Ichstrebungen aus der Masse der Erhebungen herauszustellen. Es handelt sich dabei großenteils um abträgliche Wesenszüge, Eigenschaften, die, je für sich allein oder in Verknüpfung, die gesellschaftsfeindliche Entwicklung begünsti-

gen und die einzelne verbrecherische Handlung erleichtern und auslösen helfen. Sie sind mithin gerade für die soziale Rolle von Bedeutung: der Leichtsin, die Impulsivität, die Haltlosigkeit, die Triebhaftigkeit, die Unbeständigkeit, Wechselbedürftigkeit und Stimmungsschwankung, endlich die Gereiztheit oder Gleichgültigkeit, das bummelerische und träumerische Sichgehenlassen und andere mehr. Diese Züge treten bei Verbrechern oft hervor und sind für die verbrecherische Entgleisung vielfach bestimmend. Der Rechtsbruch ist stets die Folge eines irgendwie in seinen Einzelzügen und deren Zusammenspiel leichter oder schwerer gestörten Charakters, ohne daß dabei von krankhaften Zuständen im engeren Sinn gesprochen zu werden bräuchte. Eine Vererbung der Anlage zum Verbrechen als solche ist jedoch sicher nicht gegeben.

Dann hat als Hauptmerkmal vieler Verbrecher die Unzulänglichkeit der ethischen Gefühle bis zu deren völligem Fehlen zu gelten. Die Einfühlbefähigung in soziale Belange und Forderungen ist gemindert oder fehlt ganz, Reue und Scham, Anhänglichkeit und Wärme zu den Mitmenschen werden in verschiedenem Grade vermißt. Häufig paart sich diese Eigenschaft mit leichtem oder mittlerem Schwachsinn, doch kommt sie auch bei vollwertigem Verstande vor. Sind außer dem kritischen sozialpsychischen Gefühlsdefekt noch kontrastierende Züge einer gesteigerten Eigenliebigkeit, wie Eitelkeit, Geltungsbedürfnis, Vergnügungssucht, Lebsüchtigkeit, Trinkertum, vorhanden oder gar abnormer Hang zum Bösen, Schadenfreude, Grausamkeit, Bosheit, Heimtücke und Verlogenheit, Mitleidlosigkeit und Rücksichtslosigkeit als anlagemäßige Bestandteile des Charakters, dann hat man jene reinen Fälle absoluter Unverbesserlichkeit vor sich, die man früher als sittlichen Blödsinn, als Irresein der altruistischen Gefühle, Moral insanity, bezeichnete.

Die Seelenverfassung des strafgefangenen Menschen wäre aber immer noch unzulänglich erfaßt, würden wir nicht auch darauf Bedacht legen, die im weitesten Ausmaße verschiedene Strafempfindung zu ergründen und zu berücksichtigen. Sie ist einer der wichtigsten Faktoren, durch welche das Auftreten des Strafverbüßenden, seine Einstellung zu den Gegebenheiten des Haftdaseins und darum die Art seiner Behandlung bestimmt ist.

Die Stärke der Strafwirkung richtet sich nämlich nach einem ganz bestimmten gemeingültigen normalpsychologischen Vorgang, welcher bei ungewöhnlichen, überdurchschnittlichen Erlebnissen in fast allen Menschen sich dadurch vollzieht, daß der Erlebnisreiz von ebenso überdurchschnittlichen, seelischen, gemüthlichen Bewegungen, von Beteiligungen des Gefühlslebens, be-

gleitet wird. Es entstehen Gegenäußerungen, Ausschläge, die um so stärker und um so eigenartiger, wenn auch im ganzen normal verstehbar erscheinen, je mehr die Persönlichkeit von Haus aus vom Durchschnitt, von der Breite der geistigen Gesundheit und des harmonischen Zusammenspieles aller seelischen Einzeleigenschaften abweicht und sich dem Bereiche der Psychopathie, der Entartung, annähert. Je größer also die Neigung zur Bildung derartiger überstarker Gemütsbelastungen tatsächlicher Erlebnisse, Erfahrungen und Schicksale entsprechend dem anlagemäßigen Grundmaterial der geistigen und seelischen Persönlichkeit ist, desto geringer braucht im Einzelfalle das Erlebnis zu sein, um gleichwohl schon die Wirkung einer gewaltigen Gemütsbelastung und Gefühlsstörung zu zeitigen. Man nennt diesen Vorgang psychogene Reaktionen. Sie spielen im Leben der meisten, wo nicht aller Menschen, ihre gelegentliche Rolle. Sie vermögen den Menschen nicht nur im kritischen Augenblicke ihrer von außen her bewirkten Entstehung mehr oder weniger zu beherrschen und sein Handeln stärker gefühlsmäßig als verstandesmäßig zu beeinflussen, sondern den Menschen auch für die Dauer eines lange wirksamen solchen Erlebnisreizes sogar seelisch zu verändern. Es treten ungewöhnliche, wesensfremde Züge auf, die mit dem Erlöschen ihrer äußeren Ursache gewöhnlich ebenso plötzlich wieder abklingen und verschwinden. Der Mensch ist ein anderer als unter sonstigen durchschnittlichen Daseinsbedingungen und muß in dieser seiner Veränderung auch verstanden und sachgemäß behandelt werden.

Der Freiheitsentzug nun bedingt unzweifelhaft eine unnatürliche Lebensform. Auch seine mildeste Handhabung ändert hieran nichts; denn die Freiheit ist das höchste Gut. Er ist im Sinne der eben gemachten Darlegungen ein überdurchschnittliches Erlebnis, in welches die stärksten gemüthlichen Bewegungen und Erschütterungen der Seele einfließen können. Wir brauchen uns nur an die Vorstellungsreihen zu erinnern, welche sich an Schuld, Schuldverdrängung, an das Bedürfnis, die Straftat vor sich selbst zu rechtfertigen, ganz natürlich knüpfen. Das Bewußtsein, nicht bloß die Freiheit, sondern auch Ehre und Ansehen, bürgerliche und wirtschaftliche Lebensgüter mannigfacher Art verloren zu haben, schafft nach Umständen gewaltige gemüthliche Belastungen. Daneben steht die Sorge um die Zukunft, der Gedanke an die vernichtete Familie, die wachsende Überzeugung von der Unwertigkeit, ja Sinnlosigkeit des eigenen Daseins. Endlich tritt die Reizverarmung des Haftdaseins, die Mechanisierung und willentliche Automatisierung des Strafhauslebens auf den Plan und steigert auch ihrerseits die Möglichkeit, seelische Fremdgebilde auftreten zu lassen. Der Satz, daß der eingesperrte Rechtsbrecher

vielfach ein ganz anderer sei als jener in der Freiheit, daß wir in den Strafhäusern nur Zerrbilder des wirklichen Menschen, Kunstprodukte vor uns haben, entbehrt nicht der Richtigkeit. Aber weil dem so ist, gehört die Ermittlung und Herausschälung dieser individuell so außerordentlich vielgestaltigen, nach Stärkegrad und äußerer Ausdrucksform so unterschiedlichen seelischen Pfropfbilde und ihre Beachtung und verständnisvolle Behandlung mit zu den Aufgaben eines auf Psychologie abgestellten Strafvollzuges.

Ich erwähne nur den bekannten Zuchthausknall, die zuweilen ernst oder theatralisch gemeinten Selbstmordversuche, die Neigung zu Verschwörung und Meuterei, dann die etwas harmlosere Neugierde und Klatschsucht, den Schmuggel und den Trieb, selbst wertlose Dinge zu sammeln, ferner den Rechtsfanatismus und das unbegrenzte Beschwerdebedürfnis gewisser Gefangener, die hochgesteigerte Empfindlichkeit einzelner anderer und ihre Bereitschaft zu plötzlicher Reizentladung oder aber andererseits die verbissene Reizaufspeicherungsfähigkeit mit dem Endergebnisse einer feindseligen Einstellung zur Umwelt und Gesellschaft, zu Staat und Recht. Solchen Fehlgängigkeiten begegnen wir bei einer großen Anzahl der Strafverbüßenden. Es sind dies Ergebnisse, die immer durch die besondere Art und Weise hervorgerufen werden, wie ein bestimmt beschaffener Charakter, die einzigartige seelische Gesamtpersönlichkeit auf das zumeist schwerst empfundene Erlebnis der Einsperrung antwortet.

Man darf sich nicht nach dem äußeren Verhalten des Gefangenen im Strafhouse richten. Schlechte Führung geht nicht immer aus schlechter Charakterbeschaffenheit hervor, gute Führung ist nicht unter allen Umständen Zeichen einer guten sozialen Willigkeit. Es ist nur an die bekannten situationssicheren, sozialetisch tiefstehenden Gewohnheitsverbrecher zu erinnern, die die Einsperrung als notwendiges Berufsrisiko betrachten und mit Galgenhumor, in sorgsamer Berechnung ihrer größtmöglichen Vorteile reibungslos hinter sich zu bringen verstehen. Umgekehrt lehrt die Erfahrung, daß bei stark beeinflussbaren, weichen, anpassungsfähigen Menschen Haltung und Führung ebenso tadellos ist, während die nämliche seelische Abhängigkeit und Schwäche in irgendwie ungünstigen freiheitlichen Lebensverhältnissen trotz sozialer Gesinnung die Ursache unentrinnbarer, immer wiederkehrender Entgleisungen wird. Die Persönlichkeit ist damit in allen Fällen in ihrer Ganzheit zu erfassen, um die Behandlungsmaßnahmen sicher und richtig zu wählen.

Der frühere Strafvollzug hat mindestens auf die Ursachen dieser lagebedingten Erscheinungen ungenügend geachtet. Aus diesem Umstande erklären sich wohl auch zum Teil die gegen-

über heute viel zahlreicheren Konflikte, die er schuf und denen er lediglich das unzulängliche Aushilfsmittel der Nur-Gewalt entgegenzusetzen mußte. Wenn wir jetzt, wie Herr Ministerialdirektor Degen letzthin in Ihrem Kreise darlegte, in den Strafanstalten ganz wesentlich ruhigere Verhältnisse besitzen, so ist dies eine Frucht der klugen Vorbeugung und einer verstehenden seelischen Behandlung, die jedoch durchaus nichts gemein hat mit schwächlichem Nachgeben, mit einer so oft irrig vermuteten Einbuße an Herrschaft und Zügelführung. Was nach einem Ausspruche *v. Hentigs* vom Strafgesetz gilt, gilt ohne Zweifel auch für das Strafhaus: nicht streng oder milde, sondern wirksam muß es sein. Und das Ansehen und die Wirksamkeit einer jeden Einrichtung ist immer besser gewährleistet durch Verhütung von Fehlern als durch den erregten Kampf mit vollendeten Tatsachen und unerfreulichen, jedenfalls überflüssigen Geschehnissen.

Professor *Kretschmer* hat 1926 in einem Aufsätze in der Deutschen Juristenzeitung, der die Bedeutung und die Ziele der kriminalbiologischen Untersuchungen behandelt, mit Recht darauf hingewiesen, daß alles das, was der Strafanstaltspraktiker schon bisher aus der Berufserfahrung heraus wußte, aber mehr gefühlsmäßig richtig traf, mittels einer wissenschaftlichen Persönlichkeitsaufschließung begründet und befestigt werden müsse. Erst dadurch wird dem Besserungs- und Erziehungsgedanken im Strafvollzuge die notwendige wissenschaftliche Sicherung, Gewißheit und wahre Erfolgsaussicht gegeben werden können.

Ich möchte nicht länger mehr bei der Darstellung derjenigen Ergebnisse verweilen, die wir bezüglich des seelischen Wesens des einzelnen Verbrechers durch seine Untersuchung zu gewinnen vermögen und die wir für seine strafhäusliche Behandlung verwerten können. Ich darf vielleicht folgende Zusammenfassung geben:

Wir untersuchen den Strafhauseingang nach zwei Richtungen. Die eine davon macht einen Längsschnitt durch das ganze Leben des Untersuchten und stellt seine Erbanlagen sowie seine äußeren Lebensschicksale fest. Die andere Richtung ist ein Querschnitt durch die fertige Persönlichkeit, und zeigt uns, was aus Anlage und Umwelt in der ständigen Aufeinanderfolge ihrer Wirkungen zum geistigen Bestand, zum Charakter, zur bestimmten Entäußerungsform geworden ist und was insbesondere als ausschlaggebende Voraussetzung der sozialen Rolle an Ansprechbarkeit, Einfühlbefähigung, an Trieben und Willensrichtungen in normaler oder irgendwie krankhaft geminderter Ausprägung zur Verfügung steht.

Diese Grundlage einer weitausgreifenden erb- und persönlichkeitsanalytischen Erforschung muß gegeben sein, um endlich

die wichtigste Frage zu beantworten: welche Voraussicht der einzelne Rechtsbrecher bezüglich seines künftigen Verhaltens im sozialen Raum bietet. Die Stellung einer individuellen sozialen Prognose ist als ein Wahrscheinlichkeitsurteil nur aus einer Vielheit biologischer Einzelerfahrungen, also aus Erb- und Erscheinungsbild der Persönlichkeit möglich. Die Abmessung der sozialen Prognose ist für die gesamte Strafrechtspflege von größter Bedeutung. Sowohl der Strafvollzug wie der Richter, aber weiterhin auch die zahlend, materiell, ideell und eugenisch so stark beteiligte Gesellschaft als solche muß verlässlich darüber unterrichtet werden können, wessen man sich in all diesen Beziehungen zu versehen hat, wenn ein Rechtsbrecher mit Strafablauf ins freie Leben zurückkehrt.

Kein im Leben Erfahrener wird annehmen, daß dank milderer, verstehender Behandlung in den Strahäusern alles alsbald in schönste Ordnung geraten werde, indem die Verbrecherwelt von sich aus, ebenso einsichtig und dankbar, dem Staate und seiner Justiz das Gegengeschenk künftigen sozialen Wohlverhaltens machen werde. Man hat dem bayerischen Stufenstrafvollzug eine Zeitlang angedichtet, er glaube an die restlose Besserungsfähigkeit aller Rechtsbrecher. Diese Meinung ging von einer Seite aus, die mit ungenügender Kenntnis der Dinge in der erfolgten Umstellung des Strafvollzuges auf neue Formen und Bedürfnisse lediglich einen Umfall ins Extrem der Allerwelts-Philanthropie sah. Das absprechende Urteil über die Neuerung richtete sich und richtet sich hier und da noch heute hauptsächlich gegen die angeblich überreichliche Gewährung von Lebensannehmlichkeiten im Strafhaue. Man übergeht dabei jedoch, daß die nach Art und Zahl denn doch recht geringen Anreize und Verbesserungen der äußeren Lebensgestaltung des Strafgefangenen niemals auch nur die entfernteste Angleichung gestatten an die Lebensreize, welche selbst in der bescheidensten Daseinsführung dem freien Volksgenossen sich darbieten. Und man übergeht dabei auch wohlweislich, daß die frühere Form der strafvollzuglichen Behandlung mit ihrer einseitig und hart auf Vergeltung, Abschreckung und Unterdrückung eingestellten Psychologie erfolglos war. Die beste Gewähr dafür, daß wirklichkeitsfremde Erwartungen dem heutigen Stufenstrafvollzuge völlig ferne sind, gibt aber wiederum gerade die sachliche biologische Untersuchung. Durch sie werden die Persönlichkeiten ermittelt, die nach Anlage, Ich und Umwelt freiheitstauglich, zweifelhaft oder freiheitsuntauglich erscheinen, mithin eine eindeutig gute Zukunftserwartung bieten oder aber in verschieden hohem Grade eine Gefährdung der Gesellschaft und ihrer Belange auch für späterhin besorgen lassen.

Für die Strafvollzugspraxis ist diese in jedem Falle zu gewinnende Einsicht zunächst von Wichtigkeit, weil der Stufengang schon aus Gründen der Gerechtigkeit und Durchführbarkeit nur mit denen sich befassen darf, die vergleichsweise gegenüber anderen Elementen die günstigere Erfolgserwartung rechtfertigen. Gegenüber Rechtsbrechern, die nach allgemeiner Berufserfahrung und nach dem Bilde ihrer biologischen Untersuchung aus inneren seelischen oder äußeren umweltlichen Gründen einer Wandlung ihres Wesens zur Sozialität nicht fähig sind, besteht die unsentimentale Pflicht, keine verlorenen Aufwendungen zu machen, sondern durch Sicherungsverwahrung die Gesellschaft zu schützen.

Man wollte der Kriminalbiologie die Berechtigung bestreiten, mit ihren Untersuchungsweisen überhaupt eine soziale Prognose und insbesondere eine solche auf »schlecht« zu stellen. Dieser Einwurf der Umwelttheoretiker ging fehl. Zum allermindesten bietet die Kriminalbiologie eine ganz erhebliche Stütze für die eindeutige berufliche Erfahrung, daß große Gruppen von Rechtsbrechern wegen der Mangelhaftigkeit ihrer sozialetischen Entwicklung oder aber infolge von Haltlosigkeit und Willensschwäche unverbesserlich sind und zwangsläufig in der verbrecherischen Betätigung verharren. An dieser Tatsache, zu deren Feststellung die biologische Untersuchung ohne Zweifel berufen und ebenso befähigt ist, kann in der Praxis selbst jene Gesellschafts- und Weltanschauung nicht vorübergehen, die im Gegensatz zu uns der grundsätzlichen Meinung ist, daß die gesellschaftlichen Zustände und ihre Unvollkommenheiten und Ungerechtigkeiten beim Zustandekommen des Rechtsbruches schlechthin die Schuld tragen.

Die biologische Betrachtung lehrt allerdings für viele Fälle, daß die soziale Zukunft stark von dem Vorhandensein oder Nichtvorhandensein bestimmter günstiger oder ungünstiger äußerer Verhältnisse und Lagen dauernder oder augenblicklicher Art abhängen kann. Diese oftmalige Gebundenheit der sozialen Prognose an äußere Lebenslagen weist darauf hin, daß von Seite der Gesellschaft und des Staates im gegebenen Falle das Mögliche getan werden muß, um durch Änderung, Günstiggestaltung der Umweltslage, durch Verpflanzung in eine neue Umwelt die spezifische Gefährdung der Person zu verringern und auszuschalten. Dies wird Aufgabe einer planmäßigen Entlassenenfürsorge werden müssen. Zu letzterer werden wiederum nur durch die biologische Untersuchung die aussichtsreichen Anwärter mit größtmöglicher Zuverlässigkeit ausgewählt werden können.

Der Rechtslehrer Prof. Delaquis faßt diese praktischen Aus-

wirkungen der sozialen Prognostizierung in folgenden lapidaren Sätzen zusammen: »Der Verurteilte hat ein Interesse an baldmöglichster Rehabilitation, die Gesellschaft daran, daß nur der wirklich Gebesserte rehabilitiert werde, und dem Staate muß daran liegen, den Verurteilten nicht rückfällig und keine Lumpen rehabilitiert zu sehen (Votr. 1931, Forens.-psychol. Ges. Hamburg).

Ich komme nunmehr nach diesen Streiflichtern über die Ergebnisse der Kriminalbiologie beim Einzelfalle zur zweiten Frage, die zu beantworten ist, nämlich: Was ist bisher aus der Gesamtmasse der biologischen Untersuchungen hervorgegangen für die Praxis des Stufenstrafvollzuges, für die künftige Verwendung der Kriminalbiologie im Gerichtsverfahren und endlich für die rassengesundheitliche und eugenische Betrachtung der Rechtsbrecher?

Dieser Teil meiner Berichterstattung wird von der bayerischen kriminalbiologischen Sammelstelle, ihren Aufgaben und Arbeiten handeln.

Die Sammelstelle besitzt heute ein Untersuchungsmaterial von insgesamt 14362 Fällen. Hiervon sind 8392 Fälle nach dem schon erwähnten erweiterten kriminalbiologischen Fragebogen durch die Anstaltsärzte bearbeitet und 5970 Fälle nach dem etwas engeren soziologisch-psychologischen Fragebogen durch die nichtärztlichen Oberbeamten.

Das Berichtsmaterial, welches also einem einheitlichen Zusammenarbeiten aller bayerischer Anstaltsoberbeamten zu verdanken ist, ist die zweitgrößte biologische Verbrecherkartei in Europa. Sie wird ziffernmäßig nur von der belgischen Kartei übertroffen, die von Professor *Vervaeck* in Brüssel schon um mehrere Jahre früher als unsere bayerische ins Leben gerufen worden ist.

Die in jedem einzelnen unserer Befundberichte namentlich aufgeführten und näher geschilderten Persönlichkeiten in der Verwandtschaft und sonstigen Lebensumgebung eines jeden Untersuchten werden in einer eigenen Zettelkartei vorgetragen, wobei zum Namen der Person gleichzeitig die Nummer des Berichtes verzeichnet wird, in welchem die Person erwähnt ist.

Die Zettelkartei umfaßt heute bereits 72500 Personen.

Wir gelangen auf diese Weise allmählich auch zu einer förmlichen Bestandaufnahme derjenigen Volksschichten, aus denen vorzugsweise Verbrecher hervorgehen.

Die ärztlich-kriminalbiologischen Befundberichte werden ferner in Zusammenarbeit mit dem bayerischen Statistischen Landesamte inhaltlich ausgezogen. Jeder solche Bericht wird auf fünf Individualzählkarten verteilt, in denen alle biologisch

bedeutsamen Punkte, familiengeschichtlich-erbkundliche, lebensgeschichtliche, kriminologische, psychiatrisch-psychologische und anthropologische, soweit sie eine massenstatistische Verarbeitung zulassen, vorgesehen sind. Das Statistische Landesamt wird in gegebener Zeit aus diesen Zählkarten eine biologische Kriminalitätsstatistik herstellen, die in dieser Form bisher noch nicht und nirgends existiert und eine neuartige Ergänzung der sonstigen Reichs- und Länderstatistiken über die Verbrechensbewegung deshalb zu werden verspricht, weil sie eben die Ursachenreihen für das Zustandekommen rechtsbrecherischer Handlungen aufzeigt.

In der Sammelstelle sind die kriminalbiologischen und soziologisch-psychologischen Berichte in zwei getrennten Karteien geordnet. Die Berichte werden sowohl für wissenschaftliche Verarbeitung wie für strafrechtspraktische Bedürfnisse bereitgehalten.

Der Zweck der biologischen Untersuchungen an den einzelnen Strafanstalten ist also nicht darin erschöpft, daß die Erhebungen eine Grundlage für die stufenstrafvollzugliche, strafhäusliche Behandlung abgeben.

Ich möchte zuerst einen kleinen Überblick über die wissenschaftliche Auswertung unseres Materials geben.

Die genealogische Abteilung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie, deren Leiter Herr Professor *Rüdin* ist, hat schon lange vor der Verlegung der Sammelstelle in die Räume der Forschungsanstalt unserem wachsenden Material Beachtung geschenkt und dasselbe als brauchbares Ausgangs- und Rohmaterial für wissenschaftliche, erbkundliche und psychiatrische, konstitutionsbiologische Forschungen erkannt.

Eine Reihe solcher Arbeiten ist bereits zustande gekommen. Mehrere sind zurzeit im Gange.

1929 hat der Psychiater *Warstadt* aus der Berliner Heilanstalt in Buch in einer vergleichenden kriminalbiologischen Studie¹⁾ erstmals nachgewiesen, daß unsere bayerische Untersuchungsweise und deren Ergebnisse sich bei Nachprüfung der Einzelheiten stichhaltig und auch recht vollständig erweisen.

Professor *Johannes Lange* in Breslau, früher Mitglied der Forschungsanstalt für Psychiatrie, schöpfte seine Arbeit »Das Verbrechen als Schicksal²⁾« aus den Beständen unserer Sammelstelle. Es konnte ihm ein reichhaltiges Material von Zwillingenfällen zur Verfügung gestellt werden. Aus diesem hat er für eine Gruppe krimineller eineiüger Zwillinge den in vollstem Ein-

1) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 120/2 u. 3.

2) Thieme, Leipzig.

klang mit der sonstigen Zwillingsforschung (*Luxenburger, v. Verschuer*) stehenden Nachweis geliefert, daß die Veranlagung, der aus der Erbmasse kommende Besitz von persönlichen Eigenschaften gegenüber den Einflüssen der Umwelt unzweifelhaft in der Gestaltung auch der sozialen Rolle den Vorrang zu beanspruchen haben.

Mein Mitarbeiter an der Sammelstelle, Herr Dr. *Martin Riedl*, untersuchte im abgelaufenen Jahre die Fruchtbarkeit bei Verbrechern³⁾. Er wählte die Berichte über 1000 Männer und 500 Frauen aus, die alle bereits im Alter jenseits der Zeugungsperiode standen, deren Fruchtbarkeit demnach als abgeschlossen gelten konnte. Es fand sich, daß die alte Annahme, die Verbrecher würden nach einem bestimmten Gesetze der generativen Erschöpfung, also durch Mangel an Nachwuchs, von selber aussterben, nicht haltbar ist. Vielmehr wiesen die Verbrecher im Durchschnitt eine höhere Kinderzahl als die freie soziale Bevölkerung auf und im Gegensatz zu dieser sogar eine Kinderzahl, die die Erhaltung der Familie sicherer stellt als in sozialen Kreisen.

Andere Teilfragen aus dem Gesamtgebiete des Kriminalitätsproblems sind wie erwähnt, gegenwärtig in Angriff genommen und gehen in nächster Frist ihrem Abschlusse entgegen.

So z. B. eine von Dr. *Stumpfl* aus Wien gemachte gleichlaufende Untersuchung von Einmaligkeitsverbrechern und Rückfälligen. Es soll festgestellt werden, ob und inwieweit Unterschiede in der erbmäßigen Verfassung und Belastung dieser soziologisch und kriminalistisch so verschiedenen Gruppen bestehen. So weiter eine bei 800 Fällen veranstaltete Untersuchung Dr. *Riedls*, die sich auf die Zusammenhänge zwischen körperlich-geistiger Verfassung und der Geneigtheit zu besonderen Deliktsarten erstreckt.

Die mögliche praktische Auswirkung solcher Arbeiten kann ich Ihnen aber vielleicht am besten durch folgende von uns zurzeit gemachte Untersuchungsreihe beleuchten.

Wir haben 50 kriminalbiologische Berichte über Verbrecher herausgesucht, in deren Stämmen sich eine besondere Häufung verbrecherischer Angehöriger findet. Als Mindestzahl wurde das Auftreten von 5 Rechtsbrechern in der Sippe angenommen. Als Höchstzahl ergab sich die Anwesenheit von 15 Verbrechern.

Die Auszählung dieser 50 Familien ließ nun ersehen, daß im ganzen 1120 Personen des Verwandtenkreises erfaßt waren. Hiervon waren Verbrecher 396 oder 35,3%. Schwachsinnig waren 128 oder 11,2%, Trinker 222 oder 19,9% und Psycho-

³⁾ Arch. f. Rass.- u. Ges.-Biol. Bd. 25/3. 1931.

pathen 254 oder 22,6%. Vielfach waren die genannten Defekte in der einen oder andern Person gehäuft gegeben und es fand sich, daß von den sämtlichen 1120 Menschen 592, also reichlich die Hälfte, eine auch dem Laien bemerkbare Auffälligkeit besaßen.

Diese Erhebungen, die wir zurzeit noch weiter fortsetzen, lenken den Blick nicht nur auf die enorme materielle und ideelle Schädigung, welche der Allgemeinheit durch solche Stämme, förmliche Nester und Brutstätten des Verbrechens, verursacht werden, sondern auch auf die ebenso große erbwertliche Bedenklichkeit dieser Menschen, der man bisher bei dem Fehlen entsprechender rassenhygienischer Schutzgesetze so gut wie machtlos gegenübersteht.

Ich kann diese recht interessanten und gerade für praktische Fragestellungen einst wichtigen Ergebnisse hier nicht näher ausführen, aber es dürfte klar sein, daß wir nur durch die Inangriffnahme derartiger Teilfragen dem sozialen und eugenischen Kern des großen Verbrecherproblems langsam näherkommen. Wir können dann auch einmal wissenschaftlich begründete Vorschläge für eine wirksamere Bekämpfung des Verbrechens durch Dauer-Verwahrung oder Unfruchtbarmachung gewisser anlagemäßiger Träger antisozialen Verhaltens unterbreiten.

Für die Sammelstelle und ihren Leiter ist es ohne Frage von großem Werte, daß die Ausnützung der Bestände unter dem ständigen Einflusse der Wissenschaft und ihrer ersten Vertreter steht.

Hinsichtlich der praktischen Auswertung unseres Materials gehe ich kurz auf einige bisherige Untersuchungen ein, von denen zwei für die Gestaltung des Stufenstrafvollzuges unmittelbar von Einfluß wurden.

1930 habe ich⁴⁾ zusammen mit Herrn Medizinalrat *Trunk* in Straubing bei mehr als 3000 vorliegenden Berichtsfällen der Sammelstelle zusammengestellt, welche soziale Prognose von den einzelnen Untersuchern — Ärzten, Juristen, Geistlichen und Lehrern — getroffen worden war. Es ergab sich, daß 50% der Strafhauszugänge für unverbesserlich erklärt waren. Es ist dies nach unserer Meinung eine Mindestzahl. Für die stufenstrafvollzugliche Praxis mußte dringend empfohlen werden, in der Auswahl der für den Erziehungsstrafvollzug in Frage kommenden Strafgefangenen einen strengen Maßstab anzulegen und mindestens vorerst diejenigen allein zu berücksichtigen, die nach allen Einsichten in ihr Wesen und in ihre Verhältnisse vergleichs-

⁴⁾ Erscheint in Bd. IV »Stufenstrafvollz. u. kriminalb. Unters. d. Gefg. in Bayern«; herausg. v. b. Staatsmin. d. Just.

weise die günstigsten Erwartungen rechtfertigen. Wenn sohin nach dem sachverständigen Urteil aller Untersucher von vornherein schon die Hälfte der Strafhausbelegung als für erziehlische und bessernde Bemühungen nicht in Frage kommend und von den Untersuchern als untauglich erklärt wird, so sind wir offensichtlich, es sei dies gerade den Zweiflern und Kritikern am Stufensystem gesagt, als Strafvollzugsbeamte wirklich gar nicht sentimental und in unseren Annahmen überschwenglich, geben uns keinen verstiegenen Hoffnungen hin, sondern sehen die Dinge nüchtern, wie sie sind.

Zur gleichen Zeit wurde von Herrn *Trunk* und mir im Januar 1930 die damalige augenblickliche Belegschaft des Zuchthauses Straubing, etwa 800 Mann, nach ihren biologischen Befundbogen daraufhin geprüft, wie viele Fälle ganz oder vorwiegend auf Grund erblicher Anlagen und geistiger Eigenschaften bzw. ganz oder vorwiegend auf Grund umweltlicher Verhältnisse zum Rechtsbruch und zu einer verbrecherischen Lebensbahn gekommen sind.

Wir suchten uns dann aus diesem Material je 100 besonders klare und reine Fälle heraus und stellten dabei unter anderem fest, daß 80% der anlagemäßig bedingten Verbrecher eine ungünstige soziale Prognose bekommen hatten, während umgekehrt 80% der ganz oder vorwiegend umweltlich bedingten Verbrecher eine günstige soziale Prognose besaßen.

Die Folgerung daraus mußte sein, daß sowohl die Erziehungsarbeit im Strafvollzug wie auch die spätere Entlassenenfürsorge sich mit Vorzug, freilich nicht ausschließlich, an diejenigen zu wenden haben werden, die durch die Ungunst augenblicklicher oder dauernder äußerer Lagen zu ihrem Rechtsbruche oder vielleicht sogar zu einer verbrecherischen Lebenslinie gekommen sind. An die Möglichkeit oder Unmöglichkeit einer Verbesserung und Wendung der äußeren, wirtschaftlichen, kameradschaftlichen, gesellschaftlichen Verhältnisse ist gerade bei dieser Gruppe von Rechtsbrechern das künftige Verhalten im sozialen Raum gebunden. Hier hat die Entlassenenfürsorge ihr Hauptbetätigungsfeld.

Die wichtigste Aufgabe des Leiters der Sammelstelle besteht aber in der Abgabe kriminalbiologischer Gutachten.

Die Sammelstelle ist gehalten, von jedem der eingelaufenen Befundbogen aus den einzelnen Strafanstalten Mitteilung an die Strafregisterbehörde zu machen. Diese merkt auf die Strafliste des Untersuchten die Tatsache des Vorliegens einer kriminalbiologischen Untersuchung vor. Wird der Betreffende neuerdings rückfällig, oder aber treten schon während der augenblicklichen Strafverbüßung Fragen der Begnadigung, der vorläufigen

Entlassung auf, so kann nach den bayerischen Vorschriften die neue Anklagebehörde bzw. das für die gegenwärtige Verurteilung zuständige Gericht von der Sammelstelle ein Gutachten anfordern, das den Täter als biologische Persönlichkeit klärt und die soziale Prognose abmißt und begründet. Das Gutachten ist, soweit der Leiter der Sammelstelle den Täter nicht aus früherer anstaltsärztlicher Tätigkeit selbst kennt oder untersucht hat, nach Aktenlage zu erstatten. Außer dem kriminalbiologischen Berichte werden die Anstaltspersonalakten der letzten und früherer Strafverwahrungen als Material herangezogen und nach Möglichkeit auch die laufenden Gerichtsakten des Rückfalles erholt.

Solche Gutachten wurden bisher innerhalb der letzten 5 Jahre in 625 Fällen abgegeben. Das ist in Ansehung der großen Rückfälligkeit der Verbrecher wenig. Aber es ist der erste und bis jetzt in Deutschland einzige Versuch, die biologische Untersuchung des Verbrechers auch für die Zwecke des Strafprozesses nutzbar zu machen. Diese Gutachten dienen bisher nur zur Unterrichtung der Anklagebehörde und werden gegenwärtig vor Gericht noch nicht in der Form der eidlichen Sachverständigenvernehmung vertreten. Der sächsische Gerichtsreferendar. Herr Dr. juris Klare, Schüler des Leipziger Strafrechtslehrers Professor Exner, hat über die Zulässigkeit, Notwendigkeit und die Bedeutung der Abgabe solcher kriminalbiologischer Gutachten im kommenden Strafprozeß an der Hand unserer bayrischen Einführung eine Arbeit geliefert, die in den strafrechtlichen Abhandlungen bei Schletter in Breslau (Heft 277) erschien. Ich erlaube mir, Ihr Augenmerk auf diese Studie hinzulenken, weil in ihr nicht bloß unser gesamter bayerischer kriminalbiologischer Dienst von dritter Seite ausführlich dargestellt ist, sondern weil auch überzeugend ausgeführt ist, daß die biologische Klärung der Täterpersönlichkeit ein unverzichtbarer Bestandteil des Strafprozesses im neuen Strafrecht sein wird.

1926 wurde in Straubing die internationale kriminalbiologische Gesellschaft ins Leben gerufen, an deren Spitze der Strafrechtslehrer Adolf Lenz in Graz steht. Lenz ist in seinen Reihen der wirksamste Vorkämpfer für die Forderung, daß alle naturwissenschaftlichen und psychologischen Arbeitsmethoden, die uns die Täterpersönlichkeit erschließen und klarlegen können, herangezogen werden müssen, um dem Strafgericht ein erhöht gerechtes Urteil zu ermöglichen.

Die internationale Völkerbundskommission für Strafrecht und Strafvollzug endlich hat sich auf eine Anregung des Kongresses von 1930 in Prag dazu entschlossen, die Angelegenheit der naturwissenschaftlichen Untersuchung der Strafgefangenen

dadurch zu vereinheitlichen, daß in allen Ländern ein gemeingültiger Fragebogen mit Mindestanforderungen zur Einführung gelangen soll. Dann würde die Möglichkeit eines internationalen Vergleiches der Ergebnisse und ebenso der Aufstellung gemeinsamer Grundsätze der Verbrechensbekämpfung in die Nähe gerückt werden.

Ich muß nunmehr zum Ende kommen. Gestatten Sie mir noch einige abschließende Bemerkungen.

Kriminalbiologie ist sachverständige Strafvollzugs- und Gerichtshilfe. Sie steht im Dienste der Rechtspflege, aber ebenso im Dienste des Menschlichkeitsgedankens. Letzteren wollen wir bei allem Vorrang der gesellschaftlichen Belange doch auch gegenüber dem Rechtsbrecher, seinen Interessen, seiner Individualität, gewiß nicht aus dem Auge verlieren. Wie in der Medizin, ist auch in der Kriminalpolitik die Vorbeugung, das Verhüten der bessere Teil der Heilkunst. Vorbeugung ist aber nur möglich, wenn Einsicht in Ursachen und Zusammenhänge besteht.

Indem die Kriminalbiologie die Verbrecherwelt untersucht, erfaßt und deutet, erfüllt sie gleichzeitig mit dieser ihrer helferischen Funktion für Strafvollzug und Strafprozeß eine große rassenhygienische, erbpflegerische Aufgabe. Denn die Absicht des Strafgesetzes, die Gemeinschaft durch Ausmerzung ihrer verbrecherischen Außenseiter zu schützen, deckt sich mit der Forderung der Rassengesundheitslehre und der Erbpflege, diejenigen aus dem Blutkreise des Volkes auszuschalten, deren Erbqualitäten für die Gesundheit, Rüstigkeit und Leistungskraft der Gesamtheit schädigend ist. Wir erkennen unschwer, daß in den Reihen dieser Verschlechterer unseres volkischen Blutes auch zahlreiche Verbrecher sind.

Die Kriminalbiologie ist mit ihrer Untersuchung der verhältnismäßig leicht zugänglichen Bevölkerungsschicht der Verbrecher, einer Schicht mit enormer wirtschaftlicher, gesellschaftlicher und blutmäßiger Bedeutung, also auch Dienerin des Gedankens, Volk und Rasse nicht nur mit unzulänglichen äußeren Mitteln, sondern von innen heraus zu gesunden und zu retten. Es ist nach meiner Überzeugung die wichtigste Aufgabe der künftigen Staatsmedizin, neben die Individualhygiene die Rassengesundheit, das eugenische Handeln zu stellen. Die Untersuchung von in dieser Richtung besonders belangreichen Volksschichten — in Frage kommen vor allem Fürsorgezöglinge, Alkoholiker, Kretinen, professionelle Gemeindearme usw. — ist notwendige Voraussetzung für alles, was zur Förderung und Pflege erbgesunder, wertvoller, tüchtiger Menschen, gleichgültig welchen Standes und welcher Herkunft sie seien, zu geschehen hat. Nicht

Menge, sondern Güte der Nachkommenschaft entscheidet über Aufstieg oder Entartung. Eine möglichst lückenlose Erfassung aller geistig-körperlich normalen und anormalen Menschen, ihrer Lebensgänge und Lebensrollen führt zu jener Individualstatistik, aus der praktische Folgerungen durch erbpflegerische Gesetze verantwortlich gezogen werden können. In dieser wichtigen Vorarbeit einer rassenhygienischen Erforschung und Wertung des Volkkörpers ist bisher nur ganz Unzulängliches geschehen. Den breitesten Boden würde — neben der Erfassung von Sondergruppen der angeführten Art — die Untersuchung der gesamten Schuljugend bilden. Das Schularztwesen wäre über den Rahmen der Individualhygiene hinaus durch Hereinnahme rassenhygienischer, eugenischer Bestandteile und Belange zu erweitern. Wir haben in Bayern an unseren Kriminellen gezeigt, daß solche Untersuchungen großer Bevölkerungsgruppen möglich sind und haben gezeigt, wie sie gemacht werden müssen. —

Es war mir eine große Genugtuung, Ihnen nach Umlauf von 6 Jahren über den heutigen Stand des kriminalbiologischen Dienstes in Bayern berichten zu dürfen.

Ich schließe mit der herzlichen Bitte vor allem an Sie, meine Herren Staatsanwälte, Richter und Verteidiger, der naturwissenschaftlichen Betrachtung des Rechtsbruches und Rechtsbrechers auch in Ihrem amtlichen, beruflichen Wirken Ihre Aufmerksamkeit und Ihr Vertrauen zu schenken.

Dann wird sich in enger verstehender Zusammenarbeit, in vollster Berücksichtigung der unveräußerlichen Belange des Strafrechtes von selbst die Forderung in den richtigen Grenzen, in einem richtigen Ausmaße erfüllen, die schon 1819 der Tübinger Strafrechtslehrer Warnkönig, seiner Zeit um ein Jahrhundert vorausseilend, aufgestellt hat:

»Das Strafrecht muß eine Naturwissenschaft werden.«

(Aus der psychiatrischen Klinik des staatlichen medizinischen Instituts Astrachan
[Direktor: Professor Dr. N. Skliar].)

Über den Anaschá-Rausch.

Von

Professor Dr. N. Skliar und Dr. A. Iwanow.

In einigen Gegenden Rußlands begann man in den letzten 20—25 Jahren ein narkotisches Präparat in Pulverform unter dem Handelsnamen »Anaschá« oder »Naschá« zu gebrauchen, das im mittelasiatischen Teil der USSR. hergestellt wird. Von dort wird dasselbe nach dem Kaukasus und in einige Städte am unteren Wolgagebiet transportiert. Besonders ist die Anascha in Astrachan verbreitet, einer Stadt, die an Asien angrenzt, mit dem sie durch das Kaspische Meer in Berührung kommt. Eingeführt wird dieses Präparat teilweise aus Baku durch das Kaspische Meer (die persische, hellgelbe, schwächer wirkende Sorte), teilweise aus Aschabad durch die transkaspische Eisenbahn nach Krasnowodsk und von dort nach Astrachan durch das Kaspische Meer (afghanistansche, schwarze, stärker wirkende Sorte). Außer der Nähe und der Bequemlichkeit der Kommunikation mit Asien wird noch die starke Verbreitung der Anascha in Astrachan durch das Vorhandensein vieler orientalischer Völker, vieler vagabundierender, verwaarloster und verbrecherischer Elemente begünstigt, die Astrachan als Hafenstadt an sich zieht und unter denen sie hauptsächlich verbreitet ist. Sie findet auch durch ihren billigen, jedermann zugänglichen Preis große Verbreitung unter der verwaarlosten, heranwachsenden Jugend und der ärmeren Bevölkerung.

Nach der Angabe der Perser, die mit der Anascha Handel treiben, soll der Name »Anascha« oder »Nascha« von »Hascha«, d. h. Haschisch, herrühren und »Anascha« also mit Haschisch identisch sein. In ärztlichen Kreisen meinte man, daß die Anascha aus einer Mischung von Opium, Morphium und Kokain oder aus Haschisch nebst einigen oder allen diesen Alkaloiden bestehe.

Eine physikalisch-chemische mikroskopische Untersuchung einer Quantität von Anascha, die im Auftrage des Astrachanschen kriminellen Untersuchungsbureaus vom Astrachanschen gerichtlichen Chemiker, M. A. Frischmut, gemacht wurde, ergab im

allgemeinen die Gleichartigkeit der Anascha mit dem Haschisch. Zu gleichen Resultaten führten die chemischen Untersuchungen der Anascha im pharmakologischen Laboratorium des medizinischen Instituts in Krasnodar.

Ausführlicher beschäftigte sich mit der chemischen Analyse, hauptsächlich der qualitativen, Dr. A. Kamajew in Samara, der nach den physikalischen und morphologischen Merkmalen und der chemischen Zusammensetzung zwischen der Anascha und dem Haschisch keinen Unterschied fand. Spezielle Prüfungen vermittels spezifischer Reaktionen zeigten, daß in der Anascha keine Beimischungen von Opium, Morphinum, Kokain, Daturin vorhanden sind.

Wie gebraucht man die Anascha? 1. Die gebräuchlichste Art ist das Rauchen der Anascha, gemischt mit Tabak (»Machorka«) (die Hälfte oder $\frac{2}{3}$ »Machorka«, die andere Hälfte oder $\frac{1}{3}$ Anascha), in der Form einer Zigarette; — 2. das Rauchen der Anascha allein; — 3. das Rauchen »von der Nadel«: ein Klümpchen der Anascha wird auf das Ende einer langen Nadel angebracht, angezündet, und indem das glimmende Pulver zum Munde gebracht wird, wird der Rauch eingeatmet; — 4. in Mittelasien wird die Anascha durch einen »Tschilim« (ein besonderer komplizierter Apparat in der Art einer Pfeife) geraucht.

Indem wir zur Literatur übergehen, beschäftigen wir uns zuerst mit den Angaben über die Wirkung des älteren Präparats, des Haschisch, über das hauptsächlich in der schönen Literatur geschrieben wurde.

Zunächst müssen wir die Beschreibung des bekannten Dichters Baudelaire unter dem Namen »Les paradis artificiels« erwähnen, die überall angeführt wird und an der wir uns deshalb nur kurz aufhalten können. Hier werden phantastische, fabelhafte Erlebnisse, ein Glücks-, Seligkeitsgefühl beschrieben, bei dem die äußere Welt besonders erhaben, mächtig, die Farben reicher erscheinen; der Mensch fühle sich tiefer, gerechter, edler, sittlicher; in einigen Fällen tritt ein Zustand von einem von Träumen erfüllten Halbschlaf ein. Der Zeitsinn ist stark gestört (es kam dem Betreffenden vor, als habe die Nacht nur einige Sekunden gewährt, oder gar, als habe sie selbst in der Ewigkeit keinen Platz). Starke Störung des Persönlichkeitsbewußtseins; die Person schwindet und wird aufgelöst, vereinigt mit den objektiven Gegenständen der Außenwelt, die personifiziert werden, so daß dem Baume, dem Vogel die eigenen Leidenschaften und Wünsche zugeschrieben werden und der Mensch bald selber »zum Baum, zum Vogel, der im Lazur schwebt«, werde.

Raymond Meunier führt (1843) die Beschreibung des Zustandes des Dichters Théophile Gautier an, der zu Versuchszwecken Haschisch zu sich nahm. Der Zustand wird in 3 Phasen geteilt. In der 1. Phase, eine allgemeine Steifigkeit, Veränderung der Gegenstände in der Größe (»seine Augenlider verlängerten sich ins Unendliche«) und in der Form (»er sah seine Kameraden verändert, halb Mensch, halb Pflanze, mit dem nachdenklichen

Aussehen des Ibisses auf dem Fuße eines Vogels Strauß stehend, mit den Flügeln schlagend«; Dr. X. erschien ihm, am Klavier sitzend, als »Türke gekleidet, eine Sonne auf dem Rücken«, was ihm so seltsam erschien, daß er sich vor Lachen in seiner Ecke kaum halten konnte). In der 2. Phase, kompliziertere Visionen, enorme Steigerung der Gehörsempfindungen (»ein umgeworfenes Glas, ein Achzen des Stuhles, ein leise ausgesprochenes Wort vibrierten und widerhallten in ihm wie Donnergetöse; seine eigene Stimme schien ihm so laut, daß er nicht zu sprechen wagte aus Angst, die Mauern umzuwerfen, oder selbst wie eine Bombe zu krachen; mehr als 500 Uhren sangen in ihm die Zeit mit flötenden, kupfernen und silbernen Stimmen; jeder gestreifte Gegenstand tönte wie eine Aolsharfe), verschiedene Mitempfindungen (er hörte das Geräusch der Farben; grüne, blaue, gelbe Töne kamen zu ihm), Erleben eines starken Glücksgefühls, Personifizierung der verschiedenen Organempfindungen (Töne, Düfte, Licht usw. dringen durch die Poren des Körpers durch, gehen ein und aus), Persönlichkeitsspaltung (»er löste sich auf, wurde seiner selbst entledigt, verstand die Existenz von Engeln und vom Körper getrennten Seelen«), enorme Zeitsinnstörung ($\frac{1}{4}$ Stunde als 300 Jahre). In der 3. Phase, Verdoppelung des Blickes, starke Zunahme der illusionären phantastischen Gebilde, starke Bewußtseinsherabsetzung (eine Stunde vollkommen von Sinnen¹).

Nach *Moreau de Tours*, der Versuche mit Haschisch an sich selbst und seinen Bekannten machte, ruft eine geringe Dosis gewöhnlich eine nur mäßige Lustigkeit, höchstens eine Neigung zu grundlosem Lachen hervor; die Phantasie werde angeregt; es trete ein tiefes Gefühl der Befriedigung und des Glückes auf. Nach und nach schwinde die Fähigkeit des Dirigierens und Kontrollierens der Gedanken. Raum- und Zeitsinnstörung: Minuten kommen als Stunden vor, Stunden werden zu ganzen Jahren ausgedehnt; schließlich gehe jede bewußte Zeitvorstellung verloren.

Joël und *Fränkel* veröffentlichten im Jahre 1926 in der Berliner Klin. Wochenschrift die Resultate der von ihnen angestellten Versuche mit Haschisch. Die orale Dosis betrug 100 mg. Es tritt zunächst ein dumpfes Atmungs- und Beklemmungsgefühl auf. Die Aktivität schwindet; ein Gefühl der Ohnmacht und Angst entsteht. Nachher kommen phantastische Vorstellungen und ein Persönlichkeitszerfall auf. Die Situation kann von so bezwingender Heiterkeit werden, daß der Haschischesser minutenlang zu nichts fähig ist als zum Lachen. Die Trugwahrnehmungen sind meistens illusionäre Umgestaltungen der Außenwelt, die zunächst fremdartig und auffällig geworden war (Wahrnehmungsanomalien). In der haptischen Sphäre kommt es zur Auflösung des Zusammengehörigkeitsgefühls vom eigenen Körper und anderen eigentümlichen Verwandlungerscheinungen. Auch dynamische Sensationen, Fortgeschleudertwerden und dgl. treten auf. Eigentliche Halluzinationen sind selten. In wenigen Stunden wird im Rausch eine Reihe von Bewußtseinsgraden von der hellsten Klarheit bis zur tiefsten Entrückung durchlaufen. Grotteske Überschätzung der Zeitstrecken. Manchmal kommt es zu simplem Wohlgefühl, das sich zu wunschloser Euphorie und ekstatischer Verzückung steigern kann.

Der Pharmakologe *Schroff* schildert die Wirkung des Haschisch aus eigener Erfahrung folgendermaßen: »Um 10 Uhr abends nahm ich 0,07 des

¹) Zitiert nach *Beringer*.

trockenen Haschisch. Um 11 Uhr fühlte ich ein starkes Sausen nicht nur in den Ohren, sondern auch im ganzen Kopf; zu gleicher Zeit war ich von einem im höchsten Grade angenehmen, funkelnden Licht umgeben, das den ganzen Körper durchdrang und ihn ganz durchsichtig machte. Mit einer ungewöhnlichen Leichtigkeit durchlief ich eine ganze Reihe von Vorstellungen, die durch ein gesteigertes Selbstbewußtsein und eine übertriebene Vorstellung über die eigene Person begleitet waren. Morgens nach dem Erwachen war mein erster Gedanke das nachts Erlebte zu reproduzieren; von allen diesen schönen Visionen konnte ich mich aber an nichts erinnern, als an das wenige, das ich eben erzählte²⁾.

Freusberg beobachtete einen Engländer, der große Mengen von Tct. Cannabis Indica gebrauchte (zuerst 1,8 und nachher nach und nach bis zu 24 g pro Dosis). Als der Kranke, berauscht vom indischen Hanf, allein im Zimmer blieb, hörte er die Musik eines Orchesters, in die jedes zufällig auftretende Geräusch sich verwandelte. Alle von ihm gehörten musikalischen Klänge waren sehr zart; niemals hörte er einen grellen Ton, ein unangenehmes Geräusch, das sein Gehör verletzen würde. In einem ganz leeren Zimmer sah er eine bezaubernde bunte Landschaft mit Menschen und Tieren, Wasserfällen und hörte Rauschen der Bäume im Wald, mit Gesang und Musik. Im Zustande dieses Rausches fühlte er sich lebhaft, lustig und schuf kühne Kombinationen aus früheren Eindrücken, die bei ihm im Gedächtnis auftauchten³⁾.

Einem Kranken von *Korsakow* schien unter dem Einfluß des Haschisch sein ganz bescheidenes Zimmer voll tiefer Schönheiten, die Geräusche besonders weich und zart; die Einbildung schien alles zu durchdringen, das Gedächtnis alles mit erstaunlicher Lebhaftigkeit zu behalten und zu reproduzieren.

Guiljarowsky beobachtete bei einer Kranken, die zum Zwecke des Selbstmordes 10 g indischen Hanfes zu sich nahm, eine eigenartige deliriöse Störung, wobei der Vergifteten schien, als ob die umgebenden Gegenstände, z. B. die Tische, sich wie lebende Wesen bewegten.

Der Selbstschilderung des Odessaer Professors der Psychologie, *N. Lange*, der zum Versuchszwecke 0,36 g Extr. Cannabis Indica zu sich nahm, entnehmen wir folgendes⁴⁾: »Die erste Empfindung, die ich 5—10 Minuten nach dem Einnehmen hatte, war eine leichte und angenehme Betäubung, begleitet von einem geringen Kopfschwindel. Die organischen Empfindungen der Gesundheit und angenehmen Wärme nahmen sogleich zu. Das erste, was herabgesetzt wurde, war der Wille und die aktive Apperzeption (Aufmerksamkeit). Umgekehrt nahm deutlich die passive Empfänglichkeit zu; die Farben der umgebenden Gegenstände schienen heller, ihre Umrisse schärfer zu sein; die Luftperspektive schwand. Ein angenehmes Gefühl körperlicher Mattigkeit und Wärme gesellte sich den verschiedenen Gesichtsvorstellungen bei, und die äußeren Gegenstände schienen mir besonders angenehm. Bei stärker zunehmender Willensschwäche traten die Affekte ganz willkürlich und spielend auf, eine grundlose Lachlust entwickelte sich. Zeitweise verfiel ich in einen

²⁾ Zitiert nach *Sikorski*.

³⁾ Zitiert nach *Sikorski*.

⁴⁾ Publiziert in der russ. Zeitschrift »Fragen der Philosophie und Psychol.«, 1896, H. 1, S. 147.

bewußtlosen Zustand. Der Zeitsinn nahm so ab, daß mir bei der Rückkehr des Bewußtseins zuweilen schien, als ob 10 Minuten vorübergegangen wären, während die Zwischenzeiten nicht länger als 5 Sekunden währten. Nach und nach begannen die subjektiven Empfindungen über die objektiven Bilder überhand zu nehmen. Bei geschlossenen Augen bekamen sie das Aussehen verschiedenartiger geometrischer Figuren in der Art der Phosphene. Schließlich wurden diese Bilder so lebhaft, daß sie auch bei offenen Augen vor den verschiedenen Gegenständen gesehen wurden. Es scheint, daß sie periodisch gingen; bald flogen sie mit erschreckender Geschwindigkeit, bald schwanden sie. Nachher überfiel mich plötzlich und ohne äußere Ursache ein namenloser Schrecken. Plötzlich kamen Gedanken über den Tod, ewige Verrücktheit, Vergiftung. Ich schwitzte so stark, daß ich den Schweiß mit der Hand durch den Stoff des Überziehers spürte. Der Kopf brannte und schmerzte. Die Hände wurden kalt. Das Herz klopfte so stark, daß ich es hörte; die Atmung wurde sehr erschwert und fast unmöglich. Ich fühlte mich sehr schlecht. Die organischen Leiden nahmen immer mehr zu; es blieb ein unaufhörlicher Schmerz, den ich nicht genau lokalisieren konnte. Ich fühlte, daß ich mich in einem finsternen und unendlichen, von meinen Vorstellungen und Leiden erfüllten Raum befinde. Diese Bilder sprangen rasch, eines nach dem anderen, und jedes stieß mir ins Herz. Am Rückenmark liefen Feuerströmchen durch; den Magen griffen Krämpfe an. Zeitweise kam ich zur Besinnung und es schien mir, daß ich aus einer schrecklichen Wanderung, die ich im Jenseits durchmachte, zurückkehrte; einmal war dieser Gedanke besonders stark; es kam mir buchstäblich vor, ich wäre auferstanden, und die Freude des realen Lebens ergriff mich mit einer solchen Stärke, daß ich vor Freude weinte. Diese Momente währten aber nicht lange. Die Geistesumnachtung überfiel mich wieder, und ich wurde wieder in eine dunkle, unendliche Kälte und unbestimmte Welt versetzt. Der aktive Gedanke wurde ganz geschwächt; ich konnte mich auf nichts konzentrieren. Durch den körperlichen und besonders den psychischen Schmerz erschlafft, fing ich endlich an in einen Schlummer und Schlaf zu verfallen. Man legte mich zu Bett. Wie lange der Schlaf dauerte, weiß ich nicht (wie es sich erwies, nur 15 Minuten); ich fühlte mich vollständig müde; die früheren Halluzinationen durchflogen nur selten und wie in der Ferne. Plötzlich wachte ich auf, und alles änderte sich plötzlich; ich war wieder vollkommen gesund und wurde ganz der frühere Mensch. Eine Gedankenschwäche hielt noch den anderen Tag an. Ich erkannte nicht das Haus und die Straße, wo ich wohnte, vergaß alle Sachen u. dgl.«

Wir müssen uns bei diesem Fall, der zu den anderen hier angeführten Fällen wenig paßt, etwas aufhalten. Wir sehen hier einen angenehmen Zustand nur im Beginne der Vergiftung, der bald in einen Zustand starker Angst und Schreckens übergang, der immer mehr und mehr zunahm und im Krankheitsbilde dominierte. Dabei waren schwere organische Empfindungen vorhanden, von denen schwer zu sagen ist, ob sie als Ursache der Angst erscheinen oder eine Begleiterscheinung derselben darstellen («Das Herz klopfte so stark, daß er es hörte; die Atmung wurde sehr erschwert und fast unmöglich; am Rückenmark liefen Feuerströmchen; den Magen griffen Krämpfe an; es blieb nachher nur ein ununterbrochener Schmerz, der nicht genau lokalisiert werden konnte»). Wir sehen hier ferner viele Halluzinationen, hauptsächlich des Gesichts. Das Bewußtsein war stark getrübt, die reale Welt schwand. Im Zusammenhang mit dem stark getrühten Bewußtsein und einem starken Angst-

zustand treten Wahnideen der Verfolgung und ängstlichen Inhalts auf, er wäre gestorben, wanderte im Jenseits, wäre auferstanden, Ideen über den ewigen Wahnsinn, die Vergiftung usw. Ferner sehen wir hier ein allmähliches Schwinden des Selbstbewußtseins, eine Unmöglichkeit, die eigenen Gedanken und Gefühle zu dirigieren. Zwangslachen (der Kranke wollte ohne jeglichen Grund lachen). Zeitsinnstörung (5 Sekunden kamen als 10 Minuten vor). Dieser Zustand dauerte einen ganzen Tag, und noch am anderen Tag, als der Kranke schon bei vollem Bewußtsein war, konnte er das Haus und die Straße, wo er wohnte, nicht erkennen, vergaß alle Sachen und dergleichen. Von dem, was mit ihm während der Krankheitszeit war, hatte er nur eine summarische Erinnerung.

Gemeinsame Symptome mit den vorherigen Fällen sind das Zwangslachen, die Zeitsinnstörung und die angenehme Stimmung, die aber nur im Beginn der Krankheit war. Später trat umgekehrt ein starker Angstzustand auf. Infolge dieser Angst und der starken Bewußtseinstörung sehen wir hier keine Wahrnehmungsanomalien, die bei der Anascha- und besonders viel bei der Haschischvergiftung hervortreten, sondern echte Halluzinationen, hauptsächlich des Gesichtsinns, ferner Wahnideen der Verfolgung und solche ängstlichen Inhaltes, die in jenen Fällen fehlen. Diese Symptome zeigen, daß wir es hier nicht mit einem einfachen Rauschzustand, sondern mit einer echten Psychose zu tun haben. Die tiefe Trübung des Bewußtseins nebst zahlreichen Halluzinationen und Illusionen traumartiger Natur und vielen Wahnideen der Beeinträchtigung und Verfolgung, sowie starker Angst deutet auf ein Delirium hin, das einen melancholischen Charakter trägt.

Über die Wirkung des Haschisch auf die Tiere finden wir Angaben bei *Jolly* und *Ernst*, die an Tieren experimentierten. Sie fanden, daß bei Hunden und Katzen nach der Haschischvergiftung der Katalepsie ähnliche Zustände auftreten, die von Schütteln des Körpers, Bewegungsarmut, allgemeinem Stupor begleitet sind; die Tiere bewahren lange verschiedene ungewöhnlich lächerliche Posen. Bei dezerebrierten und thalamuslosen Tieren wurde keine Wirkung des Haschisch beobachtet, woraus die Autoren den Schluß ziehen, daß es sich bei der Haschischvergiftung um die vorwiegende Wirkung auf das Großhirn handelte.

Nach *Cushny* erinnert die Wirkung des Hanfes auf Tiere an die auf den Menschen. Zuweilen werde ein Stadium der durch verstärkte Bewegungen begleiteten Erregung beobachtet, dem Depression, Ermüdung und Schlaf folgen. Beim Frosch nehme die reflektorische Erregbarkeit zuerst zu und nachher ab. Bei Hunden und Katzen werde oft Erbrechen und Pulsverlangsamung beobachtet.

Über die Anascha, die als später erschienenes Präparat des indischen Hanfes relativ unlängst in den Gebrauch kam, erschienen erst in den letzten Jahren (seit etwa 1927) einige Berichte in der Literatur. *L. Anzifferow* führt auf dem 1. Allbundkongreß der Neurologen und Psychiater im Jahre 1927 in seinem Referat »Über den Haschischismus (Naschismus) in Turkestan« an, daß die Wirkung der Anascha auf die Psyche eine individuelle (erregende und deprimierende) sei; es gebe akute und chronische Vergiftungen. Die große Zahl der Oligophrenen unter den Einheimischen sei dem Haschischgebrauch zu verdanken.

L. Landau veröffentlichte im Jahre 1927 in der »Sowrem. Psychonevrologi« einen Aufsatz »Naschavergiftung«, in dem er 4 Fälle von Geistesstö-

zung unter dem Einfluß der Anaschavergiftung anführt, von denen 2 Fälle, wie es scheint, manisch-depressives Irresein und 2 Fälle akute Delirien spezifischer Natur darstellen. Fälle von Rauschzuständen werden nicht angeführt.

Schinkarenko beobachtete in Krasnodar im Jahre 1930 unter den Häftlingen des Korrektionshauses folgende Vergiftungssymptome: Bei leichtem Rausch kam es zu Erleichterung aller psychischen Funktionen, Beschleunigung der motorischen Reaktionen, Euphorie, kinematographischen lachen-erregenden Illusionen (Wahrnehmungsanomalien?). Gehörshalluzinationen waren selten. Bei schwerer Vergiftung traten Größenideen, Makropsie, motorische Erregung auf, die mit allgemeiner Erschöpfung, Schwäche und Schlafenden. Bei sehr schwerem Rausch traten noch ängstliche Unruhe, Furchtzustände, Panphobie hinzu. Im allgemeinen »falle, der Ansicht *Schinkarenkos* nach, das Bild mit der charakteristischen Periode der manischen Erregung, die mit einer nicht weniger typischen Periode der Depression abwechselt, zusammen, so daß man hier wie im Brennpunkt das Bild des manisch-depressiven Irreseins sehe«.

Nach *A. L. Kamajew* (1931), der viele Fälle von Anascharauchern in Samara untersuchte, werden bei der akuten Vergiftung meistens manische Symptome (heitere Stimmung, Lachen, Beweglichkeit und Gesprächigkeit) beobachtet; es treten aber auch umgekehrt Fälle motorischer Hemmung auf, indem der Kranke nach dem Rauchen sich in einem Winkel versteckt und unbeweglich, in Gedanken vertieft, zur Umgebung teilnahmslos, weit von der realen Welt entfernt, sitzt (Depression). Die 1. Form sei die vorherrschende. Das Bewußtsein sei meistens getrübt; nicht selten gebe es aber Fälle, in denen das Bewußtsein ganz klar bleibe. Der Wahn trage den Charakter der Größe; die Kranken fühlen sich als Napoleons, Generäle. Es gebe oft Halluzinationen(?): ein Zündhölzchen komme als ein Balken vor, eine kleine Erhöhung als ein Berg, ein gehender Mensch als Riese und dergleichen (also offenbar Wahrnehmungsanomalien).

Eine sehr schöne Schilderung des Anascharausches finden wir in der Erzählung des russischen Schriftstellers *Tichonow*: »Gewagter Mensch«, deren Inhalt wir leider wegen Raumersparnis ausführlich nicht anführen können und die trotz der poetischen Freiheiten, der möglichen Übertreibungen, die in einem kunstliterarischen Werk unvermeidlich sind, viele an anderen Personen und möglicherweise an sich selbst faktisch richtig beobachtete Rauschsymptome enthält, wie die Neigung zur Träumerei, Unbeweglichkeit, Veränderungen der Gegenstände in der Größe (»Die Posaune des Musikers in der Anaschakneipe in Samarkand schien dem Helden der Erzählung, Afrikow, der zum erstenmal die Anascha 2 Tage hindurch fast ununterbrochen rauchte, ungeheuer groß und schrecklich, ein einzelner Mensch könne sie nicht in den Händen halten; sie schaute in den Himmel; sie stemmte sich an die Nebel an; es schien, daß man aus ihr wie aus einer Kanone schießen könne«; »bald war die Pfeife nicht größer als ein Sperling und sprang auf dem Boden, bald wuchs sie zu einem Kamel aus«) und in der Form (»der Junge im Wirtshaus schien dem Afrikow zuerst als ein echtes, braunes Mädchen aus Taiti; als man ihm aber sagte, daß dies kein Mädchen, sondern ein Knabe sei, und Afrikow dieses seltsame, phantastische Gesicht genau zu betrachten begann, so fing dasselbe an, sich zu ändern; je länger er es anschaute, desto lächerlicher kam es ihm vor; er erkannte in ihm einen Knaben«), Veränderungen der Ge-

hörsempfindungen (»der Gesang des Matrosen, der in der Wirklichkeit sehr leise war, kam dem Afrikow in der Art eines grellen Geräusches, verstärkt fast bis zum krankhaften Heulen vor; nachher wurden die Worte im Gesang des Matrosen ungewöhnlich lang«), starkes ununterdrückbares Lachen (als Afrikow erkannte, daß die Person, die in der Nähe von ihm saß, kein Mädchen, wie er sich einbildete, sondern ein Knabe war, dessen Gesicht beim Anschauen sich änderte, versetzte dies Afrikow in ein starkes Lachen, das zuerst leise war; nachher »ergoß sich das Lachen aus seinen Lippen, Augen, Wangen, Ohren; es wälzte sich in den Haaren«; Afrikow wälzte sich nachher vor Lachen auf dem Teppich), Synästhesien (»Afrikow rauchte und seine Augen zog eine klingende Dunkelheit zusammen«), Persönlichkeitszerfall (als Afrikow die Worte im Lied des Matrosen hörte: »ich lache vom Herzen«, fragte er sich: »wer bin ich?« Er sah sich sitzend in einer ungeheuer großen Pfütze), Zeitsinnstörung (»Afrikow verlor die Zeit«).

Wir treten nun an unser eigenes Material heran.

In der vorliegenden Arbeit betrachten wir nur die Rauscherscheinungen der Anascha; das Material besteht aus 52 Fällen, hauptsächlich chronischer Anaschisten (16 Fälle aus dem Korrekthaus, 19 Fälle aus den Erziehungshäusern, 6 Fälle aus dem Heim für Verwahrloste, 11 Fälle aus der psychiatrischen Klinik), die uns ihre Rauscherlebnisse mitteilten; in 4 Fällen davon haben wir selber Versuche angestellt und konnten die Wirkung der Anascha unmittelbar beobachten (in 1 frischen Falle gaben wir 0,5 der schwächer wirkenden persischen Sorte, in 3 chronischen Fällen gaben wir 1,5 und 2,0 der stärker wirkenden afghanistischen Sorte). Was die Psychosen, die auf dem Boden der Anascha entstehen, betrifft, so werden wir uns mit diesen später in einer anderen Arbeit besonders beschäftigen.

Symptomatologie.

Die Vergiftung beginnt mit Kopfschwindel, der bei uns in 15 Fällen notiert wird, mit einem Geräusch und Klingen in den Ohren und Erbrechen oder Brechreiz (6 Fälle); es wird alles trüb gesehen oder es wird dunkel in den Augen (4 Fälle); es tritt ein Durst auf (4 Fälle); es wird trocken im Mund und im Hals, der Speichel wird zäher (9 Fälle); Beine und Arme werden schwer (2 Fälle); der ganze Körper schmerzt, wird »zerfallen« (3 Fälle); starkes Herzklopfen (5 Fälle); starker Appetit (17 Fälle). Bald beginnt in den allermeisten Fällen ein freudiger, angenehmer, heiterer Zustand, eine ruhige, gemütliche, sorglose Fröhlichkeit (34 Fälle); in 1 Falle fühlt sich der Kranke sehr wohl, sitzt, die Augen weit aufreißend, faßt nichts auf, vergißt alle Unannehmlichkeiten, alles überhaupt; in 2 Fällen wird das Gefühl eines starken Wohlbehagens, einer Seligkeit verzeichnet; einer von diesen erzählte uns, daß er sich nach dem Rauchen außerordentlich wohl fühlte; es schmerzte nichts; alle Sorgen schwanden; »wenn man nicht raucht«, sagte er, »hat man dich nicht gern, du

wirst geneckt, gereizt; wenn du aber geraucht hast, so wirst du unverschämt, achtest auf keine Fratzen, wirst leicht wie Flaumfedern; auch die Sonne scheint zu lachen, und es wird dir so wohl, daß er nichts dagegen hätte, wieder zu rauchen«. — Alles scheint komisch zu sein. Das Lachen wird in 32 Fällen notiert, Lachen und Weinen in 1 Falle, in 7 Fällen wird das Lachen negiert; in den übrigen Fällen sind keine Angaben darüber vorhanden. — Über den Grund des Lachens wird in einigen Fällen auf den angenehmen Zustand hingewiesen; in 13 Fällen wird angegeben, daß zum Lachen der Umstand reizt, daß die Gegenstände sich immer verwandeln, seltsam, komisch und verunstaltet zu sein scheinen. Das Lachen kann meistens nicht aufgehalten und unterdrückt werden: ein Kranker lachte, bis er zu Boden fiel; der andere »wieherte wie ein Pferd«. Ein Kranker erzählte, daß er nach dem Rauchen, als er sich in lustiger Stimmung mit seinen Kameraden unterhielt, plötzlich in einem »benebelten« Zustand in ein starkes Lachen geriet. Andere sagten, das Lachen wäre ohne Grund gewesen. In 1 Falle wird ein starkes Lachen nach außen und ein Weinen nach innen notiert. In 2 Fällen saßen die Kranken nach dem Rauchen und lachten nicht; wenn aber andere sie zum Lachen brachten oder sie selber zu lachen begannen, so lachten sie, ohne aufhören zu können. — Ein gesteigertes Selbstbewußtsein wird in 3 Fällen notiert; es scheint den Kranken, sie seien besser angezogen, klüger, kräftiger, gewandter als andere. Die Neigung, viel zu sprechen, sich mit ihren Kameraden ruhig und gemächlich zu unterhalten, wird in 16 Fällen angegeben. — Der Gedankengang war beschleunigt in 3 Fällen. — Ein stark aufgeregter Zustand wird nur in 1 Falle bei einem von Natur aus aufgeregten Knaben des Erziehungshauses angegeben, der einmal nach dem Rauchen einen anderen Knaben während eines Streits mit einer Eisenstange ununterbrochen auf den Kopf schlug und den letzteren tötlich schlagen könnte, wenn man ihn nicht in Schutz genommen hätte.

In anderen wenigeren Fällen (7) wird umgekehrt ein gedrückter, ängstlicher Zustand beobachtet: in 4 Fällen sprechen die Kranken, daß sie nach dem Rauchen still werden, den Skandal meiden; 2 andere Kranke geben an, daß sie nach dem Rauchen scheu, furchtsam werden; es kommt ihnen vor, als ob die Leute sie scheel ansehen und sie verspotten; in 2 Fällen schreckten die Kranken plötzlich bei jeder Bewegung auf; in 1 Falle schien es abends dem Kranken, daß Leute und Gegenstände an ihn anstoßen; in 1 Falle war bei einem Kranken beim Gehen nachts nach dem Rauchen der Gang vor Angst ein unsicherer; er fürchtete in einen Graben zu fallen, totgeschlagen zu werden.

Motorische Erregung, wenn auch nur geringen Grades, ist bei uns nur in wenigen Fällen (6) verzeichnet; in allen übrigen Fällen wird dagegen eine Schwerbeweglichkeit beobachtet: Trägheit im ganzen Körper in 4 Fällen; man werde faul in 5 Fällen; man möchte sitzen oder liegen und dabei träumen oder lachen in 4 Fällen (in 1 Falle phantasierte der Kranke viel beim Sitzen; beim Liegen wurde er schläfrig); in 1 Falle saß der Kranke, ohne sich zu bewegen und an etwas zu denken; 1 Kranker gab an, daß er zuweilen nach dem Rauchen etwas zu tun im Sinne hatte, saß aber stundenlang unbeweglich und träumte; ein anderer Kranker erzählte, daß er im Rausche »gedanklich« vieles machen könnte, daß er aber körperlich schwach werde. In 1 Falle trat nach dem ersten Gebrauch der Anascha ein Stuporzustand auf.

Die Neigung zur Träumerei wird bei uns in vielen Fällen (22) notiert: Gedanken angenehmen Inhalts in 4 Fällen; ein arbeitsloser Kranker phantasiert, nach dem Rauchen ehrlich Geld zu verdienen, eine Stelle zu bekommen, wo man für seine Arbeit seine Familie mit Geld zum Lebensunterhalt und ihn selber mit der Anascha versorgen würde; der andere träumt, selbständig zu leben und eine eigene Familie zu gründen. Bei einem Häftling treten »Napoleon«-Träume auf, daß man ihn aus der Haft befreie, daß alles anders, besser gehen würde. Ein anderer Verhafteter phantasiert: wenn er Geld hätte, so würde er liegen, essen und rauchen. Verwahrloste Knaben, Taschendiebe träumen nach dem Rauchen, sie würden die Geldbeutel günstig, unmerklich entwenden. In 1 Falle traten Gedanken über die Vergangenheit und Träume über die Zukunft auf.

Störung des Persönlichkeitsbewußtseins wird in 4 Fällen beobachtet (in 3 Fällen ist die Stimmung lustig, die Gegenstände kommen komisch vor, angenehme Träume treten auf, und zugleich werden die Kranken furchtsam, ängstlich, scheu; in 1 Falle wird nach außen ein Lachen, nach innen ein Weinen beobachtet).

Das Gegenstandsbewußtsein scheint im allgemeinen nicht merklich gestört zu sein: die Kranken orientieren sich gut, fassen in einigen Fällen sogar besser auf als in normalem Zustande. Nichtsdestoweniger ist das Bewußtsein bei ihnen nicht ganz klar: so geht ein Kranker, wenn er geraucht hat, wie »benebelt«; in 3 Fällen gehen die Kranken wie Betrunkene; in 1 Falle geht der Kranke, als wäre er »von Sinnen«, wie ein Betrunkener, der nur nicht schwanke; der 6. schwankt, wenn er raucht; es wird ihm dunkel in den Augen; ein 7. ist nicht bei ganz klarem Bewußtsein, wenn er viel raucht; wenn er wenig raucht, so ist er so wie »erstarrt«; in einem 8. Fall war der Kranke beim ersten Rauchen in einem bewußtlosen Zustande; bei späterem Rauchen sei es ihm im Kopfe wie »neblig« geworden.

Echte Halluzinationen in der Seh-, Gehörs-, Geruchs- und Geschmackssphäre werden in unseren Fällen gar nicht beobachtet. Es gibt aber bei uns viele Halluzinationen des allgemeinen Sinns, zu denen die Halluzinationen im Muskelsinn, haptische Halluzinationen, Halluzinationen des Temperatursinns und unbestimmte Halluzinationen des allgemeinen Sinns gehören.

Halluzinationen im Muskelsinn (2 Fälle): ein Kranker fühlte, wenn er die Anascha rauchte, als ob er fliege, sagte, daß es ihm vorkomme, als ob er an einem Seil geführt werde; er werde leicht wie Flaumfedern. Einem anderen Kranken schien, wenn er sich legte, daß er in die Tiefe versinke.

Halluzinationen im Muskelsinn der Augen (3 Fälle): einem Kranken kam es vor, daß die Telegraphensäule auf der Straße auf ihn stürze; einem anderen, daß Leute und Gegenstände, wenn er abends ging, an ihn anstoßen; einem 3. schien, als ob die Leute hinken oder schwanken.

Haptische Halluzinationen (1 Fall): ein Kranker erzählte, daß der Körper ihm als pelzig vorkam oder als ob eine Geschwulst an demselben wäre; wenn er den Körper berührte, so schien es, daß ein elektrischer Strom durch ihn ginge.

Halluzinationen des Temperatursinns (1 Fall): einen Kranken friert es, wenn er im Winter raucht, so daß er die ganze Zeit neben dem Ofen sitzen möchte; wenn er im Sommer raucht, werde es ihm außerordentlich heiß, und er schwitze sehr stark.

Von anderen Halluzinationen des Allgemeinsinns war bei einem Kranken, wenn er rauchte, im ganzen Körper eine angenehme Empfindung wie von Ameisen.

Pseudohalluzinationen (1 Fall): im Innern des Körpers hörte ein Kranker ein Geschrei um Hilfe.

Illusionen (4 Fälle): in 1 Falle stellt sich die Telegraphensäule wie ein rauchender Mensch vor; einem anderen Kranken schien es, daß man um Hilfe rufe, wenn man singt, was ihn in Angst versetzte; einem dritten Kranken zeigten sich einmal im Erbrochenen Tierchen wie Frösche, was ihn so erschreckte, daß er zu rauchen aufhörte; ein vierter sieht, wenn er nach dem Rauchen auf die Decke hinblickt, Feuerchen, Teufel; alles drehe sich.

Einem Kranken stellen sich nach dem Rauchen, wenn er liegt oder die Augen schließt, Teufel vor.

Am meisten finden sich aber keine echten Halluzinationen, bei denen eine neue Trugwahrnehmung im ganzen gebildet wird, sondern es entstehen die *Jasperschen* sog. Wahrnehmungsanomalien, bei denen der Gegenstand bleibt und nur partielle Verwandlungen an ihm auftreten.

Wahrnehmungsanomalien werden in 25 Fällen notiert (22 seitens des Gesichts und 3 seitens des Gehörs).

1. Gesichtsanomalien: a) Makropsie (12 Fälle): das Zündhölzchen stellt sich einem Kranken als ein großer dicker Balken vor; einem anderen Knaben schienen die kleinen Kameraden, die neben ihm standen, große erwachsene Leute zu sein; ein Zigarettenstumpf, der am Boden lag, schien einem dritten Kranken so groß zu sein, daß er über denselben breit schreiten mußte; ebenso kamen einem vierten alle Gegenstände so groß vor, daß man um sie herumgehen mußte; einem fünften stellte sich das Gesicht des Gesellschafters riesengroß vor und schien ihn zu necken; dem sechsten stellte sich der ausgespuckte Speichel wie ein Bach vor. In 6 Fällen werden die Gegenstände verdoppelt, verdrei- und vervielfacht. b) Mikropsie (2 Fälle). c) Die Gegenstände werden bald vergrößert, bald verkleinert (2 Fälle): einem Kranken schien ein Löffel sehr klein, während eine kleine Pfütze so groß wie ein Bach zu sein. d) Die Gegenstände verändern ihre Form (8 Fälle, von denen in 2 Fällen zugleich Verwandlungen in der Größe vorkommen): eine Tasse z. B. stellt sich als Löffel vor.

2. Gehörsanomalien (3 Fälle): in 1 Falle reizt sehr jeder stärkere Schall; in einem anderen Falle gehen die Laute von anderen Leuten, die sich unterhalten, langsam, leise, schwach, wellenartig; in einem 3. Falle kommt dem Kranken das Bellen des Hundes dumpf, fern, »wild« vor.

Von Wahnideen wird in 2 Fällen ein Beziehungswahn bei Individuen verzeichnet, die nach dem Rauchen in einen depressiven Zustand verfielen: wenn Leute sich unterhielten, schien den Kranken, daß über sie gesprochen wird, daß sie verspottet werden.

Zwangsvorstellungen in der Form der Grübelsucht werden bei uns in 1 Falle verzeichnet: ein Kranker stellte sich im Rausche Fragen, warum der Hund kein Mensch sei, wie der Erdball in den uraltesten Zeiten war, welche Lebewesen damals waren usw.

Die kombinatorischen Fähigkeiten werden nach dem Rauchen verschärft: ein Kranker erzählte, daß er ohne Anascha weder arbeiten noch denken könne, alles vergesse, das Hirn sei wie »geronnen«; wenn er aber rauche, so trete bei ihm eine Arbeitslust auf, im Kopfe werde es »frisch«, halte er alle Gedanken im Kopfe zusammen, die leicht sich entwickeln. Auch in einem anderen Falle geht die Arbeit besser, wenn der Kranke raucht. In einem 3. Falle hält der Kranke nach dem Rauchen alle Gänge gut im Gedächtnis, wenn er Karten spielt; wenn er nicht geraucht hat, habe er kein solches Gedächtnis. — In

anderen Fällen wird umgekehrt angegeben, daß ein Kranker, der zuweilen Tage hindurch rauchte, eine starke Körper- und Gedächtnisschwäche spürte, die Anordnungen der Vorgesetzten vergaß. Ein anderer Kranker sitzt, wenn er raucht, unbeweglich, faßt nichts auf, vergißt alles.

Die Funktionen der Sinnesorgane werden in einigen Fällen verschärft: die Kranken sehen und hören nach dem Rauchen besser. In anderen, hauptsächlich frischeren Fällen wird umgekehrt eine Herabsetzung der Funktionen der Sinnesorgane angegeben: so empfand ein Individuum nach dem 1. Rauchen der Anascha, als er gleich nachher Tabak rauchte, keinen Tabakgeruch, sondern spürte nur einen Rauch.

Der erregte Zustand, der in den meisten Fällen die erste Zeit nach dem Rauchen auftritt, geht bei uns nach $1\frac{1}{2}$ bis 2 Stunden in 8 Fällen in einen Erschlaffungszustand über, der mit Schlaf endet. An das, was während des Rauchens vorkam, erinnern sich die Kranken auch längere Zeit nachher gut. Indessen haben uns einige Kranke mitgeteilt, daß die Erinnerung nach dem Rausche keine vollständige sei. Und nicht nur zu Ende, sondern auch zu anderer Zeit schläfert es die Kranken nach dem Rauchen, was bei uns in 7 Fällen verzeichnet wird. So treten bei einem Kranken beim Sitzen allerlei Träume auf, beim Liegen schläfert es ihn. Ein anderer Kranker schlief beim Anschauen der Bilder im Kino ein und schlief bis zu Ende der Vorstellung.

Im kriminellen Untersuchungsbureau berichtete man uns noch über ein Symptom, das in unserem Material ganz fehlt und über das in der Literatur auch nichts erwähnt wird, welches darin besteht, daß die Verbrecher bei der Verhaftung die Anascha rauchen und einen Anfall simulieren.

Wir müssen noch den Unterschied besprechen, der zwischen den Erscheinungen, die in den frischen Fällen während der ersten Zeit des Rauchens, und den Erscheinungen, die in den älteren Fällen bei Gewohnheitsrauchern vorkommen, besteht. In den meisten Fällen wurden in der ersten Zeit ein starkes Lachen, ein heiterer Zustand, ein starker Appetit und Durst beobachtet. Später, manchmal vom 2. Jahr des Rauchens an, wird weniger Lachen beobachtet oder dasselbe hört ganz auf; ebenso die Fröhlichkeit der Stimmung; es tritt in 1 Falle eine »Verwilderung« auf, der Kranke flieht vor anderen Leuten, meidet die Gesellschaft; ein anderer wurde scheu, mied den Lärm, Skandal; einen 3. schläfert es immer; bei einem 4. herrschte später ein Hang zum angenehmen Träumen, eine Schwereempfindung und Einschlafen; die meisten Kranken geben an, daß die Erscheinungen mit der Zeit bei der Gewohnheit schwächer werden und später sogar ganz aufhören; es muß eine immer größere Dosis

angewandt werden, damit eine Wirkung entstehe; wenn man auch viel raucht, neigt es immer zum Einschlafen. Ein Kranker, der 6 Jahre Anaschist war, gab uns im Gegenteil an, daß bei ihm während der ersten Zeit des Rauchens ein starkes Lachen auftrat, dabei war er scheu, fürchtete vor jeder Bewegung, schreckte auf; in der Folgezeit schwanden alle diese Erscheinungen; es traten bei ihm im Rausch ein angenehmer, heiterer Zustand, angenehme Gedanken, Lebhaftigkeit, Gesprächigkeit, Arbeitslust auf; diese letzteren Erscheinungen hörten auf und gingen im Gegenteil in tiefe Gedrücktheit, Apathie, Sprech-, Arbeitsunlust usw. über, sobald es an Anascha fehlte.

Körperliche Symptome während des Rausches.

Glänzende Augen; die Augenlider gerötet; die Konjunktiva hyperämisch; die Pupillen erweitert; manchmal eine Anisokorie; Tremor der Zunge, der ausgestreckten Finger und geschlossenen Lider; gesteigerte Patellarreflexe, starkes Herzklopfen; beschleunigter Puls.

Bei einem unserer Kranken, der keine Anascha früher gebraucht und dem wir zum Versuchszwecke eine geringe Dosis der schwächer wirkenden Sorte (0,5) gaben, zeigte sich die Vergiftung hauptsächlich in körperlichen Erscheinungen: Zuerst ein Pulsieren in der Schläfengegend; der Kopf wurde schwerer; ein starkes Schwitzen trat zuerst an der Stirn, nachher an den Armen und Beinen und später am ganzen Körper auf; Kopfschmerzen in der Schläfen- und Stirngegend und nachher am ganzen Kopf; starkes Herzklopfen; beschleunigter Puls (110 in der Minute). Später Kopfschwindel, beengendes, drückendes Gefühl an der Brust; Brechreiz; Übelkeitsempfindung; Schwere der Arme und Beine; Müdigkeit im ganzen Körper; Bewegungsunlust; Trockenheit im Munde; der Speichel wird zäher; die Augen sind gerötet, entzündet; erweiterte Pupillen; Tremor der ausgestreckten Finger und der Zunge. Nach $\frac{1}{2}$ Stunde fängt die Versuchsperson an sich besser zu fühlen. Zuerst hörte die Übelkeitsempfindung auf; der Puls wurde seltener; keine Kopfschmerzen; es blieb noch eine Apathie, Arbeitsunlust und Durstempfindung übrig. Nach einer Stunde ging alles vorüber.

Die hier angeführten Symptome ähneln im allgemeinen denjenigen, die von anderen russischen Autoren, wie *Kamajew*, *Schinkarenko*, die Fälle von Anaschavergiftung beobachtet haben, beschrieben wurden (heitere, angenehme Stimmung, Lachlust, Neigung zu Träumereien in mäßigem Grade, verschiedene Wahrnehmungsanomalien bei relativ klarem Bewußtsein).

Wenn wir ferner unsere Fälle mit denjenigen bei der Haschischvergiftung, wie sie von *Baudelaire*, *Gautier*, *Moreau de Tours*, *Joël* und *Fränkel*, *Schroff* und *Freusberg* beschrieben wurden, vergleichen, so sehen wir bei den letzteren meistens die gleichen Erscheinungen, nur sind sie hier stärker ausgesprochen und viel übertriebener: der freudige, angenehme Zustand, der bei der Anascha auftritt, gelangt beim Haschisch zum Gefühl des ungewöhnlichen Glücks, der höchsten Seligkeit; das Lachen ist bei der Haschischvergiftung viel ausgeprägter und noch unaufhaltsamer und weniger unterdrückbar als beim Anascharausch; das Bewußtsein ist bei der Haschischvergiftung, wenn es auch wechseln kann, im allgemeinen viel mehr getrübt als bei der Anaschavergiftung; der Hang zur Träumerei, der während des Anascharausches angetroffen wird, gelangt bei der Haschischvergiftung zu reich ausgeschmückten phantastischen Erlebnissen, die einen szenischen Charakter tragen und rasch, kaleidoskopartig wechseln; die Illusionen und Pseudohalluzinationen sind beim Haschisch viel zahlreicher und lebhafter als bei der Anascha; es gibt beim Haschisch auch echte Gesichts- und Gehörshalluzinationen, die bei der Anascha ganz fehlen; die Wahrnehmungsanomalien sind beim Haschisch viel zahlreicher, stärker ausgesprochen auf allen Sinnesgebieten und tragen einen phantastischeren Charakter als bei der Anascha; die Zeitsinnstörung, die beim Anascharausch nur bei *Tichonow* beobachtet wird und in unserem Material, bei *Kamajew* und *Schinkarenko* nur in wenigen Fällen und nur andeutungsweise vorhanden ist, ist beim Haschisch eine viel tiefere. Besonders stark ausgesprochen ist bei der Haschischvergiftung der Zerfall des Persönlichkeitsbewußtseins, die Auflösung der Person in den umgebenden Gegenständen und der ganzen Natur, welche Erscheinung beim Anascharausch gar nicht vorkommt oder in schwach ausgeprägter Form in die Erscheinung tritt.

Wie lassen sich diese stärker ausgesprochenen Symptome in den letzteren Fällen erklären? Es muß zunächst berücksichtigt werden, daß unser Material sowie dasjenige *Kamajews* und *Schinkarenkos* aus rückständigen, auf unterer Kulturstufe stehenden Bevölkerungskreisen, aus verbrecherischen, verwahrlosten, ungebildeten Elementen, also aus ganz undifferenzierten Individuen mit einem ganz engen Gesichtskreis, mit primitiver Denkart besteht, weshalb der Inhalt und die Form ihrer Vorstellungen sehr dürftig sind; dazu sind diese Individuen meistens nicht imstande, die ärmlichen Eindrücke, die sie erleben, genügend zu beschreiben, während das Material der westeuropäischen und amerikanischen Autoren auf den Schilderungen stark differenzierter, höchst kultivierter und sogar talentvoller Leute

(Dichter, Gelehrter u. dgl.) basiert, die an sich selbst die Wirkung des Präparats erprobten und in künstlerischer Form ganz genau alles das beschreiben konnten, was sie erlebten. Dennoch unterliegt es aber keinem Zweifel, daß die Anascha, die in USSR. gebraucht wird, ein viel schwächeres Präparat darstellt als der Haschisch, der (hauptsächlich zu wissenschaftlichen Zwecken) in Westeuropa und Amerika gebraucht wurde, weshalb auch die Wirkung seitens der Anascha eine schwächere ist, als vom reinen Haschisch. Sehen wir doch, daß es unter der Anascha selbst verschiedene Sorten gibt: die schwach wirkende hellgelbe, persische und die stärker wirkende, schwarze, afghanische Sorte, unter denen die Raucher sofort den Unterschied erkennen. Wir beobachten andererseits, daß auch bei der Anaschavergiftung, wenn dieses Präparat in großer Menge von nervös disponierten Individuen genommen wird, wie wir es in der Erzählung *Tichonows* bei Afrikow sehen, fast die gleichen scharf ausgesprochenen und ebenso zahlreichen Symptome auftreten wie bei der Haschischvergiftung. Die verschiedene Stärke hängt, wie es von den Pharmakologen konstatiert wird, auch von der Herstellungsart des Präparats und von verschiedenen anderen Bedingungen, vom Klima und der Jahreszeit, während deren das Wachsen der Pflanze (*Cannabis Indica*) stattfand, ab. Die Gebrauchsart spielt auch eine Rolle: ob durch Einatmen, per os oder durch Injektion.

Dem Alter nach haben wir von 7 bis 10 Jahren 3 Personen, von 10 bis 15 Jahren 27 Individuen, von 15 bis 20 Jahren 20 Personen, von 20 bis 25 Jahren 2. Also überwiegen hier bedeutend Individuen von sehr jungem Alter, während dem Haschischmißbrauch hauptsächlich Erwachsene ergebn sind. Ungeachtet dessen aber, daß unter den Anaschisten sehr jugendliche Individuen vorherrschen, auf die das Gift eine stärkere Wirkung ausüben müßte, sehen wir, daß die Wirkung der Anascha eine viel schwächere ist als seitens des Haschisch. Dieser Umstand kann noch als ein weiterer Grund für die Annahme dienen, daß die Anascha ein schwächeres Präparat ist als der Haschisch.

Wenn wir uns an den Fall *Lange* wenden, der das Extractum *Cannabis Indicae* zu sich nahm (0,36 g), so sehen wir hier viel schwerere Symptome als in den vorigen Fällen (viel stärkere Bewußtseinstrübung, starker Angstzustand, zahlreiche echte Halluzinationen und Wahnideen), infolge deren dieser Fall, wie wir bereits gesagt haben, keinen einfachen Rausch, sondern eine echte Psychose (melancholisches Delirium) darstellt.

Wodurch wird dieser schwere Zustand im Falle *Lange* im Vergleich mit den früher angeführten Fällen bedingt? Auf die

Schwere des Zustandes wirkte zweifellos die Art des Präparats (das Extractum Cannabis Indicae), das stärker wirken mußte, als der Haschisch oder gar die Anascha. Wir sehen auch bei *Joël* und *Fränkel*, die auch das Extract. Cannabis Indicae anwendeten, eine starke Wirkung, die allerdings den Charakter des Rausches und nicht der Psychose trug. Hier spielte eine Rolle die Dosis des genommenen Präparats. Während *Joël* und *Fränkel* die Maximaldosis (0,1) anwendeten, gebrauchte *Lange* eine fast 4mal größere Dosis (0,36). Wir sahen auch in unserem Material in 1 Falle bei einem Individuum, das zum erstenmal eine nur ganz geringe Dosis der schwachen Sorte der Anascha, der persischen, gebrauchte, nur Symptome somatischer Natur, während die psychischen Erscheinungen fast unmerkliche waren.

Jedenfalls geht aus dem Gesagten ohne Zweifel hervor, daß der Unterschied zwischen der Wirkung der Anascha und derjenigen des reinen Haschisch oder des Extract. Cannabis Indicae kein qualitativer, sondern ein quantitativer ist.

Aber nicht nur die Art dieses oder jenes Präparats, nicht nur die Herstellungsart, die Dosis, sondern auch die Konstitution des Individuums, auf das das Präparat wirkt, hat eine große Bedeutung. Die Wirkung dieses letzten Momentes ist besonders klar bei Psychosen, die unter dem Einfluß der Anascha auftreten, mit denen wir uns aber in der vorliegenden Arbeit nicht beschäftigen. Inwiefern die Konstitution, der Anlagegrad zur Geistesstörung im Falle *Lange* eine Rolle spielte, können wir kein Urteil haben, da keine Angaben über diesen Punkt vorhanden sind.

Klinische Stellung.

Nach *Schinkarenko* falle das Bild der Anaschavergiftung im allgemeinen mit der charakteristischen manischen Erregung zusammen, die durch eine nicht minder typische Depressionsperiode abgewechselt werde; man sehe hier so wie im Brennpunkt das Bild des manisch-depressiven Irreseins.

Kamafjew ist auch der Ansicht, daß beim Anaschisten vorwiegend eine lustige Form (mit einer unaufhaltsamen Lachlust, aufgeregten Bewegungen und einer Gesprächigkeit) vorkomme; bedeutend seltener trete hier die Form mit Depression und motorischer Hemmung auf.

Wenn wir unser Material überblicken, so sehen wir, daß man die allermeisten Fälle zur »lustigen« und nur 2 Fälle zur depressiven Form des Rausches rechnen kann. Wenn wir die Fälle der »lustigen« Form untersuchen, so drängt sich die Frage auf, ob sie denn wirklich ein Bild der manischen Erregung darstellen. Es wird freilich in fast allen eine lustige, heitere Stimmung beobachtet. Ist sie aber derjenigen bei der manischen Erregung gleichwertig? Wir sind gewohnt, die Gefühle in 2

große Gruppen, die durch Lust einerseits, durch Unlust andererseits charakterisiert sind, zu teilen, wobei in der 1. Gruppe Zustände der Glückseligkeit, der Freude, des Wohlbehagens in einen Haufen zusammengeworfen werden, während in neuester Zeit *MacDougall*, *James*, *Scheler*, *Rümke* und andere der Ansicht sind, daß sie nicht die gleichen Arten der Gefühle darstellen und nicht nur qualitativ, sondern auch durch die Tiefe, d. h. sich dadurch unterscheiden, wie tief sie mit dem Kern der Persönlichkeit, dem »Ich« des Individuums verbunden sind. Die sog. psychischen und geistigen Gefühle, zu denen hauptsächlich das Glücksgefühl gehört, entspringen, nach diesen Autoren, dem tiefsten Kern der Persönlichkeit, während die sog. »vitalen Gefühle«, zu denen das Gefühl vom Wohlbehagen, von Frische, Mattigkeit, Gesundheit und Krankheit gehört, von den mehr peripheren Teilen des »Ich« ausgehen. *Rümke* hält die vitalen Gefühle charakteristisch für das man.-depressive Irresein, während das Glücksgefühl, seiner Ansicht nach, hauptsächlich, wenn nicht ausschließlich, bei einigen Psychopathen, für die es besonders charakteristisch erscheine, vorkomme; die aber von anderen Autoren beschriebenen euphorischen, seligen Zustände bei Paralyse, man.-depressivem Irresein, Schizophrenie u. dgl. hält *Rümke* für keine echten Glücksgefühle, da sie mit dem Kern der Persönlichkeit nicht so tief verbunden seien; er meint sogar, wenn bei einem Kranken echte Glücksgefühle sich finden, so spreche es gegen das Vorhandensein aller erwähnten Psychosen. Wir meinen, daß solche Behauptung stark übertrieben ist. Solche Gefühle des Glücks, der Seligkeit kommen nicht nur bei Psychopathen, sondern nicht selten auch bei der Hysterie, Paralyse, bei der Epilepsie während der Aura vor; besonders werden sie oft gerade bei Intoxikationszuständen: beim Morphem-, Opium-, Kokain- und Haschischrausch angetroffen, für die sie, unseres Erachtens, besonders charakteristisch zu sein scheinen. Sie können aber auch bei der Schizophrenie und dem manisch-depressivem Irresein auftreten. Wir finden dies sogar unter den wenigen von *Rümke* bei verschiedenen Psychosen gefundenen Fällen von Glückssyndrom (9 auf 5000 Krankengeschichten) bei 3 Fällen (E., D. und B.), die er als Degenerationspsychosen oder als unklare Fälle annimmt, die wir aber als zum man.-depressiven Irresein, wenn auch in etwas atypischer Form, gehörige betrachten. Ebenso zeigen die *Rümkeschen* Fälle der sog. ecnoischen Zustände in protrahierter Form, die, unseres Erachtens, eigentlich Schizophrenien darstellen, daß Glücksgefühle auch bei der Schizophrenie vorkommen; *Rümke* selbst gibt an, daß unter seinen 9 Fällen das Glückssyndrom einmal bei einer schizophrenen Patientin angetroffen wurde.

So viel aber muß zugegeben werden — und hier pflichten wir *Rümke* vollkommen bei —, daß, wenn Glückszustände bei diesen Krankheiten auch vorkommen, sie für dieselben — insbesondere gilt das für das man.-depressive Irresein — nicht charakteristisch sind.

Wie wird das Lustgefühl bei den Manischen von dem Gefühl des Wohlbehagens, der Glückseligkeit, das in den ekstatischen Zuständen bei den Psychopathen und bei den Intoxikationen (in unseren Fällen mit Anascha oder Haschisch) vorkommt, unterschieden? In der Analyse werden wir nicht von theoretischen, spekulativen Erwägungen (über die Entstehung aus diesen oder jenen Schichten des Persönlichkeitskerns), sondern von konkreten, klinischen Tatsachen ausgehen.

Die manischen Zustände des manisch-depressiven Irreseins werden durch eine allgemeine und allseitige Erregung der gesamten psychischen Sphäre charakterisiert, infolge deren die Gefühle ebenso wie die Denk- und Willensfunktionen gesteigert sind und die Tendenz haben, sich nach außen auszubreiten. Die Stimmung wird beim manischen Zustand entweder eine lärmende, ausgelassene, exaltierte oder eine gereizte, zornige, zanksüchtige sein. Bei der Intoxikation aber mit der Anascha ist die Stimmung eine ruhige, zufriedene, angenehme, in sich, in das eigene Innenleben gerichtete und von der Außenwelt abgewendete; dieser angenehme, euphorische Zustand kann bei der Haschischvergiftung bis zum Glücks- oder Seligkeitsgefühl, aber auch einem ruhigen, nicht lärmenden, ganz in sich gekehrten, gesteigert werden. Nur in 1 Falle ist bei uns ein aufgeregter Zustand verzeichnet, wo ein Junge nach dem Rauchen einen anderen unaufrührlich am Kopfe mit einer Eisenstange schlug und ihn totschlagen konnte, wenn man den letzteren nicht in Schutz genommen hätte; bei dem Knaben wird aber eine von Natur aus besonders aufgeregte Konstitution konstatiert; außerdem liegt in der ganzen Art des Schlagens (ununterbrochenen) eher etwas Stereotypes, Zwangsmäßiges als Manisches. Das andere Merkmal, das sowohl bei der Manie als auch bei der Anascha- resp. Haschischvergiftung vorkommt und für die letztere besonders charakteristisch ist, ist die Lachlust, die beim manischen Zustand aus der lustigen, gehobenen Stimmung entspringt und als natürlicher, äußerer Ausdruck derselben erscheint; im Anascharausch aber entsteht das Lachen teilweise, wie wir sahen, aus dem angenehmen, zufriedenen Zustand; es drängt die Kranken zum Lachen auch die wunderliche Veränderlichkeit der Gegenstände; auf solche Weise beginnend, geht das Lachen aber weiter automatisch fort, ohne daß die Kranken dasselbe zu unterdrücken vermögen. — Man könnte dabei ferner an eine stereotypé Er-

scheinung denken. Dann müßte sie aber von Anfang an affekt-, sinnlos und automatenhaft sein; das Lachen entbehrt hier aber nicht ganz des Affektes, besonders im Anfang der Erscheinung; das Hauptmerkmal besteht nur darin, daß es nicht zum Stillstand gebracht werden kann, wenn es schon einmal begonnen hat, wenn auch gesagt werden muß, daß die Kranken infolge der Affektinkontinenz leicht zum Lachen gebracht werden können. So sagten uns einige Kranke, daß sie nach dem Rauchen nicht lachten; wenn sie aber jemand zum Lachen brachte oder sie selber zu lachen anfangen, so mußten sie weiter unaufhörlich lachen und konnten nicht stillstehen. Das Lachsypptom hat also weder einen manischen noch einen stereotypen, sondern einen Zwangscharakter. Auf dem Gebiete der Ideen sehen wir bei der Manie, daß viele Gedanken auftreten, die ausgesprochen werden müssen und durch äußere, weniger durch innere Momente rasch angeregt, aber ebenso leicht durch andere abgewechselt werden; der Inhalt der Gedanken ist kein einheitlicher; es herrscht hier eine Ideenflucht. Bei der Anaschavergiftung werden auch viele Gedanken entwickelt, die nicht durch Außendinge hervorgebracht werden, sondern aus dem Innenleben in Form von phantastischen Vorstellungen, Erinnerungsbildern entstehen und durch eine gewisse, von der angenehmen Stimmung oder gar vom Glücksgefühl abhängige Leitidee einheitlich zusammengehalten werden, so daß von Ideenflucht gar keine Rede sein kann. Und wenn bei einem mäßigen Grade der Intoxikation eine Schwatzhaftigkeit auch vorkommt, so ist das Gespräch kein erregtes, ideenflüchtiges, sondern die Kranken sprechen ihren nahen Bekannten und Freunden ruhig, langsam und gemächlich ihre innersten Gedanken, Wünsche und Träume laut aus. Die gleichen Überlegungen gelten auch für die Motilitätserscheinungen. Wenn auch in einigen Fällen eine motorische Erregung leichten Grades besteht, so wird umgekehrt in den meisten anderen Fällen die Neigung beobachtet, sich gar nicht zu bewegen; die Kranken möchten lieber liegen und träumen und nichts tun; in 1 Falle trat bei uns sogar ein ganz stuporöser Zustand auf. Es tritt somit im Anascharausch eine Herabsetzung der motorischen Funktionen, die sich bei stärkerer Intoxikation im Haschischrausch bis zur Unbeweglichkeit oder zu gänzlichem Stupor steigern kann. Das gehobene Selbstgefühl, als manisches Symptom, wird bei uns in einer unbedeutenden Zahl von Fällen verzeichnet, was sich aber in den bescheidensten, unschuldigsten Träumereien äußert: die Kranken geben an, sie seien besser angezogen, klüger, gewandter als andere. *Kamajew* spricht über Wahnideen der Größe bei den Anascharauchern aus dem Grunde, weil einige Kranke angeben, daß bei ihnen beim

Rauchen »Napoleon«-Träume auftreten. Dies muß aber cum grano salis verstanden werden; das Akzent muß hier nicht auf das »Napoleonische«, sondern auf das Träumen gesetzt werden; die Kranken halten sich durchaus für keine Napoleons, sondern es tritt bei ihnen eine Neigung zum starken Phantasieren, zu verschiedenen Träumereien auf, bei denen die Wünsche der Kranken in der Phantasie als realisiert vorkommen. Besonders große Dimensionen nimmt das Phantasieren bei der Haschischvergiftung an. Die Neigung zum Phantasieren tritt bei der Anascha- resp. Haschischvergiftung einerseits infolge der euphorischen, angenehmen Stimmung auf, die bei den Kranken ein Auftreten von phantastischen Ideen im Sinne der Wünsche der Kranken hervorruft; es begünstigt deren Auftreten die bei dieser Intoxikation vorkommende Herabsetzung der Bewußtseins- und Selbstbewußtseinstätigkeit sowie auch der Willensfunktionen, der aktiven Apperzeption, infolge deren verschiedene freie, durch nichts gezügelte phantastische Gedanken aus dem Erinnerungsschatz passiv auftauchen. Es ist auch möglich, daß die Intoxikation außerdem Hirnzentren, möglicherweise subkortikale affiziert, die auch aktiv die Phantasietätigkeit erregen, um so mehr, als viele Individuen, die durch diese Gifte sich berauschen, bereits von Natur aus abnorm, psychopathisch angelegt und zum Phantasieren geneigt sind, was bei der Intoxikation nur gesteigert wird. Es kann freilich nicht geleugnet werden, daß bei den Intoxikationen die angenehme, euphorische oder noch mehr die selige Stimmung auf die Motilität, Redelust, den Gedankengang, auf die Art der Auffassung aller Gegenstände, alles Umgebenden wirkt, das besonders gefärbt, in bestimmter angenehmer Weise umgewandelt wird, aber diese Erscheinungen sind primär nicht gesteigert und tragen den Stempel des Mäßigen; bei der Manie aber sind die motorische Erregung, der Rededrang, die Ideenflucht usw. nicht nur Folge der gehobenen Stimmung, sondern alle diese Symptome sowie die gehobene Stimmung selbst sind durch den krankhaften manischen Prozeß primär gesteigert. Also haben wir hier keinen echten manischen Symptomenkomplex.

In einigen wenigen Fällen (7) ist bei uns eine depressive Stimmung verzeichnet, und zwar ausschließlich bei Individuen mit melancholischer Konstitution (von Natur aus schüchtern, scheu, pessimistisch, wenig mitteilbar). Dabei muß gesagt werden, daß eine für den melancholischen Zustand eigentlich gedrückte Stimmung, eine Hemmung hier nicht vorhanden ist, sondern es wird hier ein Zustand der Angst, Furcht notiert (Furcht, nachts auszugehen, in einen Graben zu fallen, ermordet zu werden usw.). Einige Autoren notieren beim Rauchen der

Anascha nach einem angenehmen einen gedrückten Zustand. Wir fanden dies auch in einigen Fällen, halten aber diesen Zustand, der nach der Erregung folgt, für keine Depression, sondern für eine Erschlaffung, die mit dem Schlaf endet. Es liegt hier also auch kein melancholischer Symptomenkomplex vor, und wir haben keine Anhaltspunkte dafür, im Anascharausch das manisch-depressive Irresein wie im Brennpunkt zu sehen, wie *Schinkarenko* dies annimmt.

Wir haben andererseits eine Reihe von schizophrenieähnlichen Symptomen. Schon das Glücksgefühl halten viele Autoren, wie *Jaspers* und andere, für die Schizophrenie für charakteristisch, ebenso eine Reihe von Wahrnehmungsanomalien. Dies spricht aber nicht dagegen, daß die gleichen Erscheinungen auch bei den Intoxikationen vorkommen können. Der Persönlichkeitszerfall, der als ein für die Schizophrenie pathognomonisches Symptom gilt, wird bei uns nur in wenigen Fällen und in schwach ausgeprägter Form beobachtet. Viel stärker ist diese Erscheinung bei der Haschischvergiftung ausgesprochen, die von *Baudelaire*, *Gautier*, *Joël* und *Fränkel* und anderen angeführt wird, wo die Person in den umgebenden Gegenständen, in der ganzen Natur aufgeht, aufgelöst wird (*Baudelaire*), wo die Person sich selber entledigt (*Gautier*). Es ist hier also kein eigentlicher Persönlichkeitszerfall, sondern eine Auflösung, Aufhebung der Person, die vom starken Glücksgefühl und einem Traumzustand herrührt, die die ganze Person des Haschischberauschten, sein ganzes »Ich« in sich aufnehmen. Die Störung des Persönlichkeitsbewußtseins ist also bei der Haschischvergiftung sekundären Ursprungs und unterscheidet sich gänzlich von dem Persönlichkeitszerfall bei der Schizophrenie, der primärer Natur ist und auf einem Fehlen oder einer bedeutenden Herabsetzung der Affektivität beruht. Das gleiche gilt auch für das Symptom des In sichgekehrtheits unserer Kranken (der sog. Autismus bei der Schizophrenie), das meistens aus der Neigung dieser Kranken zur Träumerei, zum Phantasieren hervorgeht, während dieses Symptom bei der Schizophrenie primärer Natur ist. Der gleiche Unterschied besteht zwischen dem Symptom der Schwerbeweglichkeit resp. dem Stupor während des Anascharesp. Haschischrausches und demjenigen bei der Schizophrenie. Also können wir in den manie- resp. melancholieähnlichen Symptomen beim Anascha- resp. Haschischrausch kein Bild des man.-depressiven Irreseins sehen, ebenso wie wir hier aus den schizophrenieähnlichen Symptomen auf das Vorhandensein eines Bildes der Schizophrenie nicht schließen können.

Überhaupt können wir der Ansicht, daß Rauschzustände besondere Krankheitsformen darstellen, durchaus nicht bei-

pflichten. Wenn ausgesprochene Delirien, Dämmerzustände usw. als keine besonderen Krankheits-, sondern als Reaktionsformen (exogene) betrachtet werden, die, auf äußere oder innere Gifte oder psychische Einflüsse abreagierend, nach kurzer Zeit vorübergehen, so muß man um so mehr den Rausch für eine Reaktionsform halten, die gleich nach dem Gebrauch des Giftes auftritt und nach noch kürzerer Zeit vorübergeht. Diese Reaktionsform muß sich in einem besonderen Zustandsbild mit besonderen Symptomen oder Symptomenkomplexen äußern.

Zu welchen Zustandsbildern muß nun der Anasch resp. Haschischrausch gerechnet werden und welche Symptome resp. Symptomenkomplexe sind für dieses Zustandsbild charakteristisch? Um das zu entscheiden, müssen wir uns zuerst den Begriff des Rausches im allgemeinen klarmachen. Darüber gibt es in der Literatur keine klare Definition. Die Irrenärzte beschäftigten sich wenig mit den Fragen der akuten Vergiftung des zentralen Nervensystems mit Ausnahme des Alkoholrausches, wobei sie sich mehr mit den Zuständen der pathologischen als der gewöhnlichen Vergiftung interessierten, da jene einen klaren psychotischen Zustand darstellen und oft in der gerichtlich psychiatrischen Praxis vorkommen. *Kräpelin* sagt, daß »wir über die große Mehrzahl der akuten seelischen Giftwirkungen kaum mehr wissen, als daß es sich hier in der Regel um deliriöse Zustände handle, die als 'Rausch' bezeichnet zu werden pflegen; im allgemeinen bilden Bewußtseinstrübung und Unbesinnlichkeit, ausgeprägtere Trugwahrnehmungen auf den verschiedensten Sinnesgebieten, traumhafte, bunt wechselnde Einbildungen, Merkstörung und Unklarheit, Angst oder Lustgefühle und Verzückungszustände mit oder ohne Unruhe und Aufregung die Grundzüge der Krankheitsbilder«. Hier wird der Begriff des Rausches zu weit aufgefaßt; es können darunter die verschiedensten akuten Krankheitsbilder verstanden werden, und wir können zwischen den Rausch-, deliriösen und anderen akuten psychotischen Zuständen keine Grenze ziehen. Ebenso spricht *Jahrreiß* in unbestimmten Ausdrücken über die Rauschzustände als über »Zustände ekstatischer Bewußtseinserhöhung, aber auch von Bewußtseinstrübungen von halluzinoseartigem oder einfach benommenem Gepräge bei manchen akuten Vergiftungen, wobei strenge Grenzen gegenüber deliranten, halluzinoseartigen oder auch dämmerig erregten und einfach benommenen Zuständen fließend seien«. Ausführlicher beschäftigt sich mit dieser Frage *Klatt*, ein Anhänger *Adlerscher* Schule. Es findet sich bei ihm eine ausführliche und schwungvolle Beschreibung der Erscheinungen, aus denen der Rausch- oder ekstatische Zustand besteht, und

eine Deutung derselben im *Adlerschen* Sinne, aber keine klare, wissenschaftliche Definition des Rausches.

Wenn wir uns an unser Material wenden, so sehen wir, daß die Rauschzustände sowohl der Entstehung nach (exogene) als auch den Symptomen und dem Verlauf nach (kurzdauernder und mit günstigem Ausgang) den deliriösen Zuständen und anderen *Bonhoefferschen* exogenen Reaktionsformen nahestehen. Hinsichtlich der Symptome ist bei beiden Zuständen das Bewußtsein gestört, aber bei den Rauschzuständen ist die Bewußtseinstrübung meistens leichter Natur, besonders gerade bei der Anaschavergiftung und noch mehr bei Vergiftungen mit Morphium und Opium. Jedenfalls ist beim Rausch keine tiefe Bewußtseinstrübung vorhanden. Bei beiden Zuständen gibt es Störungen der Sinnesfunktionen, aber zum Unterschied von den Delirien gibt es bei Rauschzuständen keine echten Gesichts-, Gehörs-, Geruchs- und Geschmackshalluzinationen, sondern es finden sich, und zwar in großer Zahl, sog. Wahrnehmungsanomalien (besonders gilt das für den Anascha- resp. Haschisch- und Meskalinrausch).

Zwangsvorstellungen und Wahnideen in leichter Form, z. B. des Beziehungswahns oder gehobenen Selbstgefühls, und in geringerer Zahl kommen bei den Rauschzuständen vor; kompliziertere aber: Wahnideen der Verfolgung, besonders in systematisierter Form, oder der Größe, besonders mit dem Charakter der Unerschütterlichkeit und Unkorrigierbarkeit, werden bei den Rauschzuständen nicht angetroffen, zum Unterschied von echten Delirien oder anderen »exogenen Reaktionsformen«. Nach der Beendigung des Delirs erinnern sich die Kranken gewöhnlich nicht daran, was mit ihnen während des krankhaften Zustandes vorgegangen ist, im Gegensatz zum Rausch, nach dem eine Erinnerung vorhanden ist, wenn auch keine vollständige und ganz klare.

Es kann also zwischen den Rauschzuständen und den Delirien ein Unterschied festgestellt werden, der aber nicht grundsätzlicher, sondern quantitativer Natur ist. Daß dem so ist, kann man noch daraus ersehen, daß in einigen Fällen unter dem Einfluß eines stärkeren Präparats (z. B. Haschisch statt Anascha) oder einer stärkeren Dosis des Präparats oder einer entsprechenden psychisch-nervösen Veranlagung Bilder auftreten können mit einer stärkeren Bewußtseinstrübung, mit zahlreicheren Ideen phantastischen Charakters, mit einer Schwerbeweglichkeit, die sich zum Stupor steigern kann, mit einer größeren Zahl von Illusionen und Pseudohalluzinationen, mit schwereren Wahrnehmungsanomalien, wobei noch echte Halluzinationen hinzutreten können, wie wir dies sehen in Zustän-

den des Haschischrausches, die von *Baudelaire*, *Gautier*, *Joël* und *Fränkel*, *Freusberg* u. a. beschrieben wurden. — In anderen Fällen treten beim Gebrauch eines noch stärkeren Präparats, z. B. des *Extracti Cannabis Indicae*, besonders bei einer größeren Dosis, wie wir dies im Falle *Lange* sehen, Bilder auf mit einer vollständigen Bewußtseinstrübung, mit starker Angst, echten Halluzinationen und Wahnideen (der Verfolgung, des Sterbens, der Auferstehung usw.). In dem letzteren Fall kann man schon nicht einfach von einem Rauschzustand, sondern von einem echten Delirium, einer rasch vorübergehenden »Angstpsychose« (als »exogener Reaktionsform«) sprechen. Man kann also sagen, daß die Delirien die gleichen Rauschzustände, aber in schwerer Form, oder daß die Rauschzustände umgekehrt die gleichen Delirien resp. andere »exogene Reaktionsformen«, nur in leichterem, abgeschwächtem Grad, darstellen.

Jetzt wollen wir sehen, welche Symptome und Symptomenkomplexe für den Anascha- resp. Haschischrausch charakteristisch sind und wodurch sie sich von den durch andere Gifte entstandenen Rauschzuständen unterscheiden.

Wir sahen beim Anascha- resp. Haschischrausch einerseits schizophrenieähnliche Erscheinungen, die aber als echt schizophrene nicht angesehen werden können, ebenso stellen die hier vorkommenden manie- resp. melancholieähnlichen Symptome keine echten manisch-depressiven Symptomenkomplexe dar. In Wirklichkeit aber sehen wir hier einen einzigen aus einigen der beiden Reihen von Symptomen zusammengesetzten, für den Anascha- resp. Haschischrausch charakteristischen dreigliedrigen Symptomenkomplex, der aus der euphorischen Stimmung (die bis zum Seligkeitsgefühl gesteigert werden kann), dem Symptom der Träumerei resp. verstärktem Phantasieren und dem Symptom der Passivität, Willensherabsetzung (die bis zur gänzlichen Unbeweglichkeit gesteigert werden kann), die miteinander eng verbunden sind und in intensiven Fällen den Zustand der sog. Ekstase ausmachen. Dieser Symptomenkomplex ist hier ein kardinaler, primärer. Freilich kann in einigen Fällen statt oder neben dem Symptom der Euphorie eine Furchtsamkeit, Scheu und in schwereren Fällen bei stärkerer Intoxikation ein Angstzustand auftreten. In noch anderen Fällen kann statt des euphorischen ein hypomanischer oder ein ganz gleichgültiger Zustand entstehen. Das sind aber nur seltenere Fälle, meistens von dieser oder jener Konstitution des Individuums (depressiver oder manischer oder schizoider) und vom Grad der Intoxikation abhängig. Zu den Hauptsymptomen gehört noch eine Trübung des Bewußtseins leichter, oberflächlicher Natur, eine Bebelung desselben hauptsächlich bei der Anascha, eine stärkere

Trübung beim Haschisch, aber dennoch keine tiefe, wie es bei einem Delirium der Fall wäre. Zu den sekundären Symptomen, die aus den kardinalen entspringen, gehören die Wahrnehmungsanomalien: Gesichtsanomalien (Veränderungen der Gegenstände in der Größe und Form), Gehörsanomalien (in der Intensität: der Schall wird entweder sehr laut, »wild«, oder umgekehrt sehr leise, dumpf, fern, oder in der Qualität: die Klangfarbe wird geändert, so daß jedes Geräusch entweder stark reizt und unangenehm oder umgekehrt sehr angenehm wirkt) (so z. B. im Falle bei *Freusberg*). Ferner gehören hierher Illusionen und Pseudohalluzinationen. Von den Halluzinationen finden sich hier Sinnestäuschungen auf dem Gebiete des allgemeinen und Muskelsinns, des Temperatursinns, Synästhesien; Halluzinationen aber des Gesichts-, Gehörs-, Geschmacks- und Geruchssinnes fehlen. Diese Symptome sind für den Anascharausch (und Haschischrausch mäßigen Grades) charakteristisch und erklären sich durch die in solchen Fällen vorhandene oberflächlichere Bewußtseinstrübung. Bei stärkeren Intoxikationen, hauptsächlich mit dem Haschisch, nimmt die Zahl der Wahrnehmungsanomalien, der Illusionen und Pseudohalluzinationen zu; es steigert sich auch deren Intensität, so daß es schwer wird, dieselben von den echten Halluzinationen abzugrenzen. Aus den Grundsymptomen entspringen auch die oft vorkommenden Symptome des Zwangslachens und die Störung des Persönlichkeitsbewußtseins. Von den körperlichen Symptomen werden oft beobachtet der Durst, als Folge der Trockenheit im Mund und Schlund, und ein gesteigerter Appetit.

Differentialdiagnose.

Große Ähnlichkeit mit dem Haschisch hat der Meskalinrausch. Beim letzteren gibt es auch eine euphorische Stimmung, die sich bis zum Glücksgefühl steigern kann, ein Zwangslachen, verschiedene Wahrnehmungsanomalien, Illusionen und Pseudohalluzinationen. Es besteht aber ein großer Unterschied zwischen den beiden Giften in betreff der echten Halluzinationen des Gesichts-, Gehörs-, Geschmacks- und Geruchssinnes, die beim Haschischrausch meistens fehlen, während bei der Meskalinvergiftung viele Gesichtshalluzinationen in der Form rasch und kaleidoskopartig wechselnder leuchtender Punkte, gegitterter, buntfarbiger, filigranartiger Muster, in der Form von Landschaften, Bauten, Fabelwesen vorkommen. Der Hang zum Phantasieren ist beim Haschisch ausgeprägter als beim Meskalin. Dagegen scheint beim letzteren die Störung des Persönlichkeitsbewußtseins und das Auftreten anderer schizophreneähnlicher Symptome (Autismus usw.) ausgesprochener zu sein als beim

ersteren. Beim Meskalin sind im Anfangsstadium der Vergiftung deutlichere manische Symptome (Rede- und Bewegungsdrang) vorhanden als beim Haschisch; im späteren Stadium wird bei beiden Giften eine Herabsetzung der motorischen Funktionen, eine Passivität beobachtet, die beim Haschisch aber eine stärkere ist als beim Meskalin.

Beim Opium und Morphinum sehen wir ebenso wie beim Haschisch eine Neigung zur Träumerei, eine euphorische Stimmung, Bewegungsherabsetzung, die allerdings beim Haschisch stärker ausgesprochen ist. Der Unterschied besteht darin, daß beim Opium und Morphinum das Zwangslachen und die außerordentliche Appetitsteigerung, die die Anascha hervorruft, fehlen; das Bewußtsein ist bei der Opium- und Morphinumvergiftung klarer; infolgedessen fehlen hier auch meistens die verschiedenen Wahrnehmungsanomalien, Pseudohalluzinationen und Illusionen. Wie uns mehrere Kranke mitteilten, die alle diese Gifte zu verschiedenen Zeiten gebrauchten, benehme man sich während des Anascharausches nicht normal, wie ein »Narr«, man lache unaufhörlich, spreche Dummheiten; bei der Opium- und Morphinumvergiftung aber treten die letzteren Erscheinungen nicht auf; man fühle sich nur angenehm, wohl, und es treten Träume auf.

Bei der Vergiftung mit Kokain tritt eine gehobene Stimmung, ein Arbeits-, Unternehmungs-, Schreib-, Bewegungsdrang, ein gesteigertes Selbstgefühl, starke Ablenkbarkeit, Ideenflucht, Unruhe, Größenideen oder Zustände der Gereiztheit und des Zornes, also echt manische Symptome, auf, die beim Haschisch-resp. Anascharausch nicht beobachtet werden. Wie beim Haschisch, Opium und Morphinum wird auch beim Kokain ein Hang zur Träumerei, aber nur in schwächerem Grad beobachtet. Das Bewußtsein ist auch ein klareres als beim Haschisch. Nach einer stärkeren Vergiftung treten echte Trugwahrnehmungen (mikroskopischer Insekten und Bakterien), auch Wahnideen der Verfolgung auf. Dies ist aber schon kein einfacher Rausch, sondern ein deliriöser Zustand.

Wie beim Kokain treten auch beim Alkohol, zum Unterschied von Haschisch, echte manische Symptome auf: eine gehobene, expansive Stimmung, starke Rede- und Bewegungslust, die in eine starke, lärmende motorische Erregung mit Exzessen und verschiedenen impulsiven und aggressiven Handlungen übergeht; die Kranken sind händel- und streitsüchtig. So ist nach Angaben unserer Kranken, die Anascha und Alkohol gebrauchten, in 1 Falle bei der Anaschavergiftung zum Unterschiede vom Alkoholrausch die Heiterkeit eine gutmütige, gemüthliche, ruhige, sorglose, träumerische; in einem anderen Falle saß

oder lag der Kranke bei der Anaschavergiftung meistens ruhig und träumte, während er im Alkoholrausch in einen unruhigen Zustand kam, lärmte, tobte; ein 3. Kranker gab an, daß er, wenn er Alkohol zu sich nimmt, zornig werde, lärme, tobe, schimpfe, andere necke, Unfug anrichte; wenn er aber die Anascha raucht, werde es ihm wohl; er möchte ruhig und gutmütig mit anderen Leuten sich unterhalten; es schwinden Ärger und schlechte Gedanken. — Auch die Reaktion nach der Erregung ist im Alkoholrausch eine stärkere als bei der Anaschavergiftung, indem derselbe (d. h. Alkoholrausch) in eine allgemeine Lähmung, Ataxie und festen Schlaf übergeht. — Das Bewußtsein ist im Alkoholrausch stärker getrübt als bei der Haschischvergiftung, bei der dasselbe sogar bei stärkerer Intoxikation mehr verengt als getrübt ist.

Wir wollen noch einige Worte sagen über die mutmaßliche materielle Unterlage, die der Anascha- resp. Haschischvergiftung zugrunde liegen muß. Die Störung der Affekte (Euphorie, Glücksgefühl), das Zwangslachen, als eine Form der Affektinkontinenz, die Störung des Bewußtseins und Selbstbewußtseins (das nach *R. Müller, Reichardt, Küppers* und anderen im zentralen Höhlengrau seinen Sitz haben soll), der Hang zum Phantasieren, der hauptsächlich aus der euphorischen Stimmung und Herabsetzung der Bewußtseinstätigkeit hervorgeht, weisen darauf hin, daß von diesem Gift die subkortikalen Ganglien affiziert werden müssen. — Die Vergiftungsversuche mit Haschisch an Tieren (Katzen und Hunden) wurden von *Jolly* und *Ernst* gemacht, die bei ihnen katalepsieähnliche Zustände, die durch Kopfschütteln, Armutsbewegung und allgemeinen Stupor begleitet waren, ebenso auch Zustände fanden, bei denen die vergifteten Tiere längere Zeit verschiedenartige ungewöhnlich lächerliche Posen (d. h. ähnliche dem Zwangslachen beim Menschen) bewahren, wobei bei dezerebrierten und thalamuslosen Tieren die Haschischwirkung nicht beobachtet wurde, woraus sie den Schluß zogen, daß es sich bei der Haschischvergiftung um die vorwiegende Wirkung auf das Großhirn handle. Die Autoren vertreten, wie es scheint, die früheren Ansichten, daß als Hauptorgan der psychischen Tätigkeit die Hirnrinde erscheine. Wenn man sich aber auf den neueren Standpunkt von *Reichardt, Veronese, Küppers* und anderen stellt, daß die Hirnrinde nur ein untergeordnetes, exekutives, und die subkortikalen Ganglien das Hauptorgan darstelle, so sehen wir, daß auch die Experimente die klinischen Tatsachen bestätigen, daß bei der Haschischvergiftung das Stammhirn (Thalamus opticus usw.) affiziert wird.

Ergebnisse.

1. Die Rauschzustände erscheinen, ähnlich den anderen »exogenen Reaktionsformen«, als eine Reaktion des Organismus auf das von außen eingeführte Gift und stellen einen psychotischen Zustand in der Art eines kurzdauernden Delirs in leichter, abgeschwächter Form dar mit leichteren Symptomen exogenen, heteronomen Charakters: geringe Bewußtseinstörung oder sogar klares, aber eingeengtes Bewußtsein, oberflächliche Störung der Funktionen der Sinnesorgane nicht in der Form echter Halluzinationen, sondern in der Gestalt der Wahrnehmungsanomalien (Anascha- resp. Haschisch- oder Meskalinvergiftung) oder ohne die letzteren (Morphium und Opium), eine unvollkommene, nicht ganz klare, summarische Erinnerung an die Eindrücke während des Rausches oder gar keine Amnesie.

Zu diesen Symptomen tritt in einigen Fällen, z. B. bei der Haschisch- oder Meskalinvergiftung, ein besonderer Symptomenkomplex (euphorische Stimmung, Neigung zum Phantasieren, zur Träumerei, Herabsetzung der Willensfunktionen, die bis zur Unbeweglichkeit sich steigern kann) oder ein manischer Symptomenkomplex z. B. beim Alkohol- oder Kokainrausch, seltener ein depressiver, hinzu. Die Art dieses oder jenes Symptomenkomplexes hängt vom Charakter dieses oder jenes Giftes ab, ist also exogenen Ursprungs. Freilich kann in betreff des manischen resp. depressiven Symptomenkomplexes eingewendet werden, daß sie endogener Natur sind. Daß sie aber bei uns, wenigstens in vielen Fällen, dennoch einen exogenen Ursprung haben, sieht man hauptsächlich daraus, daß die Kranken, die im Anascha- resp. Haschischrausch zu unbeweglichen, stillen, gutmütigen Träumern werden oder in einen ekstatischen Zustand verfallen, im Alkoholrausch aufgeregt, lärmend, aufreizend, aggressiv werden. Allerdings können in anderen Fällen manische oder depressive oder schizophrene Symptome auftreten, die von der inneren Veranlagung abhängen, d. h. endogenen Ursprungs sind.

2. Die Rauschzustände, als leichtere Formen von Delirien, können unter dem Einfluß eines stärkeren Präparats, einer stärkeren Dosis oder einer besonderen psychisch-nervösen Veranlagung in echte Delirien mit tieferer Bewußtseinstörung, echten Halluzinationen und in schwereren Fällen mit Erscheinungen einer starken Angst, Wahnideen usw. übergehen.

3. Die Anascha soll nach chemisch-pharmakologischen Untersuchungen (deren allerdings nur wenige gemacht wurden) mit dem Haschisch identisch sein. Unsere klinischen Untersuchungen haben dies nur insofern bestätigt, daß sie zwar gleiche, aber nicht identische Präparate darstellen; die Anascha scheint den

schwächeren Symptomen nach, die sie erzeugt, ein schwächeres Präparat zu sein als der Haschisch.

4. Bei schwächeren Dosen der Anascha treten Erscheinungen mehr somatischer, als psychischer Natur auf: starke Kopfschmerzen, Kopfschwindel, Übelkeit, Brechreiz, Trockenheit im Munde und im Schlunde, Schwere und Müdigkeit in den Armen, Beinen und im ganzen Körper, Apathie, Bewegungsunlust, starkes Herzklopfen, beschleunigter Puls.

Bei mäßigen Dosen: angenehme, euphorische Stimmung, Schwatzhaftigkeit, Lachlust, leichte Benebelung des Bewußtseins, Neigung zu Träumereien, Passivität, Schwerbeweglichkeit, Wahrnehmungsanomalien auf den Gebieten des Gesichts-, Gehör-sinnes u. dgl. Keine echten Halluzinationen. Körperlich-gesteigerter Appetit, Durst. Zuweilen, bei entsprechender Konstitution, Depressionserscheinungen. — Bei stärkeren Dosen der Anascha oder bei einem stärkeren Präparat (Haschisch) steigert sich die Euphorie zu einem Glücks-, Seligkeitsgefühl; das Lachen trägt einen nicht unterdrückbaren, gezwungenen Charakter; das Bewußtsein wird getrübt (allerdings nicht so tief wie im Delir); gesteigerte Phantasietätigkeit; Herabsetzung des Willens bis zur Unbeweglichkeit, zum Stupor (in ekstatischen Zuständen); Zunehmen der Wahrnehmungsanomalien in der Zahl und Intensität; zahlreiche Illusionen und Pseudohalluzinationen; Synästhesien; Zeit- und Raumsinnstörung; Persönlichkeitsspaltung, Auflösung der Person in der Umgebung, Identifizierung der Person mit den umgebenden Gegenständen. — In noch schwereren Fällen, bei einem noch stärkeren Präparat, z. B. dem *Extractum Cannabis Indicae*, besonders wenn eine größere Dosis genommen wird, treten nach anfänglichen Rauschsymptomen schwerere Erscheinungen eines echten Delirs oder einer anderen »exogenen Reaktionsform« auf (tiefe Bewußtseinstrübung, zahlreiche echte Halluzinationen, starke Angst und Wahnideen der Verfolgung, Beeinträchtigung und ängstlichen Inhalts).

5. Es spielen also beim Auftreten leichterer oder schwererer Erscheinungen die Art des Präparats, die Dosis, ferner die Gebrauchsart (per os oder durch Einatmen oder durch Injektion) und die Konstitution des Individuums eine Rolle.

6. Die Wirkung der Anascha nimmt mit der Zeit ab; es müssen immer größere Dosen angewandt werden; bei späterem Gebrauch schwinden alle Symptome; es bleibt nur ein angenehmer Zustand, der auch verlorengeht, und die Kranken müssen zu anderen Narkoticis greifen.

Literatur.

- Anziferow*: »Haschischismus (Naschismus) in Turkestan«, Arbeiten des 1. Allbundkongresses der Neuropathologen und Psychiater, Moskau 1929.
- Bostroem, A.*: »Störungen des Wollens«, im Hdbch. der Geisteskrankheiten, herausgegeben von O. Bumke, Bd. II, 1928.
- Beringer, K.*: »Der Meskalinrausch«, Berlin 1927.
- Cushny, R.*: »Pharmacology and Therapeutics«, 1928.
- Guiljarowsky, W.*: »Psychiatrie«, Moskau-Leningrad 1931 (russ.).
- Joël, E. und Fränkel, Fr.*: »Der Haschisch-Rausch«, Klin. Wschr. 1926, Nr. 37.
- Jaspers, K.*: »Allgemeine Psychopathologie«, 3. Aufl., Berlin 1923.
- Kräpelin, E.*: »Delirium, Halluzinose und Dauervergiftung«, Mschr. f. Psych. 1923, Bd. 54.
- Kräpelin, E., und Lange, J.*: »Psychiatrie«, 9. Aufl., 1927, Bd. I und II.
- Korssakow, S.*: »Psychiatrie«, 3. Aufl., Moskau 1913, Bd. I (russ.).
- Klatt*: Arch. f. Psych., 1931, Bd. 93, H. 2.
- Kretschmer, E.*: »Störungen des Gefühlslebens«, im Hdb. der Geisteskr., herausgegeben von O. Bumke, Bd. I, 1928.
- Kloos, G.*: Arch. f. Psych., 1931, Bd. 94, H. 3.
- Kamajew, A.*: »Der Anaschismus«, Samara 1931 (russ.).
- Landau, L.*: »Nascha-Vergiftung«, Sowrem. Psychonevrolog., 1927, Nr. 4.
- Lange*: »Fragen der Philosophie und Psychologie«, 1896, H. 1 (russ.).
- Mayer-Groß*: »Selbstschilderung der Verwirrtheit«, Berlin 1924.
- Rümke, H. C.*: »Zur Phänomenologie des Glücksgefühls«, Berlin 1924.
- Sikorski*: »Allgemeine Psychologie«, 1914 (russ.).
- Schinkarenko, W. J.*: »Massenrauchen des Haschisch unter der Verbrecherwelt der Stadt Krasnodar«, Sowrem. Psychonevrol., 1930, Nr. 4—5 (russ.).

Das psychopathische Kind im Rahmen der Schulgesundheitspflege.

Von

Oberarzt Dr. Paul Würfler, Eberswalde.

Wer über Psychopathen sprechen oder schreiben will, muß zuerst sagen, was er meint. Denn noch haftet diesem Begriff etwas Verschwommenes an. Es verwenden z. B. die Amerikaner den Begriff der psychopathischen Konstitution nicht, obwohl die deutsche Psychiatrie nach dem Ausspruch namhafter Amerikaner die wissenschaftliche Grundlage der amerikanischen ist; aber auch innerhalb unseres Landes fehlt ein einheitlicher Gebrauch des Wortes. Schon dieser Tatbestand in unserer deutschen, so gern und so eifrig definierenden und klassifizierenden Wissenschaft läßt vermuten, daß besondere Schwierigkeiten vorliegen. Hat es lange gedauert, bis im Bereich des derbkranken Seelenlebens, der Psychosen, *Kraepelin* eine brauchbare Gruppenordnung geschaffen hat (die sich indessen heute schon aufzulösen beginnt); haben wir heute im Bereich geistiger Gesundheit — trotz mancher sehr beachtlicher Ansätze — noch keine befriedigende Gruppierung menschlicher Charaktere und Persönlichkeiten: so kann es nicht wundernehmen, daß auf dem breiten Grenzstreifen zwischen seelisch gesund und krank es nicht nur nicht besser, sondern eher schlimmer aussieht. Wenn wir uns zudem vergegenwärtigen, daß diese Grenzen in höchstem Maße unscharf, fließend sind, daß sie sich medizinisch nicht, eher soziologisch ziehen lassen, aber auch dies nur wertend und zeitlich veränderlich (Romantik: Empfindsamkeit, Gegenwart: Leistung) und darum relativ: dann wird die Unsicherheit, die uns umgibt, überdeutlich. Aber wir wollen unser Denken nicht dorthin treiben, wo es Gefahr läuft, sich selbst aufzulösen, sondern daran gehen, die Umgrenzung des Themas in der Weise vorzunehmen, daß im einzelnen gezeigt wird, was ausgeschieden und was behandelt werden soll.

Eine zeitliche Einschränkung wird durch das Alter des Schulkindes gegeben. Rückblicke auf die Entwicklung, Ausblicke auf das spätere Leben werden es an gegebener Stelle indessen nötig machen, diesen Lebensabschnitt nach beiden Seiten zu überschreiten.

Den Gegenstand dieser Arbeit soll bilden, was infolge seelischer Abweichungen aus dem Rahmen des normalen Schulbetriebes herausfällt, mindestens aber den Schulbetrieb beträchtlich stört. Es bleiben also die Sinnesgestörten, die Blinden und Tauben, außer Betracht. Auch die Stotterer werden beiseite gelassen, obwohl die Meinung als berechtigt angesehen wird, daß sie zum Psychopathologischen, Psychogenen gehören und daß das Stottern keine organische Störung ist wie z. B. die Extremitätenataxie bei einer multiplen Sklerose. Aber die Sprachheilkunde ist zu einem eigenen Gebiet geworden mit einer großen eigenen Literatur. Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, wenn sie mit einbezogen werden sollte. Nicht näher und nicht gesondert soll schließlich eingegangen werden auf die psychischen Folgezustände nach Gehirngrippe. Eine ganzheitliche Auffassung der menschlichen Person (*Kraus, v. Bergmann, J. H. Schultz*) hat sich durchgerungen, und es begegnet heute keinem Widerspruch, daß organische Leiden (auch des Gehirns) eine psychische Behandlung und erziehliche Einwirkung nie ausschließen. Erinnert sei nur an die Beschäftigungstherapie der Geisteskranken. Sind also die Metenzephalitiker symptomatisch Psychopathen, dann rechnen wir sie zu unserer, in Rede stehenden Gruppe, da es sich für diese unsere Betrachtung nicht so sehr um klinisch-diagnostische, als um sozialhygienische Dinge handelt.

Wir behalten demnach als Stoff für unsere Arbeit übrig die Schwachsinnigen, mit denen die Schule zu tun hat, und die Psychopathen im engeren Sinne, die alsbald näher zu kennzeichnen sind, von denen jedoch schon hier, etwas allgemeiner als nachher, gesagt sein soll, daß ihre Störungen mehr außerhalb der Verstandestätigkeit, nämlich auf dem Gebiete des Gefühls- und Willenslebens liegen.

Diese beiden Gruppen werden fernerhin keine gleichmäßige Behandlung erfahren. Es ist beabsichtigt, die erste wesentlich kürzer zu behandeln. Denn die sozialhygienische Behandlung der unterbegabten Schulkinder, mit einem Worte das Hilfsschulwesen, hat sich namentlich in den Städten zu ziemlich klaren Formen entwickelt und zugleich in der wissenschaftlichen, sozialhygienischen wie pädagogischen Literatur seinen deutlichen und vor der Hand ausreichenden Niederschlag gefunden, so daß zu einer ausführlichen neuen Bearbeitung zurzeit kein Bedürfnis vorliegt. Anders die Dinge um die Psychopathen! Hier sind die Fürsorgebestrebungen noch durchaus in den Anfängen, selbst in unseren größten Großstädten mit wenigen, um so rühmlicheren Ausnahmen. Fast alles ist erst im Werden. Einer der jüngsten Zweige der Gesundheitsfürsorge leidet noch unter den theoretisierenden Bedenken, die jede junge Sache durchmachen muß, ehe sie sich durchgesetzt hat. So gilt es, sich hier besonders einzusetzen.

Eine persönliche Bemerkung bittet der Verfasser einschalten zu dürfen. Er möchte vermeiden, in den Verdacht eines Widerspruches zu früher genannten Äußerungen zu geraten. 1928, auf der 4. Sachverständigenkonferenz in Hamburg forderte er eindringlich auf, den Begriff Psychopathen zu klären, ja das Wort, das schon abgegriffen ist, ehe es recht geprägt wurde, womöglich zu vermeiden, auf keinen Fall aber die relativ leicht abzugrenzenden Schwachsinnformen mit hineinzunehmen. Die heutigen Ausführungen scheinen damit schlecht verträglich zu sein. Und doch glaube ich, mich einigermaßen rechtfertigen zu können durch den verschiedenen Zweck jener und dieser Ausführungen. Jenes war gesprochen zu dem engeren Kreis der Fachleute: Es handelte sich darum, nicht in alten rostigen Gleisen steckenzubleiben, nicht am Wort zu verdummen, sondern an einem veränderlichen, schwer faßbaren Objekt immer wieder und von immer neuen Seiten zu beobachten und zu forschen. Hier aber stehen im Ziele sozialhygienische Aufgaben, praktische Maßnahmen, gegenwärtige Notwendigkeiten, welche Diagnostik wohl voraussetzen, aber nicht warten können, bis Begriffsstreitigkeiten der Fachleute entschieden sind. Als sozialhygienische Maßnahmen erwachsen sie von dem nicht mehr Normalen, aber möglichst zu Normalisierenden, Brauchbar-zu-Machenden her. So führt der etwas andere Ausgangspunkt zu einem anderen Verfahren: vom normalen Schulbetrieb zu dem seelisch Unterwertigen. Dieses seelisch Bionegative, ungünstig Andersartige, sei hier mit dem Adjektiv »psychopathisch«, dem Wortsinn entsprechend, bezeichnet. Es sollen also, um es das letzte Mal zu sagen, unter dem psychopathischen Schulkind die Schwachsinnigen und die Psychopathen im engeren Sinne zusammengefaßt verstanden werden.

Im Ausdruck wird sich der Verfasser bemühen, deutsche Wörter und Umschreibungen für Seelisches zu gebrauchen, die dem Nichtpsychiater verständlich sind. Er glaubt nicht, daß eine schwerverständliche Ausdrucksweise den Anschein besonderer Wissenschaftlichkeit gibt, sondern meint, daß Wissen Klarheit sein muß.

Unter den Literaturangaben am Schlusse der Arbeit ist bei weitem nicht alles angeführt, was über dieses Thema geschrieben worden ist und was der Fachmann mehr oder weniger gründlich zu lesen hat. Sondern es ist versucht worden, das Material nach seiner Verwendbarkeit zu sichten. Jede Wahl ist nun allerdings der Ausdruck einer persönlichen Stellungnahme und somit einer gewissen Einseitigkeit. Das Unvermeidliche hat der Verfasser, der selbst auf dem Gebiete der Fürsorge für nervöse und schwererziehbare Kinder arbeitet, nicht gescheut.

I. Begriffsbestimmung, Erkennung und Einteilung sollen nur insoweit besprochen werden, als es für die späteren Ausführungen nötig ist.

a) Der Schwachsinn offenbart sich auf der Schule durch das, was der Lehrer »Nicht mitkommen« oder »Zurückbleiben« nennt. Stärkere Grade werden naturgemäß früher offenbar als leichtere. Man darf hierbei nicht vergessen, daß die Schulaufgaben, selbst auf den höheren Schulen, wesentlich Anforderungen an das Gedächtnis, und hier speziell an das Wortgedächtnis, stellen, wenig jedoch Gelegenheit bieten, die Denkfähigkeit zu betätigen und zu

prüfen (*Grotjahn-Junge*). Die »Versager« in oberen Klassen, die in den unteren die Begeisterung ihrer Lehrer erweckt haben durch Fleiß und »Leistungen«, können wohl frühzeitig erkrankte Schizophrenie (Dementia-praecox-Kranke) sein; meist aber sind es Schwachsinnige, die ihre ersten Glangleistungen ihrem guten Gedächtnis verdanken und deren Versagen in einem mangelhaften Denkvermögen begründet ist, das in oberen Klassen relativ mehr beansprucht wird. Der kindliche »Geist« ist nicht stehengeblieben; er war nur vorgetäuscht durch ein gutes Gedächtnis. Die Schule ist also ein gewisses Sieb für Begabungen, aber ein recht löcheriges und unzuverlässiges. Man erlebt durchaus nicht extrem selten, daß Männer das Sieb der höheren Schule, des Abituriums, des Universitätsstudiums, der Promotion passiert haben und offenbar gar nicht so gelinde schwachsinnig sind. Solche Erfahrungen — und derartiges Material hat jede Fakultät aufzuweisen — machen sehr vorsichtig in der Beurteilung solcher Gedankengänge der Auslese, wie sie *Fritz Lenz* in seiner kleinen Schrift »Über die biologischen Grundlagen der Erziehung« entwickelt, selbst wenn man zunächst die wirtschaftlichen Faktoren des Elternhauses beiseite läßt. Nun, schließlich hat jedes System Lücken, wie die Rechtspflege und das »erlaubte« Verbrechen auf einem anderen Gebiete erweist.

Mit der Feststellung des Versagens, des Zurückbleibens, ist indessen der Schwachsinn nicht erwiesen. Es ist wichtig für die richtige Beurteilung und Behandlung des Kindes und alle weiteren Fürsorgemaßnahmen auf einen der häufigsten diagnostischen Irrtümer hinzuweisen. Es ist die Verwechslung des Schwachsinnes mit der Lernschwäche. Hierauf nachdrücklich hingewiesen zu haben ist das Verdienst *Cimbals* (Neurosen des Kindesalters S. 80—114). *Cimbal* versteht unter Lernschwäche »die Gesamtheit derjenigen Störungen der schulischen Leistungsfähigkeit des Kindes, bei denen die Anpassung der primären intellektuellen körperlichen und charaktermäßigen Fähigkeiten des Kindes an den Schulbetrieb so weit vermindert oder gestört ist, daß eine wesentliche Gefährdung der schulischen Existenz und Zukunft des Kindes durch sie gegeben wird«. Im Gegensatz zum Schwachsinn, bei dem die intellektuellen Anlagen unzureichend sind, handelt es sich hier um eine Störung in der Verwendung der Anlagen, um eine Hemmung, um eine seelische Unausgeglichenheit. Die Lernschwäche ist also keine Oligophrenie, kein Defektzustand, sondern sie ist eine Neurose, eine falsche seelische Verarbeitung, früher hätte man gesagt, ein falscher seelischer Mechanismus. Sie gehört also zu der zweiten unserer Hauptgruppen, den Psychopathien. Aus der Verquickung der beiden, durch die äußere Ähnlichkeit des Versagens verwechselbaren Zustandbilder erklärt sich die Formel, die man heute aus der Adlerschen Schule — die unter den Lehrern

stärkste Anhängerschaft gefunden hat — hört: »Die Dummheit ist eine Neurose«. Sie klingt paradox; ihr Kern ist banal: der befangene Mensch wirkt unbedeutend. Und sie bedeutet gegenüber der Cimbalschen Herausarbeitung der Unterschiede einen Rückschritt.

Scheiden wir von den eigentlich Schwachsinnigen noch eine Gruppe aus! Es sind die Kinder, die zunächst in der Schule schlecht anschlagen, aber nach ein paar Jahren holen sie erfreulich und oft erstaunlich auf. Hier handelt es sich um eine verspätete Entwicklung guter und durchaus entwicklungsfähiger Anlagen.

Aus den bisherigen diagnostischen Bemerkungen über großzügig umrissene Gruppen ergibt sich schon das eine, daß vom Bereich des Normalen her, d. h. vom Lehrer, wohl das größte äußere Bild gesehen werden kann, aber schwerlich mehr. Mag von hier aus der Anstoß kommen, so bleibt dringend notwendig eine gründliche Erforschung der kindlichen Persönlichkeit mit all ihren Fäden zu Elternhaus, Umgebung, Schule durch ein gut geknüpftes Netz gesundheitsfürsorglicher Einrichtungen unter ärztlicher Leitung.

Nehmen wir zum Schluß noch die Kinder aus, die mit offenbaren Psychosen (Epilepsie, manisch-depressivem Irresein, Schizophrenie) und namentlich bei der Schizophrenie mit den schwer erkennbaren Anfangszuständen behaftet sind, so bleibt schließlich die Gruppe der angeborenen Schwachsinnigen (Oligophrenen nach *Kraepelin*) übrig, die »von allen anderen Geisteskrankheiten dadurch unterschieden sind, daß bei ihnen infolge der ungenügenden Assimilation des Erfahrungsmaterials in der Kindheit spärliche und unzuverlässige Ideen und Begriffe gebildet worden sind, und anderenteils, daß auch mit dem vorhandenen Erfahrungsmaterial infolge der weiter bestehenden Ärmlichkeit der Assoziationsverbindungen ungenügend operiert wird« (*Bleuler*, S. 451).

Der angeborene Schwachsinn wird von früher her in die drei Grade Debilität, Imbezillität, Idiotie eingeteilt. Der Übergang aus dem Normalen verläuft über Beschränktheit und Dummheit ganz fließend. Den Markstein der Imbezillität gegen die Debilität bildet das Unvermögen, kompliziertere Zahlenvorstellungen zu erfassen und mit ihnen zu arbeiten (Rechnen). Die Grenze zur Idiotie wird dort gesetzt, wo die Sprache nur mangelhaft oder gar nicht mehr erlernt wird. Diese ältere Einteilung begegnet manchem Einwand (Zahlen- und Kalender-Phänomene unter Imbezillen!) und führt vor allem in schulfürsorglicher Hinsicht nicht weiter. Es genügt, festzustellen, daß sich die Schule, mit vereinzelt Ausnahmen auf dem Lande, der schwersten Grade, der Idioten, als bald entledigt; daß die leichteren Grade, die Debilen, unter mehr oder weniger häufigem Sitzenbleiben durch die Normalschule ge-

schleppt werden; und daß die schwerer Debilen und die Imbezillen den Stoff der Hilfsschule ausmachen. Eine weitere Unterteilung dieses Hilfsschulmaterials wird in der Regel mit Hilfe von Tests vorgenommen, von denen die von *Binet-Simon-Boberag* am meisten eingeführt sind. Sie versuchen, eine Stufenleiter des Schwachsinnens durch Vergleich mit Normalkindern eines bestimmten Alters zu konstruieren. Mögen sie für manche Zwecke, z. B. des Vergleiches von Fortschritten eines Schwachsinnigen, kaum entbehrlich sein, so muß man sich bei ihrer Anwendung ihrer künstlichen und mangelhaften Natur stets bewußt bleiben. Wer die Scheuklappen eines gar zu engen Fachgebietes noch nicht allzu fest umgebunden hat, dem muß klar sein, daß die Tests eine Parallelität nur vortäuschen, wie *Bleuler* es treffend ausdrückt: »Die Intelligenz des normalen Kindes ist also niemals auf der Stufe des Imbezillen; gewisse Komplikationen des Denkens sind ihm aus Mangel an Erfahrung noch unzugänglich, dem Imbezillen aus Mangel an der Fähigkeit, kompliziertere Erfahrungen zu sammeln« (S. 452).

b) Weit weniger einfach als beim Schwachsinn sind Abgrenzung und Einordnung bei den Psychopathien. Von den Begriffsbestimmungen seien zunächst die von *Kurt Schneider* genannt, auf dessen Arbeiten sich viele Fürsorgestellen für Psychopathen stützen. Er sagt (S. 3): »Die psychopathischen Persönlichkeiten sind solche abnorme Persönlichkeiten, die an ihrer Abnormität leiden oder unter deren Abnormität die Gesellschaft leidet«, wobei er einmal den innerpsychischen, man könnte fast sagen philosophischen, Gesichtspunkt des Glücksgefühls, das zweite Mal den soziologischen der Störung der Gesellschaft als Einteilungsgrund anwendet. *Klages* sieht das Wesentliche der psychopathischen Persönlichkeit in dem Widerstreit von Schein und Sein, in den unaufheblichen Selbsttäuschungsanlagen, denen zufolge unter allen Umständen an den Schein geglaubt wird, und in der Leichtigkeit, mit der sich innere Notstände in körperliche Störungen umsetzen unter Umgehung des Bewußtseins der solcherart Gestörten. Es gibt noch eine Reihe anderer Definitionen (so die von *Ziehen*, von *Kretschmer* usw.). Das Wesentliche scheint mir aber von *Kahn* in seiner Definition am treffendsten zusammengefaßt zu sein, der unter Verwertung der besten psychologischen (*W. Stern*) und charakterologischen Arbeiten (*Ludwig Klages*) sagt (S. 261): »Wir verstehen unter psychopathischen solche diskordanten Persönlichkeiten, die nach der kausalen Seite durch quantitative Besonderheiten in der Trieb-, Temperaments- und Charakterschicht gekennzeichnet sind, und die in ihrer einheitlichen zielstrebigen Selbsttätigkeit durch quantitative Abweichungen ihrer Selbst- und Fremdwertung beeinträchtigt sind.«

Die Schwierigkeit der Begriffsbestimmung hat zu mannig-

fachen Versuchen geführt, aus der Masse der bunten Psychopathiefälle Gruppen und »Typen« herauszuschälen, um etwas Konkretes, Greifbares zu erhalten. *Klages* verhält sich ganz ablehnend zu diesen Typisierungen; für ihn gibt es eine Psychopathie und nur eine. Er sagt nicht mit Unrecht, daß man ebensogut, wie *Schneider* 10 Typen aufgestellt hat, 20 oder 30 Typen aufstellen könne. In der Tat finden wir die verschiedensten Anzahlen: bei *Kraepelin* 7, bei *Schneider* 10, bei *Birnbaum* 11, bei *Homburger* etwa 12, bei *Kahn* 16 Typen! Ein einheitlicher Einteilungsgrund läßt sich kaum aufstellen; so handelt es sich bei allen diesen Typentafeln weniger um eine Einteilung als um eine systemlose Aneinanderreihung und Aufzählung. Kritisch gesprochen, sieht also die Sache ziemlich hoffnungslos aus. Indessen wird das Bedürfnis nach einer Unterteilung »der« Psychopathie nicht zum Schweigen zu bringen sein. Denn eine treffende Typisierung ist wertvoll für die Auswahl der praktischen Maßnahmen, z. B. in erziehlicher Hinsicht. Aber offenbar sind wir wissenschaftlich noch nicht weit genug, um den begrifflichen Wunsch erfüllen zu können. Viele noch vereinzelt verlaufende Forschungsrichtungen werden vereinigt werden müssen: Die Charakterologie, wie sie wissenschaftlich von *Klages* angefaßt wird, die Konstitutionstypologie von *Kretschmer* und anderen, eine psychophysisch neutrale Psychologie wie die *Sterns* und eine moderne Psychiatrie, die sich über die Grenzen der Anstaltsmauern erhebt und die überaus wichtigen Ergebnisse der neueren Neurosenlehre einschließlich der psychoanalytischen Forschung auszuwerten weiß.

Sozialhygienisch wichtiger als die Typologie ist eine kausale Unterscheidung in zwei große Gruppen. Bestimmen Anlage und Erlebnisse (Milieu, Lebenserfahrungen) nicht nur die Entwicklungsrichtung, sondern auch die Strecke, auf der und wieweit sich die werdende Persönlichkeit bewegt, so ist die menschliche Persönlichkeit, mathematisch gesprochen, eine Funktion von zwei Veränderlichen. Diese Veränderlichen sind ihrerseits vielfältig und beeinflussen sich gegenseitig, so daß ihr Zusammenwirken im einzelnen unübersehbar und nicht konstruierbar ist (daher die Hoffnungslosigkeit der Typologie). Aber die großen Faktoren Anlage und Einwirkungen sagen uns wenigstens so viel, daß nach ihren Wertverhältnissen sich die Persönlichkeit gestalten muß. Das heißt: Stimmen sie in ihrer Richtung überein, dann werden sie sich potenzieren, nach der positiven, wertvollen oder nach der negativen, wertlosen Seite. Widersprechen sie einander, werden sie sich gegenseitig in verschiedenem Grade aufheben, je nach ihrer Stärke. Wir können Psychopathen haben infolge starker psychopathischer Anlage trotz einem guten Milieu, wir können sie aber auch haben aus einer geringfügigen Anlage infolge schlechter Einwirkung

(Vernachlässigung, Verwilderung), schließlich auch aus starker psychopathischer Anlage in schlechtem Milieu. Da zwar nicht die Änderung der Anlagen, bis zu einem gewissen Grade aber wohl die Änderung der Einwirkungen, die die Anlagen hemmen oder fördern, in unserer Hand liegt, haben wir mit dieser Unterscheidung eine Grundlage für sozialhygienisches Handeln gefunden.

Immer wird für eine Typeneinordnung eine längere Beobachtungszeit und günstige Beobachtungsmöglichkeit erforderlich sein, wie sie etwa auf besonderen Stationen geschieht. Ergänzt muß dies durch eine möglichst eingehende Erforschung der häuslichen Verhältnisse werden. Hierbei sind also stets zeitraubende Arbeiten vorausgesetzt, die später besprochen werden sollen. Stark ist daher das Bedürfnis nach diagnostischen Hilfen, die eine raschere, erste Ausscheidung ermöglichen. Wird der kleine Psychopath auf der Schule durch allerlei ungewöhnliche Verhaltensweisen, Weichheit, Trotz, Geltungsbedürfnis, Verletzlichkeit, Verführung und Beeinflussung usf. auffällig, so genügt es meist nicht zur Kennzeichnung. Denn alles dies findet sich schließlich unter gewissen Umständen beim Kinde überhaupt, d. h. auch beim Gesunden; und für die Stärke der Ausprägung gibt es keinen allgültigen Gradmesser. Nun werden in neuerer Zeit hauptsächlich von zwei Seiten solche Hilfen angeboten, die wohl wert sind, beachtet zu werden, mag ihnen auch noch manches Unvollkommene und Unrichtige anhaften.

W. Jaensch hat aus der mikroskopischen Betrachtung der Nagelfalzkapillaren und umfangreichen Untersuchungen an Kretins, Idioten, Schwachsinnigen, Hilfsschülern und Psychopathen (im Verein mit *Höpjner* und *Wittneben*) ein Schema aufgestellt und will eine Übereinstimmung zwischen seelischen Störungen und gestörtem Kapillarbild herausgefunden haben. Ist die Theorie, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, nach Ansicht des Verfassers höchstwahrscheinlich falsch, sind die Ergebnisse, die die drei Forscher und die andere, widersprechende Untersucher wie *Pototzky* und *Doxiades*, *Dreßler* usw. gefunden haben, durchaus noch mitten im Streite der Meinungen, so ist doch die Methode so einfach, daß ihre Anwendung empfohlen werden kann. In der Verwertung der Befunde zu einem ärztlichen Urteil heißt es aber, sehr zurückhaltend zu sein. Es gilt, mit einer leichten Methode sich selbst erst ein Urteil über ihren Wert zu bilden. Wer weiß, ob das gestörte Kapillarbild mehr ist als ein Degenerationszeichen wie die vielen anderen, die einstmals in Ansehen standen, mehr als z. B. eine ausgesprochene Anomalie der Zahnstellung oder mehr als zahlreiche Leberflecke, die sich nicht selten bei Psychopathen finden.

Ein zweites Hilfsmittel hat sich von einer anderen Seite zur Psychiatrie hinüber entwickelt. Es sind die Forschungen über

den seelischen Ausdruck der menschlichen Gestalt, die, von einem Arzt der Romantik, *C. G. Carus*, ausgehend, keine ärztliche Tradition gefunden hatten und erst in neuester Zeit auf dem Umwege über eine wissenschaftliche Charakterforschung (*Ludwig Klages*) zum Seelenarzt zurückgekehrt sind. Von dieser Ausdruckskunde sind es namentlich drei Zweige, die zu einer praktischen Anwendung durchgebildet worden sind: die Beurteilung der Schrift, der Stimme, der Mimik. Die Graphologie ist von ihnen relativ am besten fundiert; der Stimmanalyse haftet außerordentlich viel Subjektives an, dafür ist sie aber einfühlfähigen Naturen besonders vielsagend; der Mimik schließlich geht es ähnlich, aber sie scheint mir vieldeutiger.

Doch erinnere ich hier an die Filmaufnahmen jugendlicher Psychopathen, die *Curt Lewin* 1926 auf der 4. Tagung über Psychopathenfürsorge in Düsseldorf vorgeführt hat.

Alle drei Methoden werden beispielsweise in der Reichswehr als Hilfsmittel neben anderen zur Auslese des Offiziersnachwuchses herangezogen. Für unser Gebiet sind in jüngster Zeit beachtenswerte Arbeiten erschienen. *Lena Mayer-Benz* (Graphologin) hat das Material der Beratungsstelle für Heilerziehung in Berlin graphologisch durchgearbeitet. Dabei ging die psychiatrische Beurteilung nebenher, ohne ihr Wissen. Die Ergebnisse beider Untersuchungsreihen stimmen gut zueinander. *Dr. Ilse Stengel-Buchheim* konnte an der Universitätskinderklinik in Berlin durch Schriftdeutung das psychiatrische Urteil nicht nur bestätigen, sondern darüber hinaus präzisieren. *Bobertag* untersuchte den Wert der Handschriftendeutung überhaupt, also wesentlich an Gesunden, auf experimentell-statistischer Grundlage. Er fand 80,7% richtige, 14,7% falsche Zuordnungen, 4,7% Zuordnungsverzichte, also alles in allem einen hohen Grad von Zuverlässigkeit.

Kapillarmikroskopie und Graphologie sind natürlich nur Hilfsmittel; sie können und wollen die psychiatrische Untersuchung und Beobachtung nicht ersetzen, die stets die Hauptsache bleibt. Ob man diese Untersuchung mit einem neuen Namen belegt, wie *Fürstenheim* es tut («analytiformes Untersuchungsgespräch») ist weniger wichtig, als daß sie mit größtem persönlichem Geschick geschieht, das bei psychopathischen Kindern noch nötiger ist, als bei dem Umgang mit Menschen überhaupt.

Zusammengefaßt ergeben sich als wesentliche Forderungen für die erste Unterscheidung in gesundheitsfürsorgerischer Hinsicht:

a) bei den Lernversagern auseinanderzuhalten Schwachsinn und Lernschwäche,

b) bei den Psychopathen, die durch Verhaltens- und Erziehungsschwierigkeiten auffallen, festzustellen, ob eine Schwererziehbarkeit aus einer offenbaren psychopathischen Anlage vorliegt, die auch in »gutem« Milieu durchbricht, oder ob sie sich mehr aus einer Vernachlässigung und Verwilderung, d. h. aus »schlechtem« Milieu, erklärt. Davon hängt die Prognose und hängen die ersten Maßnahmen ab. Das weitere ergibt sich aus der Richtung der psychopathischen Anlagen (z. B. Leichtsinn, Trotz, Kriminalität) und der übrigen Artung des Charakters (z. B. gutmütig, böartig). Es ist erst nach längerer Beobachtung einigermaßen sicher zu treffen.

II. Die Häufigkeit

des Schwachsinnns in Zahlen anzugeben ist von vornherein unmöglich, da die Abgrenzung gegen die geistig Gesunden zu unsicher ist. Es läßt sich nur mit einem engeren Begriff arbeiten, und das ist der des Hilfsschulkindes. In Deutschland bestanden nach *Gottstein* im Jahre 1912 an 285 Orten 1700 Hilfsklassen mit fast 40000 Schülern. *Strohmayer* schreibt, daß im Jahre 1920/21 in 460 deutschen Städten ca. 2000 Klassen mit etwa 43000 Kindern im Gange seien. *Ziehen* gibt in der letzten Auflage seines Lehrbuches (1926) folgende Zahlen an: in 603 selbständigen und 269 an Volksschulen angegliederten Hilfsschulen befinden sich 67105 Kinder (39877 Knaben und 27228 Mädchen). Die Zahlen beziehen sich auf Deutschland außer Saarland und Danzig. Einem besonderen Schularzt untersteht die Hilfsschule an 126 Orten, aber nur in 81 ist derselbe Psychiater oder psychiatrisch vorgebildet. *Kleefisch* rechnet auf 100 Schulkinder 2—3 Hilfsschüler und auf 10000 Einwohner 20—30 Hilfsschulkinder. In einer Stadt von rund 30000 Einwohnern, wie es der Wohnort des Verfassers ist, sind unter 2700 Schulkindern 85 in der Hilfsschule.

Größer sind die Schwierigkeiten, will man Zahlen über das Vorkommen der Psychopathen im engeren Sinne geben, weil beinahe an jeder Stelle der Begriff anders aufgefaßt wird. Auf eine Umfrage, die der Verfasser an die größten Städte Deutschlands richtete, von denen bekannt war, daß sie gesundheitsfürsorglicher gut organisiert sind, blieben meist die Antworten aus! Eine Großstadt des Ostens verschanzte sich hinter einer geheimnisvollen Schweigepflicht (gegenüber dem Facharzt, für eine wissenschaftliche Arbeit!) und meinte, die erbetene Auskunft könne nur durch Vermittlung des zuständigen Städtetages eingeholt werden. In dankenswerter Weise antwortete Köln. Dort erstreckt sich der prozentuale Anteil der psychopathischen Kinder an der Gesamtzahl der Schulkinder zwischen 10 und 35%. In

Normalschulen rechnet man durchschnittlich mit einem Satz von 10%, für die Hilfsschulen gilt der höhere Anteil. Offenbar ist in Köln die Erfassung besonders gut. *Keller* in Wien fand unter 544 Kindern kinderreicher Familien 198 = 39%, unter 271 einzigen Kindern 192 = 61% nervös; der Durchschnitt aller nervösen Kinder betrug 48%. Wie groß die Schwankungen sind, mag aus einer anderen Prozentzahl erhellen, die ich aus dem westdeutschen Industriegebiet erhalten habe: Dort wurde in einer Fürsorgestelle für Geisteskranke im Jahre 1927 bei 17 von 34059 Schulkindern, also bei 0,05% das Vorhandensein von Psychopathie festgestellt. 0,05% und 48%, das ist ein Unterschied von rund 1 zu 1000. Man sieht, daß solche Zahlen nicht vergleichbar sind und zunächst nur für ein und denselben Beobachter und für ein und denselben Beobachtungskreis brauchbar sein mögen.

Anschaulicher wird ein Zahlenbild, wenn ein Autor, der über zahlreiche Fälle verfügt, eine Verteilung auf einzelne Gruppen vornimmt. So schreibt *Fürstenheim* in seiner kürzlich erschienenen Schrift »Junge Psychopathen« S. 11, daß von etwa 15000 Kindern und Jugendlichen, die im Laufe der Jahre die Sichtungsstelle in Frankfurt am Main passiert haben, 30% auf Schwachsinnige aller Grade und 40% auf jugendliche Psychopathen aller Art entfallen.

Damit sei es genug der Zahlen!

III. Fürsorgebedürftigkeit.

Die Gründe, aus denen den schwachbegabten und psychopathischen Kindern geholfen werden muß, sind zahlreich.

Die Schwachbegabten nehmen im normalen Schulbetrieb einen so beträchtlichen Teil der Kraft des Lehrers in Anspruch, daß die übrigen Schüler dabei zu kurz kommen. Das Tempo des Unterrichts muß zu stark verlangsamt werden, die Mehrzahl der Kinder ist geistig nicht hinreichend beschäftigt: das führt zu Unaufmerksamkeit und zu allerlei Störungen der Unterrichtsdisziplin. Aber auch den schwachbegabten Kindern selbst ist in der Normalschule nicht gedient. Sie stehen ja, wie früher geschildert, nicht einfach auf einer, einem geringeren Alter entsprechenden Intelligenzstufe, sondern sie arbeiten seelisch anders. Daher müssen sie mit anderen pädagogischen Mitteln angefaßt werden. Sie brauchen eine größere Anschaulichkeit; die Unterrichtsgegenstände müssen ihren Sinnen möglichst nahegebracht werden, da das abstrakte, begriffliche Denken ihnen besonders schwer fällt. Auch die Unterrichtsziele müssen ihrer Sonderart angepaßt werden; sie können daher nicht die gleichen wie die der Normalschule sein.

Über die Schule hinaus erstreckt sich die Fürsorgebedürftigkeit der Schwachbegabten auf eine geeignete Unterbringung in einem solchen Berufe, dessen Anforderungen sie gewachsen sind.

Es darf auch nicht vergessen werden, daß ein Teil der Schwachsinnigen kriminell wird, da sie die zu einem geordneten Verhalten in der menschlichen Gesellschaft erforderliche Einsicht nicht besitzen.

Bei den Psychopathen liegt die Notwendigkeit der Fürsorge mehr auf einem anderen Gebiet. Sie sind im allgemeinen, von der Begabungsseite her gesehen, den Schulanforderungen gewachsen, wenngleich sich nicht selten Schwachsinn und Psychopathie vereinigen. Ihre Störungen liegen mehr in ihrem Verhalten. Sie geraten leicht in psychische Konflikte im Elternhaus, mit Freunden, mit den Lehrern. Hierdurch können auch sie in ihrer Leistungsfähigkeit gehemmt werden. Die Neigung, ihre Erlebnisse in abwegiger Weise zu verarbeiten, bringt die Gefahr, daß sie durch eine falsche Behandlung, welche die spezifischen Ursachen nicht sieht, seelisch mehr und mehr auf ein falsches Geleise gedrängt werden. So etwa, wenn ein Tadel nicht als eine Ermahnung zur Besserung vom Kinde erkannt und verarbeitet wird, sondern zu einer immer tiefer und immer grimmiger werdenden Trotzeinstellung gegen Lehrer und Schule. Eine derartige Trotzeinstellung kann zu einer Lebensgewohnheit werden, zu einem Lebensgroll (Ressentiment), zu dem Haß des Inferioren gegen alles Höherstehende, der das Gemeinschaftsleben und die Gesellschaft ebenso vergiftet wie eine Verachtung von oben nach unten.

Die Gefahr der gesellschaftsfeindlichen Einstellung, die zu einem erheblichen Teil milieubedingt ist (Kindheits- und Jugendeindrücke auf ein nicht taktfestes seelisches Gefüge), äußert sich auf der Schule in allerlei groben Disziplinwidrigkeiten, die meist nicht auf das psychopathische Kind beschränkt bleiben, sondern auffallenderweise zu Zusammenballungen, Verführungen und Verschwörungen führen. So zeigt sich schon sehr früh der merkwürdige Einfluß des Psychopathen auf die Masse, den die Geschichte, namentlich in erregten Zeitabschnitten, lehrt.

Verfolgt man in aller Kürze die große Last, die die Gesellschaft an ihren Psychopathen zu tragen hat, so fällt zunächst die Rechtspflege ein, und man denkt an die Unterbringung krimineller Psychopathen in Gefängnissen und Zuchthäusern.

Nicht vergessen aber darf werden, welchen Aufwand die Psychopathen schon in der Prozeßführung verursachen, wie oft ein Heer von Beamten der Gerichte und der Polizei und von Sachverständigen durch einen einzigen Psychopathen in Bewegung gehalten wird. Auch der Richter hat ein Schnelldiagno-

stikum für Psychopaten, kann man scherzhaft sagen: es ist die Anzahl der Bände der Prozeßakten.

Weniger deutlich als die Belastung der Rechtspflege wird im allgemeinen die Belastung der öffentlichen Wirtschaft durch die Psychopaten gesehen. Psychopatheneigenart bedeutet, daß sie in der menschlichen Gesellschaft »schwierige« Glieder sind, daß sie eigentlich in des Wortes wahrster Bedeutung Sorgenkinder bleiben: aus der Sorge der Eltern wird die Fürsorge der Gesellschaft. Der Glaube an den Schein, wie *Klages* sagt, d. h. die Unfähigkeit, die Wirklichkeit an sich und an anderen zu erkennen und ihr entsprechend zu handeln, führt die Psychopaten in ihrem Lebenslauf von einem Scheitern zum anderen. Das Scheitern im Beruf, mangelhafte Begriffe von Lebenspflichten, Aufsässigkeit aus Lebensgroll — denn die Schuld liegt ja immer bei anderen! — führen diese Menschen gar zu leicht zur Flucht in eine »Versorgung«, zur übermäßigen Ausnutzung sozialer Einrichtungen. Alle Zweige sozialer Versicherungen werden hiervon betroffen. Das erstreckt sich von dem Begehren, sich vom Kassenarzt krank schreiben zu lassen bis zur Belegung der Krankenhausbetten. Welcher Anteil von »inneren Krankheiten« wesentlich auf psychische Faktoren zurückgeht, mag in Zahlen schwer zu fassen sein; man mag sich auch ruhig streiten, ob es die Hälfte oder zwei Drittel sind: tatsächlich ist der Satz sehr hoch. Zu diesen Zahlen tragen aber die psychisch labilen Menschen, die Psychopaten, den Löwenanteil bei. Hat man Gelegenheit an Spruchsitzungen der Obergesundheitsämter teilzunehmen, so fallen einem sofort die unentwegten Rentenkämpfer auf, mit denen sich die Versicherungsinstanzen meist jahrelang herumschlagen müssen. Solche Erscheinungen machen es leicht, von den Schäden der sozialen Versicherung zu reden oder zu schreiben, wenn man zu einer Verallgemeinerung neigt und das Problem schief ansieht. Tatsächlich beweisen jene unerfreulichen Erscheinungen nur, daß die Einrichtungen, deren Recht und deren Notwendigkeit voll begründet sind, von den Psychopaten zu Unrecht ausgebeutet werden und daß nach dieser Seite hin Abhilfe gesucht werden muß.

Ähnlich liegen die Dinge in der Erwerbslosenfürsorge. Von Arbeitseinschränkungen werden ebenso wie von Konjunkturvverschlechterungen die untüchtigeren Menschen — sei es wegen ihrer geringeren Leistung, sei es wegen ihres störenden Verhaltens — zuerst betroffen. Die Psychopaten auszuschließen von jenen Einrichtungen der Hilfe, ist nicht angängig. Der Staat kann Psychopaten wohl aus kleineren oder größeren organisierten Gebilden, z. B. aus dem Heere, ausschließen, nicht aber aus seinem eigenen Volkskörper, für dessen Glieder er unter

allen Umständen aufkommen muß, sei es freiwillig, sei es unter dem Zwang der Ereignisse.

Darf von hier ein kurzer Ausblick auf Wirtschafts- und Staatspolitik geschehen, der sich geradezu aufdrängt? Haben unsere Betrachtungen soeben ergeben, daß unter denen, die aus dem Berufs- und Erwerbsleben durch die Wechselfälle ausgeschieden werden, der Anteil der Psychopathen stärker ist als im Durchschnitt der Bevölkerung; bedenken wir die Affektivität der Psychopathen und ihren Einfluß auf die Masse und nehmen wir noch die Stimmung der übrigen, die vielleicht unverschuldet mit aus der Produktion ausgeschieden worden sind, hinzu: dann wird wohl deutlich, daß auch für den Politiker, sofern er den Staatsgedanken bejaht, die Psychopathenfrage hinreichend wichtig ist. »Die Psychopathen sind immer da. Aber in den kühlen Zeiten begutachten wir sie, und in den heißen — beherrschen sie uns.« (*Kretschmer, Geniale Menschen*, S. 20.)

Ein besonderer Hinweis auf notwendige Vorsorge mag hier angeknüpft sein, nämlich für die Psychopathen höherer Stände. Wir leiden in Deutschland gar sehr unter dem Vorurteil, daß sich soziale Fürsorge nach »unten« erstreckt, auf die Unbemittelten, Armen. Der alte Begriff der Wohltätigkeit und der Armenpflege steckt noch vielen Menschen, auch wenn sie guten Willens sind und sozial fühlen, zu tief in den Knochen. Daß Wohlfahrt das Wohl des ganzen Volkes in allen Schichten bedeutet, ist im Land durchaus noch nicht allen eingegangen. So blickt man in der guten Gesellschaft mitleidig auf Fürsorgezöglinge, Psychopathen, Kriminelle herunter mit dem pharisäischen: »Ich danke dir Gott, daß ich nicht so bin!« und vergißt die größere Gefahr, die die Psychopathen der höheren Stände bergen. Diese Gefahr scheint man in Amerika klarer erkannt zu haben; denn *Frankwood Williams* äußerte sich hierüber auf der 4. Sachverständigenkonferenz des Vereins für jugendliche Psychopathen in Hamburg, im September 1928 in folgendem Sinne: Wenn ein problem child (= dem deutschen Begriff »psychopathisches Kind«) aus Mutwillen den Äpfelkarren einer Marktfrau umstößt, ist nicht viel Schaden geschehen, und wenn er später in die Fabrik geht, kann er auch nicht viel anrichten. Aber was geschieht, wenn dieser Knabe Redakteur, Staatsanwalt oder Politiker wird? Welchen unermesslichen Schaden kann er dann der Gesellschaft zufügen! Darum wendet man in seiner Heimat diesen Schichten vermehrte Aufmerksamkeit zu. Von deutschen Autoren ist vor vier Jahren ernst und eindringlich auf »die soziale Gemeingefährlichkeit degenerierter Psychopathinnen höherer Stände« hingewiesen worden (*Moerchen und Müller de la Fuente*). Wie unheilvoll wirken sie sich in kleinem Kreise

in Intrigen und seelischen Quälereien und im großen als Frauen leitender Männer oder gar selbst in einflußreicher Stellung aus!

Alle diese Betrachtungen, die aus der Schulzeit ins Leben laufen, sind nötig, um die Wichtigkeit der Fürsorge darzutun. Und rückläufig: die Gefahren des späteren Lebens lassen sich, wenn überhaupt, nur bannen, wenn es gelingt, den Menschen, solange er am bildsamsten ist, in frühem Kindesalter, zu formen. Die Schule, die uns die Schnitte durch diese Jahresschichten des Aufbaus der Gesamtbevölkerung darbietet, ist der Ort und die Gelegenheit, wo die Psychopathen erfaßt werden müssen. Dieser Forderung muß selbst der zustimmen, der nur ein Mindestmaß an Hoffnung zubilligt. Denn dann ist es mindestens nötig, die Psychopathen frühzeitig abzusieben, um die Gesellschaft vor Schädigung zu bewahren.

IV. Aussichten der Abhilfe.

Alle Fürsorgemaßnahmen müssen zunächst mit den Gegebenheiten rechnen, durch die sie notwendig geworden sind; die Fürsorge für schwachbegabte Kinder also mit der angeborenen Geistesanlage, die früher beschrieben worden ist. Ist hierdurch eine gewisse stoffliche Einschränkung gesetzt, so wäre es doch verfehlt, die Hoffnung aufzugeben, daß man mehr erreichen kann, als der erste Anblick zeigt. Gewiß kann man aus einem Schwachsinnigen keinen Denker machen, aber man kann ihn fördern und muß ihn so weit zu fördern suchen, daß er, wenn auch in einer bescheidenen, schmalen Tätigkeit, sich selbst im Erwerbsleben erhalten und nützlich machen kann. Schon das ist doch sicher eine Besserung, wenn es gelingt, schwerer Schwachsinnige einer Verwahrlosung zu entreißen, sie an Ordnung und Reinlichkeit zu gewöhnen und sie für die menschliche Gesellschaft durch Bildung des Charakters, Übung der Sinnesorgane und Aneignung praktischer Fertigkeiten erträglicher zu gestalten. Je früher sie in Sondererziehung und -unterricht kommen, um so besser sind die Aussichten. Nichts ist verkehrter, als solche Kinder — unter dem falschen Ehrgeiz der Eltern — möglichst lange in der Normalschule von Klasse zu Klasse treiben zu wollen. Außer dem Alter bestimmt die Artung am stärksten die soziale Prognose. Es entspricht nicht, wenigstens innerhalb der leichten und mittleren Grade, dem schwereren Schwachsinn die schlechtere Prognose. »So paradox es klingen mag, in manchen Fällen ist ein gewisses Mehr von Schwachsinn der erzieherischen Behandlung nur günstig.« (*Strohmayer*, S. 275.) *Strohmayer* schätzt die Aussichten der Debilität mit früh bemerkbaren ethischen Defekten am traurigsten ein. Die erregbaren, explosibeln, böartigen Schwachsinnigen sind schwieriger sozial einzugliedern

als die ruhigen, harmlosen, die schließlich im Leben ziemlich geräuschlos ihre Schmalspurgleise entlangfahren und sich subjektiv durchaus glücklich fühlen werden — oft mehr als der Gesunde!

So haben wir in unserem Urteil über die Zukunft der Schwachsinnigen gewisse Anhaltspunkte. Wir entbehren sie in der Mehrzahl der Fälle dagegen bei den eigentlichen Psychopathen. Die Unausgeglichenheit der Anlagen, die mangelhafte Konstitution (im Wortsinn als Verfassungslosigkeit, Unordnung, Gestaltmangel verstanden), die Buntheit des Gemisches, ja nicht selten die Farbenpracht einzelner Begabungen und einzelner seelischer Züge lassen wohl das »Problem-Kind« (problem-child) erkennen, aber wohin die Entwicklung führt, kann man schwerlich sagen; ob in Abgründe oder an ihnen vorbei, vielleicht auch gar auf Gipfel? »In der Jugendzeit laufen beide abnormen Anlagen, die, die zum Genie, und die, die zur sozialen Entgleisung führt, oft noch in einer gemeinsamen Bahn. So sagte Bismarck als Student: »Ich werde entweder der größte Lump oder der erste Mann Preußens«, schreibt *Kretschmer*. Aber ob seine Auffassung der Genialen den wahren Kern trifft oder ob er sein Buch nicht besser »das Psychopathologische am genialen Menschen« betitelt hätte, erscheint mir zweifelhaft. Gewiß hat der Derbgesunde noch nie Hervorragendes vollbracht. Aber es ist doch mehr als ein Wortspiel, ob ein Mensch durch seine Psychopathie oder trotz seiner Psychopathie genialisch wird; irgendwoher, aus einer hinreichend starken »vitalen«, lebensmeisternen Anlage muß doch die Überwindung der Schwäche erwachsen. Hierin, also im Positiven, sehe ich den Kern des Genialen, in den negativen Zügen jedoch die Gegenspannung, die das geistige Potential innerpsychisch vergrößert.

Abgesehen vom Genialischen beobachten wir zuweilen, daß unter günstigen Umständen der Lebenslauf zu einer erheblichen sozialen Höhe führt. Das erschwert eben die Beurteilung der Zukunft angesichts des Kindes, dessen Lose noch im Zeiteinschoße liegen. Nicht selten findet man z. B. Frauen in höchstehenden sozialen Schichten, deren seelische Artung sie mit Sicherheit zur Dirne gemacht hätte, wäre ihnen nicht das Glück begegnet, ehrbare Frauen werden zu müssen. Aber leider muß die Mehrzahl der Psychiater zugeben, daß die bisher betrachteten Verläufe Ausnahmen sind. Die Regel sieht anders aus. *Fürstenheim* (S. 20) faßt seine Gesetze der Vorhersage auf Grund einer über 20jährigen Erfahrung mit Psychopathen zusammen, etwa wie folgt. Es gibt Fälle, in denen wohlgeartete Kinder und Jugendliche unter dem Einfluß besonders ungünstiger Lebens- und Erziehungsbedingungen, Erscheinungen dar-

bieten, die von denen psychopathischer Kinder kaum zu unterscheiden sind. In solchen Fällen ist natürlich eine völlige und dauernde Beseitigung der unerwünschten Züge möglich. Zweitens gibt es auch die wenigen echten psychopathischen Konstitutionen im Sinne *Ziehens* als Bruchstücke oder Vorstufen («Abortivformen») der Psychosen, die vom Milieu in hohem Grade unabhängig sind. Das Gros aber bildet die Gruppe der labilen Psychopathen, bei denen immer wieder die Erfahrung gemacht wird, daß die Störungen wohl unter geschickter Leitung früher oder später schwinden; aber die Grundart des einzelnen bleibt, mit ihren Vorzügen wie mit ihren Schwächen; und darum stellen sie auch eine dauernde Gefährdung nach der entsprechenden Richtung dar. *Fürstenheim* schlägt daher als zweckmäßige Bezeichnung den deutschen Ausdruck »Seelisch Gefährdet« vor. *Stier* beurteilt die Prognose im wesentlichen ebenso.

Wenden wir, ehe wir zu einer neuen Betrachtung übergehen, einen Blick auf die Erbliehkeitsverhältnisse! Deutschen und ausländischen Forschern — die amerikanische Familie mit dem Pseudonym Kallikak hat eine gewisse Lexikonberühmtheit erlangt! — ist es seit langem aufgefallen, daß man, von Psychopathen ausgehend, auf der Sippschaftstafel sehr bald auf echte Psychosen stößt oder umgekehrt, von Psychosen ausgehend, alsbald in der Aszendenz, Deszendenz oder den Seitenlinien auf auffällige Persönlichkeiten, romantische Lebensläufe usw., kurz gesagt, auf Psychopathen. Nur müssen solche Beobachtungen, die von krankem Material ausgehen, überaus vorsichtig gewertet werden, sonst kommen die ärgsten Fehlschlüsse zustande. Die Durchsetzung der Bevölkerung mit psychisch nicht intakten Menschen ist stark, viel stärker, als der Laie und selbst Wissenschaftler, die sich nicht mit Erbforschung beschäftigen haben, voraussetzen. Es müssen also zum Vergleich die Erbliehkeitsverhältnisse hinreichend vieler Gesunder durchforscht werden. Erst dann läßt sich sagen, ob sich in den Psychopathenstämmen tatsächlich die psychischen Fehlanlagen gehäuft vorfinden. In dieser Richtung arbeitet die psychiatrische Forschungsanstalt in München über die Psychosen. Es ist zu hoffen, daß hierbei wertvolles Material zur Psychopathenfrage abfällt, vor allem auch darüber, ob *Bunke* recht hat, wenn er meint, daß sich alle nachweisbaren Degenerationerscheinungen auf äußere Ursachen zurückführen lassen und daß jede Entartung in letzter Linie aus sozialen Bedingungen herauswächst. Das würde der sozialen Fürsorge eine gewaltige Verantwortung auferlegen, aber ihr auch eine frohe Hoffnung geben. Im übrigen wird auf die Veröffentlichungen von *J. Schweighofer* über Umwelt und Vererbung und die von *Lange* über Zwillingspathologie verwiesen.

V. Die Maßnahmen der Fürsorge.

a) Bei Schwachsinnigen.

Versagt ein Kind in der Schule, dann neigen die Eltern dazu, ihre ganze Hoffnung auf Nachhilfestunden zu setzen, und die Lehrer widersprechen aus Unkenntnis nicht. Nachhilfeunterricht ist aber für die geistige Gesundheit des Kindes kein gleichgültiges Mittel; so hat auch der Schularzt ein Wort mitzureden. In einem Volkshochschulkursus 1929 in hiesiger Stadt über das gute Fortkommen auf der Schule habe ich die Voraussetzungen für Nachhilfestunden in folgender Weise präzisiert. Sie sind dort angebracht, wo infolge Krankheit oder äußerer Störung (Familie, Wohnung) oder Schulwechsels größere Lücken im Schulwissen entstanden sind, allenfalls noch dann, wenn die methodische Art eines Lehrers der Lerneigenart des Kindes nicht entspricht. Nicht am Platze und geradezu schädlich ist Nachhilfeunterricht bei leicht ermüdbaren Kindern. Es liegt auf der Hand, daß ein Kind, das im normalen Schulunterricht wegen Ermüdbarkeit nicht durchhalten kann, durch das Mehr von häuslichem Sonderunterricht nicht frischer wird. Hier muß vielmehr für Entlastung gesorgt werden, für Befreiung von gewissen Schulstunden und für längere Erholungskuren, etwa vom Beginn der Pfingstferien bis zum Ende der großen Ferien, solange die jetzige zeitliche Einteilung des Unterrichts bleibt. Endlich ist der Nachhilfeunterricht auch bei Unterbegabten nicht angebracht — im Gegensatz zur landläufigen Meinung. Kommt ein Kind, dem durch Sitzenbleiben die doppelte Zeit gelassen wird, um das Klassenziel zu erreichen, nicht mit, so bedeutet es eine Quälerei, mit häuslichem Unterricht auf seinem leistungsschwachen Gehirn herumzutrommeln. Hier müssen vielmehr rechtzeitig die Ziele herabgesetzt, eine einfachere Schulform und schließlich die Hilfsschule gewählt werden. Daß dies für ein Kind nicht selten ein empfindlicher Stoß gegen sein Selbstbewußtsein, für die Eltern ein harter Entschluß ist, wird in unserer Zeit der »Berechtigungen« nicht verkannt. Aber schließlich ist es für ein solches Kind und für seine Mitmenschen besser, wenn es ein guter Handwerker wird als ein schlechter Lehrer z. B.

Will man Regeln aufstellen, so geht es nicht ohne zu schematisieren. Wer sie gebraucht, von dem wird die Kraft vorausgesetzt, sie dort zu durchbrechen, wo sie dem Wohl des Kindes zuwiderlaufen würden. So läßt sich z. B. der Fall denken, daß ein Kind, das in einem einzelnen Fach zunächst schwer begreift, von einem hervorragend pädagogisch begabten Nachhilfelehrer ohne geistige Überanstrengung so gefördert werden

kann, daß es, in den Gedankengängen und Denkformen dieses Faches heimisch geworden, von selbst weiter findet.

In keine Regel läßt sich die ärztliche Fürsorge und Beratung bei der »Lernschwäche« im Sinne *Cimbals* fassen. Das Ziel ist eindeutig. Ein solches Kind darf nicht fallen gelassen werden. Ursache und Abhilfe zu schaffen, muß mit allen Mitteln fürsorgerischen Arbeitens (Arzt, Lehrer, Fürsorgerin, Eltern) unermüdlich erstrebt werden. Auch eine auffallende Trägheit, der beliebte Erklärungsgrund der Lehrer für nachlassende Leistungen, erfordert die Mitarbeit des Arztes, da sie vielgestaltig und nicht selten körperlich bedingt ist. So gibt es noch vielerlei Einzelheiten, auf die nicht weiter eingegangen werden kann.

Was in den Normalschulunterricht nicht mehr hineinpaßt, wird, seitdem Dresden im Jahre 1867 das Vorbild gegeben hat, einer Hilfsschule überwiesen. Der Nutzen dieser Einrichtung sowohl für die Normalschulen, die von schwerem Ballast befreit wurden, als auch für die Hilfsschulkinder, denen nun ein artgerechterer Unterricht zuteil wurde, zeigte sich alsbald. Nachdem Gera 1874 und Elberfeld 1879 Gefolgschaft geleistet hatten, entwickelte sich das Hilfsschulwesen bis zu seiner heutigen Ausdehnung, so daß alle Groß- und die meisten Mittelstädte Hilfsschulen besitzen. Für die Auswahl der Kinder gibt in der Regel die Lehrerschaft den ersten Anstoß. Das Verfahren ist nicht überall gleich. Ohne Mitwirkung des Schularztes vollzieht es sich meines Wissens nirgends. Oft sind Kommissionen aus Vertretern der städtischen Körperschaften und aus Fachleuten gebildet, die sich mit den einzelnen Kindern beschäftigen und auf deren Beschluß die Kinder in die Hilfsschule versetzt werden. Daß sich diese Beschäftigung zu einem kleinen Examen auswächst, bei dem es groteskerweise auf das Nichtbestehen ankommt, liegt nahe. Über die Unzweckmäßigkeit läßt sich schwerlich streiten. Das Verfahren ist auch weniger in der Sache selbst begründet als in der Rücksicht auf die Vorurteile der Eltern, die es oft genug als eine persönliche Beleidigung auffassen, wenn ihr Kind auf die Hilfsschule überführt wird. Ganz ohne Leid geht indessen solcher Wechsel tatsächlich nicht ab. Kinder sind grausam, sie werden trotz aller Lehrerpredigten die Verspottung der »Doofen«, wie der Berliner sagt, nicht unterlassen.

Mit der Auswahl der Kinder für die Hilfsschule ist fürsorgeärztliche Tätigkeit nicht erschöpft. Im Gegenteil brauchen diese Kinder weiter ein hohes Maß ärztlicher Sorge, die allerdings von einem ärztlichen Kenner dieser Zustände ausgeübt werden muß. Hier gibt es so breite Gebiete, die gemeinsam von Fach-

arzt und Erzieher bearbeitet werden müssen, daß bei einigem Verständnis von beiden Seiten Kompetenzstreitigkeiten nicht entstehen dürfen.

Wie oft sich der Facharzt diese Kinder vornehmen soll, hängt vom Umfang seiner sonstigen Pflichten ab; jedenfalls nicht zu selten. Ich vermeide es grundsätzlich, hier Zahlen zu nennen. Die fürsorgeärztliche Tätigkeit leidet schon genug am Zwang zu schematischem Arbeiten und zu einem öden Erjagen der Zahl, namentlich in der Großstadt. Ich sehe hier eine ernste Gefahr für die hohen Werte gesundheitsfürsorglicher Arbeit, die durch ein solches Verfahren innerlich verdorren muß, weil die besten Sozialärzte an dieser Arbeit für den Schein seelisch zugrunde gehen, und möchte sie nicht vergrößern.

Im Laufe der jahrzehntelangen Entwicklung haben sich die ursprünglichen Ziele der Hilfsschule geändert, sicher zu ihrem Vorteil. Ursprünglich hielt man an dem Gedanken fest, man könne die Kinder auf der Hilfsschule infolge ihrer geringeren Anzahl und mit einer ihnen besser angepaßten Methode wieder zur Normalschule zurückführen, wenn auch in eine tiefere Klasse. Aber die Erfahrungen widersprachen. Und so entwickelte sich aus einem schulmäßigen Nachhilfeunterricht ein neues Schulsystem, eine Sonderschule, die von der alten Auffassung her aber ihren Namen »Hilfs«schule weiterhin trägt. Jetzt hat die Hilfsschule ihre eigene Klassenbildung, die sich am besten nicht nach dem Lebensalter, sondern nach dem Intelligenzstand richtet, ihre eigene Methode mit einem vorzüglichen und reichen Anschauungsmaterial, ihre eigenen, anerkennenswert gut vorgebildeten Lehrer und ihre eigenen Schulziele, die weniger auf intellektuellem als auf engem praktischem, handwerksmäßigem Gebiet liegen.

Manche Großstädte, wie Berlin, sieben sogar noch einmal von der Hilfsschule den Bodensatz ab und sammeln die Schwächsten in sog. Sammelklassen.

Was mit schulischen Mitteln überhaupt nicht mehr bildungsfähig ist, fällt aus unserem Rahmen der Schulgesundheitspflege heraus; es gehört in die Idiotenbildungs- und -pflegeanstalten.

Aber die Fortsetzung der Schwachsinnigenfürsorge über das Schulalter hinaus bedarf noch der Erwähnung. In dieser Hinsicht haben die Hamburger Berufsschulen für Schwachbegabte, die ihre Schüler bis zu einer handwerksmäßigen Abschlußprüfung zu fördern suchen und sie mit Hilfe des Arbeitsamts auch im Beruf unterbringen, einen vorzüglichen Eindruck auf mich gemacht. Die Lehrer waren Meister mit einer zusätzlichen heilpädagogischen Ausbildung.

Ein wichtiges, nicht zu unterschätzendes Nebenprodukt fällt bei der unsäglich schwierigen Arbeit an den Hilfsschülern ab. Es ist die Bereicherung an psychologischen und pädagogischen Erfahrungen, die der normalen Pädagogik und den Gesunden zugute kommt, und damit kann sie ein Baustein der psychischen Schulhygiene werden. Im Hilfsschulwesen stecken hervorragende, für ihren Beruf beseelte Lehrkräfte, die immer wieder neuen Mutes an ihre schwierige Aufgabe gehen, so daß man manchmal versucht wird zu denken: was könnte aus gesunden Kindern gemacht werden, wenn sie mit diesem Geschick und dieser Geduld unterrichtet, mit dieser Liebe und Sorgfalt erzogen würden!

Lagen bisher den Ausführungen über das Hilfsschulwesen die geordneten Verhältnisse in den Städten zugrunde, so soll nunmehr die Lage auf dem Lande betrachtet werden. Kurz vor Ausbruch des Krieges ist in Mengede in Westfalen eine »Amtshilfsschule« gegründet worden (*Ziehen*, S. 207). Und im rheinisch-westfälischen Industriegebiet besteht in 10 Landkreisen eine Fürsorge für geistig Abnorme (nach Dr. *Reinhardt*). Aber im ganzen betrachtet sieht es auf dem Lande trübe aus. Der Verfasser kennt die Dinge aus seiner früheren Tätigkeit als Kreiskommunalarzt in einem brandenburgischen Landkreise. In den meist einklassigen Schulen sitzen die Schwachsinnigen stumpfsinnig ihre obligate Schulzeit ab und bilden — menschlicher Schwäche gemäß — nicht selten den Blitzableiter für seelische Spannungen des Lehrers. Dabei findet man Grade von Schwachsinnigen vor, die nicht nur nicht in den Normal-schulbetrieb, sondern nicht einmal mehr in die Hilfsschule passen. Der Kommunalarzt, der die Schulkinderfürsorge neben allen übrigen gesundheitsfürsorglichen Aufgaben zu besorgen hat, kann bei seinen Schuluntersuchungen — die bei der Größe seines Arbeitsgebietes und der Weite der Entfernungen kaum noch eine Untersuchung, eher eine »Schau« ist, will er einigermaßen durchkommen — nur das Größte an Auffälligkeiten herausfischen. Eine nähere Beschäftigung, die auch nur einen leichten psychiatrischen Farbton hätte, verbietet sich trotz bestem Willen. Und nun das Ergebnis! Wie kann diesen Kindern geholfen werden? Wo es sich um schwerste Formen handelt, möchte man die Kinder als nicht mehr schulisch bildungsfähig von der Schule befreien. Aber dann laufen sie Gefahr, zu verwahrlosten und bestenfalls zum Dorfnarren zu werden. Soll man sie in die Provinzialidiotenanstalten stecken?

Wo es nötig ist, ja, trotz des üblichen, am Kostenpunkt einsetzenden Widerstrebens der Gemeindeverwaltungen, sobald sie zu den Unterbringungskosten herangezogen werden. Aber

für die übrigen wäre es doch eine große Härte und eine falsche Maßnahme. Denn die Idiotenbildungsanstalten sind womöglich noch ein Durcheinander von Schwachsinnigen, Psychopathen, Bewahrungs- und Fürsorgeerziehungsfällen, auch gar von jugendlichen Epileptikern. Einschulung in benachbarte Städte? Nicht so einfach, namentlich dann nicht, wenn diese einen eigenen Stadtkreis bilden. Und schließlich scheitert alles an räumlichen Entfernungen, und es bleibt beim alten! Leider werden diese Zustände viel zu wenig beachtet; und selbst viele von denen, die sie kennen, bleiben gebunden in verwaltungsmäßiger Vorsicht und finden nicht den freien Mut, öffentlich für Abhilfe zu kämpfen. Mag die Selbstverwaltung in großen Städten mit Recht stolz sein auf das Werk ihrer Gesundheitsfürsorge, auf dem Lande sind die engen Bindungen und rückständigen Geistes-einstellungen sehr lähmend, abgesehen von den natürlichen Schwierigkeiten, die durch die verstreute Besiedelung gegeben sind. Abhilfe ist dringend not. Ich erwarte sie nicht von den Kreisen selbst, sondern von den breiteren Schultern der Provinz und von der Unterstützung des Staates. Wie sie möglich ist, wird später entworfen werden.

b) Bei Psychopathen

vermissen wir eine im großen ganzen so wohlgeordnete Organisation der Hilfsmaßnahmen wie es das städtische Hilfsschulwesen ist. Die Gründe liegen in der Sache selbst; sie sind am Anfang dieser Abhandlung besprochen worden und sollen nicht wiederholt werden. So ist Psychopathenfürsorge eben ein junges Gebilde, das selbst in großen Städten zum Teil noch recht stiefmütterlich behandelt wird. Die Entwicklung fällt praktisch überhaupt erst in das neue Jahrhundert. Seiner Geschichte sieht man noch deutlich das persönliche Wirken geeigneter Männer und Frauen an, was entschieden einen eigenen Reiz hat und von dem etwas ausgeleiterten, maschinenmäßigen Betrieb etwa großstädtischer Säuglings- oder Tuberkulosefürsorge angenehm absteht. Durcheilen wir im Fluge die Geschichte der Psychopathenfürsorge, so haben wir etwa von dem Aufruf *Theodor Ziehens* um 1905 auszugehen, der die Öffentlichkeit zur Gründung einer sozialen Psychopathenfürsorge, vor allem in der Form von Heilerziehungsheimen, aufforderte. Und wenn auch sein Aufruf in eine Zeit des wachsenden Wohlstandes fiel und die ganze Zeitströmung (»das Jahrhundert des Kindes«) die Bewegung begünstigte, bedurfte es doch eines zähen Einsetzens seiner Person, bis er sein Ziel, ein kleines Heilerziehungsheim für etwa 24 Kinder, rund fünf Jahre später in Templin verwirklichen konnte. Für dieses erste öffentliche Heilerziehungsheim

setzte sich vor allem die deutsche Zentrale für Jugendfürsorge unter Führung von Dr. jur. *Frieda Duensing* ein. Und dort-her entstand gegen Ausgang des Krieges die Gründung des deutschen Vereins zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen, der zum Mittelpunkt der praktischen Fürsorgearbeit wie der wissenschaftlichen Forschungsarbeit geworden ist. Einen kurzen Abriss über die Arbeitsgebiete und die Tätigkeit gibt *Kramer* in seinen Leitsätzen für die von der Hygiene-Organisation des Völkerbundes veranstaltete Internationale Studienreise für ausländische Medizinalbeamte in Deutschland 1927, auf die verwiesen wird. Der Verein hat im Laufe der Jahre in Berlin einen gut konstruierten Aufbau errichtet, der indessen für die Millionenstadt offenbar den Fehler hat, daß er zu klein ist. Auch in der Reichshauptstadt werden die maßgebenden Stellen nicht umhin können, eine wirklich durchgreifende, klare Organisation der Psychopathenfürsorge zu schaffen. Noch scheint mir indessen der Kompetenzstreit zwischen Landesjugendamt und Gesundheitsamt kein günstiges Klima abzugeben. Soweit ich mich habe unterrichten können, scheinen mir Hamburg und Frankfurt a. Main zurzeit für deutsche Verhältnisse vorbildlich zu sein. In Hamburg ist die Psychopathenfürsorge allerdings in das Landesjugendamt eingebaut. Aber nach den Literaturberichten weisen auch süddeutsche Städte, wie z. B. Frankfurt a. M. und Nürnberg gute Organisation auf.

Den Aufbau im einzelnen zu beschreiben, ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich und um so weniger notwendig, als durch die jüngste Veröffentlichung des Frankfurter Stadt-medizinalrates Dr. W. *Fürstenheim* und die verschiedenen Veröffentlichungen des Hamburger Jugendpsychiaters Dr. W. *Viltinger* leicht erreichbares und gerade für die Praxis der Organisation ergiebiges Material herbeigetragen worden ist. So soll hier nur die Skizze eines brauchbaren Aufbaues gezeichnet werden.

Am Eingang der ganzen Psychopathenfürsorge steht die Beratungsstelle, die die betreffenden Kinder zugewiesen erhält von der allgemeinen Schulkinderfürsorge, namentlich aus den Hilfsschulen. Dort gehören sie eigentlich nicht hin oder höchstens dann, wenn Psychopathie mit Schwachsinn gepaart vorliegt, was freilich nicht gerade selten ist. Der Anteil der Psychopathen an den Hilfsschulkindern ist ja, wie früher angeführt, dreimal so groß wie der an den Normal-schulkindern. Weitere Zuweisungen erfolgen durch Jugendämter, Privatärzte und Privatpersonen. Der Charakter einer solchen Beratungsstelle ist ein wesentlich anderer als in sonstigen Fürsorgezweigen. Eine Massenuntersuchung ist aus Gründen, die im Wesen psycho-

pathologischer Zustände liegen, nicht möglich. Die Beschäftigung mit dem einzelnen Kinde ist langwierig auch dann, wenn nur die hauptsächlichsten Züge erfaßt werden sollen. So kann die Beratungsstelle nur die Vorarbeit leisten, zu der auch eine ausführliche Ermittlung der Vorgeschichte und der sozialen Umstände gehört. Alle undurchsichtigeren Fälle (und die Psychopathen sind meist undurchsichtig!) erfordern eine längere und vollständige (d.h. unter anderem bei Tag und bei Nacht durchgeführte) Beobachtung auf Beobachtungsstellen oder -stationen. Von der Güte dieser Stellen, ihres leitenden Arztes und ihres Personals, hängt der Erfolg der Fürsorge ab; denn hier sind die Maßnahmen zu entscheiden, die den weiteren Lebenslauf des Kindes beeinflussen sollen. Von hier führte früher der gewöhnliche Weg in Sonderheime, wo das Kind seiner inzwischen näher erkannten Eigenart entsprechend »heil-erzieherisch« angefaßt wurde. Von solchen Heimen haben wir in Deutschland nach einer Zusammenstellung der Geschäftsführerin des deutschen Vereins, *Ruth von der Leyens*, aus dem Jahre 1927 31, von denen nur 7 unter rein ärztlicher Leitung stehen, 3 einen ärztlichen Leiter neben einem anderen haben. Dem tatsächlichen Bedarf genügt diese geringe Anzahl bei weitem nicht. Er wird sich in seinem ganzen Umfang erst herausstellen, wenn wir in Deutschland eine einigermaßen allgemeine Psychopathenfürsorge haben werden. Wollten wir indessen alle Psychopathen in Heime verbringen, dann wäre es beinahe ratsamer, die Gesunden in Schutzhaft zu nehmen! Nun hat sich in dem letzten Jahrzehnt — offensichtlich nicht zum wenigsten unter dem Druck wirtschaftlicher Not — eine Wendung in der Psychopathenfürsorge insofern vollzogen, als sich das Schwergewicht von der Heilwirkung in Heimen auf die offene heilpädagogische Beratung und Betreuung verlegt hat. Wir werden beides brauchen. Die offene Betreuung ist gewiß ein schöner Gedanke; aber wird er in großem Umfange wirksam durchführbar sein? Der Apfel pflegt nicht weit vom Stamme niederzufallen; und die Eltern sind gar nicht selten nicht allein die erbliche, sondern dazu die aktuelle Belastung ihrer psychopathischen Kinder. Glauben wir, die psychopathisch »invetierten« Eltern durch eine oder mehrere Belehrungen umstellen zu können, nun, dann müßte das gleiche beim bildsameren Kinde eine Kleinigkeit sein! Aber braucht nicht selbst ein psychopathisches Kind mit guter Prognose eine geraume Zeit, bis abseits des Elternhauses eine so weitgehende Festigung seines seelischen Gleichgewichts erzielt ist, daß es das heimische Milieu wieder ertragen kann? Mag immer für die leichteren Fälle die offene Betreuung im Auge behalten werden! Ihre

Erfolge beruhen auf der Tatsache, daß sich schwächere und mehr isolierte psychopathische Anlagen mit zunehmendem Alter »verwachsen«, d. h. in ruhigen Zeiten und unter regulären Umständen durch andere angelernte, eingewöhnte Verhaltensweisen überdeckt werden. Bei einer stärkeren Veränderung der Gesamtpersönlichkeit jedoch ist intensiveres Vorgehen geboten. Auch dieses soll nach Möglichkeit ambulant durchgeführt werden, schon weil zwischen Heimaufenthalt und Rückkehr in die Familie eine nicht belanglose Kluft liegt. Aber es dürfte dann eine fürsorgerische Betreuung allein wenig Positives ausrichten, sondern eine psychotherapeutische Behandlung am Platze sein. Nach jeder Heimbehandlung ist natürlich nachgehende Fürsorge notwendig, damit ein im Heim erzielter Erfolg nicht an vermeidbaren Alltäglichkeiten zu Bruch geht und sodann der rechte Zeitpunkt für anderweitige Maßnahmen nicht verpaßt wird. Für die Dauer einer Heimbehandlung lassen sich keine absoluten Zahlen angeben. Sie ist durch die besondere Eigenart der betreffenden Kinder bedingt. Allgemein stimmt man aber heute mehr der Auffassung zu, daß der Heimaufenthalt psychopathischer Kinder möglichst kurz sein soll, weil der nie ganz zu vermeidende Gewächshausbetrieb eines Heimes dem Ziele der Lebensertüchtigung zuwiderläuft.

Ähnlich wie man im Hilfsschulwesen Förderklassen für die Schwachbegabten eingerichtet hatte, wollte man Erziehungsklassen für die Psychopathen schaffen und hat sie geschaffen. *Moos* in Zürich propagiert diesen Gedanken, und z. B. auch die Stadt Berlin hat solche »E-Klassen« 1928 versuchsweise eröffnet. Man wird die weiteren Erfahrungen abwarten müssen. *Fürstenheim* hält nicht viel davon. Er sieht in der klassenmäßigen Zusammenfassung keinen Vorteil und keine ausreichende Abhilfe in solchen Fällen, bei denen ernste Erziehungsschwierigkeiten im häuslichen Milieu wurzeln. Mehr läßt sich erreichen, wenn die psychopathischen Kinder in ihrer freien Zeit dem häuslichen Milieu entzogen werden durch den Aufenthalt in Sonderkindergärten (für Kleinkinder) und in Sonderhorten (für Schulkinder). Man erreicht mit einem Schlage ein Doppeltes: man entzieht die betreffenden Kinder den Eindrücken, die ihr Seelenleben ungünstig gestalten, und man nimmt ihnen zugleich die Möglichkeit, mit ihrem abnormen Seelenleben andere Kinder ungünstig zu beeinflussen. Der Aufenthalt im Sonderhort kann überdies trefflich zu einer sozialen Disziplinierung (Ordnung, Sauberkeit, Offenheit, Rücksichtnahme usw.) benützt werden, die den kleinen unregelmäßigen und egoistischen Geistern not tut. Da wir hier eine unschwer durchführbare und sparsame Fürsorge in der halboffenen Form haben, die gute Wirksamkeit

verspricht, mag sie aufs beste empfohlen sein, wenigstens für städtische Verhältnisse. Für das Land besteht heute eben die früher gekennzeichnete traurige Lage. Von der Abhilfe wird der übernächste Abschnitt handeln.

Unser Stoff zwingt sodann zu einem Ausblick über die Schulzeit und die mit der Schulgesundheitspflege zusammenhängenden Einrichtungen hinaus. Erinnern wir uns, daß wir es, wie *Fürstenheim* sagt, mit seelisch Gefährdeten zu tun haben, so ist klar, daß die Fürsorge nicht mit der Schulentlassung, wo die eigentlichen Lebensschwierigkeiten erst beginnen, abbrechen darf. Besonderer Sorgfalt und geduldiger Mühe bedarf die Unterbringung in den Beruf. Das bedeutet, daß die Psychopathenfürsorge durch ein enges Zusammenarbeiten mit den Berufsberatungsstellen und mit den Arbeitsämtern ergänzt werden muß. Hierbei werden zugleich die eigenen fürsorgerischen Erfahrungen geklärt, indem immer wieder verglichen wird, wie der Lebenslauf der Psychopathen sich gestaltet. Nur so kann die Prognose an Zuverlässigkeit gewinnen.

Endlich müssen noch die Schutzaufsicht und die Fürsorgeerziehung mit wenigen Worten erwähnt werden. Die Schutzaufsicht (auf Grund der §§ 56 und 58 des RJWG.) gibt die rechtliche Unterlage für eine intensivere Betreuung und erlaubt stärkere erzieherische Einwirkung. Im Grunde ist aber ihre Wirksamkeit durch jene Umstände eingeschränkt, die vorhin bei der Besprechung der offenen Betreuung geltend gemacht worden sind. Die Fürsorgeerziehung (§§ 62, 63ff. RJWG.) in ihrer heutigen Gestalt ist ein schwieriges Problem, das immer wieder zu ernster Kritik herausfordert. Hier nur soviel davon: Wenige Anstalten haben das Glück, einem auf diesem Gebiete erfahrenen Psychiater zu unterstehen, wie z. B. in Baden Prof. *A. Gregor*; wenige große Verwaltungen den Weitblick für die gewaltigen Aufgaben der Reinigung der Gesellschaft und der Rechtspflege, die es hier rechtzeitig zu lösen gilt und die nur unter intensiver psychiatrischer Mitarbeit zu lösen sind. Ist es denn heute einem psychobiologisch denkenden Menschen noch verständlich, daß man die beiden innerlich fremden Kategorien der Kinder, die zur Verhütung der Verwahrlosung, und derer, die zur Beseitigung der Verwahrlosung in F.-E. gegeben werden, in dieselben Fürsorgeerziehungsanstalten zusammensteckt? Ist unser psychohygienisches Gewissen so viel weniger scharf als unser seuchenhygienisches, das nie ertragen würde, daß Menschen, die Gelegenheit gehabt haben können, sich mit Typhus zu infizieren, mit Typhus-Kranken zusammengelegt würden? Oder ist die psychische Infektion harmloser als die bakterielle? Vielleicht und hoffentlich zwingt das neue Be-

wahrungsgesetz — wenn es durchkommt! — zu einer gründlichen Revision auf diesem Gebiete, wenngleich es sich selbst für die Zeit unter 18 Jahren ausschließt.

Aber unterbrechen wir die Kritik, die wir später bei den Überlegungen dessen, was noch not tut, in positiver Wendung wieder aufnehmen müssen, und halten wir zuvor eine kurze Ausschau nach dem Auslande!

VI. Was geschieht im Auslande?

Unsere Blicke wenden sich zuerst nach dem reichen Amerika, das sich alle erwünschten Einrichtungen leisten kann. Indessen ist ein Vergleich mit deutschen Verhältnissen in mehrfacher Hinsicht erschwert. Zuerst durch die andersartige psychiatrische Benennung, die unsere psychopathischen Konstitutionen nicht kennt. Wir können aber das Gemeinte ungefähr treffen, wenn wir das »problem child« unserem »psychopathischen Kind« gleichstellen. Die zweite Schwierigkeit liegt darin, daß sich eine besondere Psychopathenfürsorge in Amerika aus der allgemeinen und weitreichenden psychiatrischen Fürsorge, der Mental-hygiene-Bewegung, nicht herauslösen läßt. Mag sein, daß in diesem großen Rahmen manches verschwommen bleibt. Aber das Eingebettetsein in eine weitverzweigte Organisation, die eine anerkannte Stellung in der Öffentlichkeit besitzt, gestattet viele Hilfsmöglichkeiten und ist bestimmt ein bedeutender Vorteil. Die Triebfeder der psychiatrischen Sozialarbeit ist das National Committee for Mental Hygiene, der ärztliche Leiter Dr. *Frankwood Williams*, den ich in Hamburg 1928 selbst durfte sprechen hören und der allseits den Eindruck eines vortrefflichen Mannes machte. Zweierlei scheint mir aus den amerikanischen Verhältnissen, von denen *Frankenstein* auf Grund dreijähriger Erfahrungen in Amerika übersichtlich berichtet, besonders beachtenswert. Erstens geht dort der Psychiater heran ans Leben und an die sozialen geisteshygienischen Aufgaben und verkriecht sich nicht auf die Kathedra seiner Geisteskrankheitsforschung, von der herab er sich unfehlbar — oder dort nur gesichert? — dünkt. Und der Erfolg? In der ganzen psychiatrischen Sozialarbeit hat er die nirgends bestrittene Führung. Zweitens hat sich der amerikanische Psychiater in den »psychiatrischen Sozialarbeiterinnen« eine prächtige Hilfstruppe mit einer sehr guten theoretischen und praktischen Ausbildung geschaffen, die seiner Untersuchung und Erforschung durch Korrespondenz, Besuche, Unterredungen mit Verwandten, Freunden, Lehrern, Arbeitgebern, Kollegen, Ärzten, sozialen Helferinnen vorarbeiten. Wieder zeigt sich hier ein frisches Anpacken des Lebens: die psychiatrische Sozialarbeiterin wird in geeigneten Fällen im Elternhaus des problem child einquartiert, um aus nächster Nähe die ganzen Familienverhältnisse, die elterliche Disziplin usw. zu erforschen.

Die psychiatrische Arbeit in den Schulen berücksichtigt die schwach- und die hochbegabten Kinder. Der Staat Massachusetts läßt seit 1918 alle Kinder psychiatrisch untersuchen, die mehr als zweimal sitzengeblieben sind.

Verführerisch wäre es, den tieferen soziologischen und erbbiologischen Gründen nachzugehen, die die Ausbreitung der Bewegung »geistige Hygiene« gerade in Amerika so stark gemacht haben. Sonne ist überall zum Leben not; aber man verehrt sie nicht in den Tropen, sondern im Norden, wo sie spärlich ist. So denkt man wohl an die Verbrecherwelt, an die Korruption

selbst der höchsten Beamtenkreise, an das Tempo des Geldverdienens, an die Zusammenpferchung der Menschen, aber auch an die Vorgeschichte der heutigen Zivilisationsschicht, der einstigen Auswanderer — und vieles andere. Aber es gehört nicht hierher.

In England besteht seit 1913 ein Gesetz für die geistig Minderwertigen und seit 1921 ein Erziehungsgesetz, das Erziehungseinrichtungen für Sonderunterricht festlegt. Der Hüter der Idee der geistigen Hygiene ist der National Council (1923). Nach eigenem englischen Urteil sind die Sonderschulen unzulänglich; sie genügen erst für die Hälfte des Bedarfs. Das Gesetz von 1913 gestattet, die geistig Minderwertigen sowohl vor, wie besonders auch nach der Schulzeit unter die Aufsicht eines Ortsausschusses zur Ausführung des Gesetzes zu stellen. Mit der Schutzaufsicht sind wenig Erfahrungen gemacht worden. Für leichte Fälle ist kaum gesorgt. Das Ganze sieht überhaupt mehr nach Aufsicht als nach Fürsorge aus. Sondereinrichtungen für psychopathische Kinder gibt es nur in der Form von Klinikabteilungen (z. B. Kinderabteilung der Tavistock Clinic in London, 1920) für funktionelle Nervenkrankheiten. In der offenen Schulkinderfürsorge stehen für psychopathische Kinder nur die allgemeinen Schulärzte zur Verfügung. Sorgfältiger nimmt man sich der jugendlichen Delinquenten an. Diese Fürsorge steht mit den Jugendgerichtshöfen in Verbindung — Birmingham schuf den ersten Jugendgerichtshof überhaupt! — und fällt aus unserem Rahmen heraus.

In Frankreich beschäftigt man sich wissenschaftlich mit mancherlei Klassifikation der seelisch Minderwertigen, aber in praktischer Hinsicht ist wenig zu berichten. Seit 1909 besteht ein Gesetz mit fakultativem Charakter über Sonderklassen und Hilfsschulen. Die selbständigen Schulen, die ein Halbpensionat und ein Internat umfassen, können den Unterricht bis zu 16 Jahren fortsetzen, indem sie gleichzeitig eine Berufsausbildung geben. Nach der Äußerung Pariser Autoren (Dr. *Roubinovitch* und *M. E. Debray*) fehlen für mehr als $\frac{49}{50}$ angemessene Ausbildungsmöglichkeiten, und sie bezeichnen die Erziehung der bildungsfähigen geistig Zurückgebliebenen als »à peu près inexistant«.

In Italien sind wohl — unter Führung hervorragender Psychiater — die wissenschaftlichen und praktischen Linien erkannt, aber wenig durchgeführt. Die Verhältnisse in den einzelnen Städten werden als sehr verschieden bezeichnet. In einigen Irrenanstalten finden sich Sonderabteilungen für schwachsinnige und moralisch zu bessernde Kinder.

Über die Schweiz lag mir nur ein Bericht über die kinderpsychiatrische Tätigkeit in Zürich vor. Hier ist in dem kantonalen Kinderhaus zur Stephansburg eine psychiatrisch geleitete Beobachtungsstation geschaffen. Über die von den Zürichern propagierten Erziehungsklassen ist früher gesprochen worden.

In Spanien sind die Bemühungen um den Unterricht geistig minderwertiger Kinder stark zurückgeblieben. 1910 erschien ein Fürsorgegesetz für Abnorme, aber erst 1915 gelang es, unter Leitung eines Psychiaters eine Landesschule für geistig abnorme Kinder zu errichten. Es bestehen außerdem noch zwei andere, aus privaten Mitteln errichtete Institute. Die meisten Provinzialanstalten beherbergen eine Anzahl von Idioten und Schwachsinnigen. Intensiver nimmt man sich der jugendlichen Verwahrlosten an. Aber daß die Erziehung dann vielfach religiösen Orden anvertraut wird, hat —

mit Recht — den Protest der Strafrechtler, Pädagogen und Psychiater wachgerufen.

Besser wird die Fürsorge in den nordischen Staaten angefaßt. In Norwegen fallen die geistig und körperlich anormalen Kinder unter das Kinderfürsorgegesetz von 1896. Im Mittelpunkt stehen die Kinderfürsorgestellen, die ihre Pfleglinge in Familienpflege, in Kinderheimen und in Internatsschulen unterbringen. Für alle diese Fragen besteht in Oslo eine psychiatrische Beratungsstelle. Diese steht in Personalunion mit einer Beobachtungsstation am städtischen Krankenhaus, sodann aber auch mit der »Zwangsschule«, die Schule und Heim ist und eine gründliche erzieherische Beobachtung gestattet. In der Zwangsschule können die Kinder bis zur Dauer eines Jahres bleiben. Die fürsorgerische Aufsicht wird durch wechselseitige Berichte gesichert und wiederum von der Kinderfürsorge ausgeführt.

Schweden hat 1926 ein neues Kinderfürsorgegesetz in Kraft gesetzt. Es sind Kinderfürsorgedeputationen geschaffen, die etwa deutschen Jugendämtern entsprechen. Man arbeitet dort viel mit Fürsorgeerziehung, differenziert aber im Unterschied zu deutschen Verhältnissen sorgfältig die Kinder bei der Auswahl der Heime und Anstalten. Für moralisch Defekte gibt es Rettungshäuser. Ein Heim für psychopathische Kinder, die nicht schwachsinzig sind, gibt es nicht. Bildungsfähige schwachsinnige Kinder werden in kleinen Internatsschulen der Provinzen untergebracht, die unter pädagogischer Leitung stehen. Nur für die staatlichen Anstalten verlangt die Vorschrift, daß in der Direktion ein Psychiater vertreten ist.

In den Niederlanden bildet das Gesetz für den Elementarunterricht von 1920 die Grundlage für das Sonderschulwesen für Schwachsinnige. Da aber solche für Psychopathen nicht genannt sind, bleiben diese außerhalb des Gesetzes. 1926 bestanden 60 Schulen für Schwachsinnige mit 5000 Schülern. Diese Zahl bedeutet, daß noch nicht ein Drittel des Bedarfs schulmäßig versorgt ist. Auf dem platten Lande existiert »gar zu wenig«. Die »Nachpflege« ist noch mangelhaft geregelt. Eine Psychopathenschule gibt es in Rotterdam für Kinder mit verbrecherischen Neigungen. Für nervöse Kinder (meist aus wohlhabenden Familien) besteht (1926) eine Schule in Arnheim mit 50 Schülern.

Es folgen die osteuropäischen Staaten Polen und Rußland.

Polen hat 1922 das »Staatliche Institut für Spezialpädagogik« ins Leben gerufen, das der Forschung und der Ausbildung von Lehrern für geistig und körperlich gebrechliche Kinder dient. Zahlen, die Realitätswert besitzen, liegen nicht vor. Was angegeben wird, ist aus europäischen Statistiken hergeleitet und wird auf die polnische Bevölkerungszahl übertragen. Danach befinden sich von den geschätzten Schwachsinnigen nur 2,6% in Anstalten und Schulen, von den moralisch vernachlässigten Kindern, die der Aufsicht des Justizministeriums unterstehen, etwa 10%. Man hat den Eindruck, daß in dem Institut von oben eine etwas aufgetriebene Einrichtung geschaffen ist, während an der letzten Stelle, am Kind — gerade dort, worauf es ankommt —, offenbar wenig Arbeit geleistet wird. So enthält auch der Aufsatz *Gawronskis* mehr Entwürfe, Forderungen und Aufgaben als Berichte.

Die russische Sozialarbeit an Kindern geht vom Vergehen aus. 1924 sind Abteilungen für sozialrechtlichen Schutz der Kinder und Jugendlichen eingerichtet worden, die ein besonderes Verfahren der Voruntersuchung durchzuführen haben. Die Kommissionen für die Angelegenheiten der Minder-

jährigen bestehen aus einem Pädagogen als Vorsitzenden, einem Richter und einem Psychiater als Mitgliedern. In jedem Prozeß muß sich ein »Untersuchungspädagoge« mit den Lebensverhältnissen des Kindes bekannt machen. Ausführliche medizinisch-psychologische Begutachtung geschieht im »pädagogischen Kabinett«. »Untersuchungsinstitute« dienen der wissenschaftlichen Erforschung des Kindes und den praktischen Zwecken spezieller Erziehungsmethoden. Deutschen Heilerziehungsheimen scheinen etwa in ihrem Programm die »Sanatoriumsschulen« zu entsprechen, nur haben sie dazu noch Ausbildungsaufgaben für Ärzte und Erzieher. Für schwere Psychopathen, vorwiegend für Rechtsübertreter, gibt es »heilpädagogische Kolonien«, die wie Irrenanstalten eingerichtet sind! Der Aufenthalt ist dauernd. In »Neuerziehungsinstituten« werden hauptsächlich sozial verwahrloste Kinder, ebenfalls für längere Zeit, aufgenommen. Schließlich besteht noch die Einrichtung der »sozialen Kinderinspektion« mit der Aufgabe der Bekämpfung der kindlichen Verwahrlosung, des Bettlertums, der Prostitution, der Kriminalität, der Ausbeutung und der Mißhandlung der Kinder in der Familie, in den Heimen und Anstalten. Die Inspektoren treffen keine Maßnahmen, sie melden bloß. *Oseretzky* (Moskau) berichtet mit hoher Befriedigung über die russischen Einrichtungen. Wir werden indessen schon beim Hören nicht warm dabei; wir suchen das eigentlich Fürsorgerische, an dem uns die innerliche Arbeit von Mensch zu Mensch, das Helfenwollen, unentbehrlich ist, und wir hören das Klappern einer Staatsmaschine.

VII. Aufgaben und Pläne.

Wer Zukunftsaufgaben und Pläne vorzeichnen will, muß zuvor prüfen, wie weit er mit dem Bestehenden zufrieden sein kann. Kritik ist bisher schon geübt; aber sie blieb zerstreut, da sie dort angeschlossen wurde, wo sie sich zwanglos einfügte. Hier soll sie im einzelnen nicht wiederholt werden. Vielmehr liegt jetzt die Absicht vor, eine Übersicht zu geben, bei der dies und jenes nachgeholt wird, sodann aber positive Vorschläge zu entwickeln.

Was also genügt noch nicht?

In allererster Linie die öffentliche Aufmerksamkeit für Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit psychischer Hygiene. Denn von der öffentlichen Aufmerksamkeit wird das Interesse der Verwaltungen gestaltet, welche die Fürsorgeeinrichtungen schaffen müssen. Wird aber erst einmal die Pflicht zur Fürsorge erkannt, dann wird auch die Bereitwilligkeit zu Maßnahmen der Vorbeugung vorhanden sein. Die Vorbeugung wird sich in zwei Hauptrichtungen zu erstrecken haben: sie wird für möglichst psychisch intakten Nachwuchs zu sorgen haben durch Verhinderung der Fortpflanzung mindestens der schwer Minderwertigen und durch Abmahnung vor der Eheschließung bei psychopathologisch belasteten Partnern (Erbfaktor). Wie durch quantitative Verschiebungen in der Geburlichkeit der einzelnen Bevölkerungsschichten eine qualitative Änderung des Bevölkerungsdurch-

schnittes zustande kommt, darauf hat *Grotjahn* klar und deutlich hingewiesen und mahnt unermüdlich, diese Frage nicht durch überspitzte praktisch unnütze »Hochzuchtgesetze« in einer Weise zu komplizieren, die der Sache nur schadet. Sodann aber muß die Vorbeugung solchem Nachwuchs eine psychisch unschädliche Erziehung und einen psychisch unschädlichen Unterricht zu schaffen bemüht sein (Erlebnismfaktor). Vielleicht läßt sich in der gegenwärtigen Lage das zweite früher erreichen als das erste, die Auslese. Aber vernachlässigt werden darf die Erbgesundheitsfürsorge nicht. Wir brauchen sobald nicht zu fürchten, zu wenig Psychopathen zu haben, auch wenn wir einer gewissen Gruppe unter ihnen einen fermentativen Reiz für das Kulturleben zuerkennen.

Nicht genügen sodann die vorhandenen Heime, sowohl an Zahl wie an allgemeiner Qualität. Da wir sie vermehren und verbessern müssen, ist es nicht angebracht, zuviel von ihrer Problematik zu reden; denn das hemmt. Aber ganz umgehen läßt es sich nicht. Also Heime sind teuer; in der Anschaffung schon, teurer noch im Betrieb. Bei der Wirtschaftslage von heute müssen wir nach Möglichkeit anderes suchen. Sie sind von sehr verschiedener Güte, sie haben einen sehr verschiedenen Geist, da ein Teil privat, ein Teil Einrichtung der freien Wohlfahrtspflege, wenige aber kommunale Einrichtungen sind. Von der Art und der ärztlich-erziehlichen Leistungsfähigkeit muß sich der betreffende Fürsorgearzt, der Kinder einweist, persönlich und gründlich unterrichten.

So wird zunächst, namentlich für städtische Verhältnisse, die Einrichtung der zweckmäßigen, wirtschaftlichen und wirksamen Sonderhorte intensiv und zäh zu erstreben sein.

Abgesehen von Ansätzen, z. B. im westlichen Industriegebiet, in Baden und in Sachsen, genügen — im ganzen gesprochen — die ländlichen Fürsorgeeinrichtungen für das psychopathologische Kind überhaupt nicht. Auf diese weitklaffende Lücke muß das Augenmerk der großen Selbstverwaltungskörper der Provinzen und das des Staates hingezwungen werden.

Und schließlich eine Frage: Genügen die vorhandenen Kräfte, die in erster Linie gebraucht werden, an sozial durchgebildeten und sozial eingestellten Psychiatern? Die Beantwortung ist nicht ganz leicht. Aber Nachfrage pflegt das Angebot zu vermehren. Sodann: den vorhandenen Kräften wird heute gar nicht hinreichend Gelegenheit geboten, sich auszuwirken. Und schließlich: die gleiche Lage bestand früher für jeden Gesundheitsfürsorgezweig, etwa der Säuglingsfürsorge oder der Tuberkulosenfürsorge. So können wir für unser Gebiet eine gleich günstige Entwicklung hoffen, zumal uns in wenigen

Jahren ärztlich vorgebildete Menschen hinreichend zur Verfügung stehen werden, aus denen es die geeigneten herauszulesen gelten wird.

Fragen wir uns an dieser Stelle, woran der große Abstand der Psychopathenfürsorge von anderen Fürsorgezweigen liegt, so liegt der eine Grund wohl sicher darin, daß die fundierende Wissenschaft der Psychiatrie unter den medizinischen Disziplinen relativ jung ist und nach einigen großen Fortschritten wieder ins Stocken kam, bis im neuen Jahrhundert durch die Neuroseforschung und Psychotherapie, die wesentlich abseits der Lehrstühle, von rühmlichen Ausnahmen wie *Binswanger*, *Bleuler* u. a. abgesehen, geschahen und noch geschehen, neues Leben erwacht und jetzt wohl so stark geworden ist, daß man froher Hoffnung sein kann. Warum aber werden auch heute noch die Verwaltungen durch zahlreiche Bedenken gehemmt? Ich glaube, sie fürchten an erster Stelle eine Uferlosigkeit dieser Fürsorge, indem sie auch die leichten Fälle in Gedanken mit einbeziehen, und an zweiter eine Erfolglosigkeit aller Bestrebungen, indem sie an die schweren Fälle denken, die die Zeitungsberichterstatter aus den Schwurgerichtssälen als »ehemalige Fürsorgezöglinge« auftischen. Mit beiden Einwüfen gilt es sich ernsthaft auseinanderzusetzen, auf der einen Seite schärfer und schärfer den Begriff Psychopathie herauszuarbeiten und als fürsorgebedürftig vielleicht zunächst einzelne, enger zu umschreibende Gruppen herauszuschälen, auf der anderen Seite die Kraft des Erbfaktors und den Einfluß planmäßiger, bildsamer Erziehungsarbeit zu bestimmen. Beides kann aber nur in und durch Fürsorgearbeit geschehen, ebenso wie man Menschenkenntnis nur durch Menschenumgang und -behandlung erwirbt. Und in beiden hat der Arzt mitzuwirken; ihn darf nicht bloß das Gegebene im Erbfaktor, sondern ihn muß auch das werdende in der Persönlichkeitsgestaltung beschäftigen. Also anfangen, überall mit praktischer Arbeit anfangen müssen wir! Erst in solcher praktischen Arbeit werden sich auch die »geeigneten Persönlichkeiten« herausstellen, nach denen zur Verschleierung mangelnder eigener Initiative so laut gerufen wird.

Was gilt es zu tun?

Ein leichtes ist es, einer so jungen Sache wie der Psychopathenfürsorge ein herrliches Luftschloß, das tausend Wünsche zu erfüllen verspricht, ins Stammbuch zu zeichnen. Was aber kann ein Volk in wirtschaftlicher Not, wie unseres, heute für seine seelisch Gefährdeten tun? Ich will es zu skizzieren versuchen.

Für unsere Arbeit muß Interesse erweckt werden, indem wir als Psychiater die Gedanken der psychischen Hygiene in

die Anwendungsform des täglichen Lebens übersetzen und ins Leben hineinragen. In unseren Fachzeitschriften aber gehen sie unter. Ich kann nicht verhehlen: wenn ich moderne kaufmännische Werke über Wirtschaftlichkeit, Betriebsführung, Personalbehandlung, Absatzfragen und vieles andere mehr aufschlage, finde ich mehr als in meinem Fach. Aber schließlich ist wichtig, daß diese Gedanken überhaupt gesprochen werden; weniger wichtig, von wem. Für unser Gebiet der Kinder und Jugendlichen müssen also in erster Linie Unterrichtsreformbestrebungen gefördert werden. Ich erinnere an *Grotjahn-Junge*, »Maßvolle Schulreform«. Werden solche Mahnungen selbst nur teilweise beherzigt, dann wird, glaube ich, mehr geschafft als durch großes öffentliches Geschrei um Psychohygiene und internationale Kongresse, die so leicht ins Leere verpuffen. Denn schließlich kommt alles auf die Anwendung im Alltag an, und Psychohygiene muß an jeder Stelle in die Berufsethik einmünden, will sie vollen Gehalt erlangen.

Aber auch unser gesellschaftliches Leben muß durch vernünftige Aufklärung erhellt werden, damit man z. B. nicht für entzückenden Charme hält, was bunt flackernde weibliche Psychopathie ist. Und damit der Blick vor der Eheschließung für solche Zustände geschärft wird: denn Psychopathen und Psychopathen ziehen sich an; die Natur gleicht hier nicht aus, sondern potenziert. Aber verlangen wir nicht Utopisches?

Ist der Boden durch Aufklärung, zumal über die weitgreifenden Folgen abartigen Seelenlebens vorbereitet, so muß der Grundstein zur praktischen Fürsorgearbeit zunächst in Form von Beratungsstellen gelegt werden. Das Entscheidende für ihr Gedeihen ist nach innen die Eingliederung und Verknüpfung mit den benachbarten Abteilungen, der Eheberatungsstelle, den Kindergärten und Horten, der allgemeinen Schulgesundheitsfürsorge nebst Erholungsfürsorge, zu den Berufsberatungs- und Arbeitsämtern, zum Jugendamt, Jugendgericht und Vormundschaftsgericht. An eigenen Einrichtungen wird sich sodann diese Fürsorge Sonderhorte zu schaffen haben und geeignete Heime aussuchen oder selbst errichten. Hier läßt sich zweckmäßig zugleich eine Reform der Erholungsfürsorge durchführen. Die Schulkinderverschickung steht bereits in starker Kritik, weil ihr Wert sehr problematisch ist, wenn die Kinder es 6 Wochen glänzend haben, dann aber in das alte Wohnungselend zurück müssen. So würde es entschieden einen Fortschritt bedeuten, wenn die bisherige Verschickungsfürsorge auf die Fälle beschränkt wird, in denen ausgesprochene klimatische oder Kurmittelwirkungen erforderlich sind (Nordsee, Gebirge, Solbad) und die übrigen Heime auf einen ärztlich-erziehlischen Be-

trieb umgestellt werden. Ferner wird es in Zukunft mehr als bisher Aufgabe der Fürsorgestelle sein, in geeigneten Fällen für eine ärztliche psychotherapeutische Behandlung zu sorgen. Das Augenmerk muß sodann auf die höheren Schulen gerichtet werden. Es bedarf dies besonderer Erwähnung, weil sich häufig die staatlichen höheren Lehranstalten der städtischen Schulgesundheitsfürsorge entziehen. Sie haben aber gerade in sozialpsychiatrischer Hinsicht Rat und Hilfe nötig, wie unter anderem die Veröffentlichung der Gutachtensammlung von *Hoffmann* und *Stern* (Sittlichkeitsvergehen an höheren Schulen) durch das Kultusministerium zeigen. Es ist ja auch bekannt, daß die psychologische und pädagogische Ausbildung der Studienräte den Anforderungen, die die Gegenwart in dieser Hinsicht stellt, im allgemeinen kaum genügt; sie sind zu sehr auf den Unterrichtsstoff dressiert.

Daß die Seele der ganzen Psychopathenfürsorge ein Sozialpsychiater, aber eben ein Psychiater sein muß, darüber hat diese Arbeit wohl kaum einen Zweifel gelassen. Seine Stellung innerhalb der Verwaltung muß, seinem reichen, schwierigen und verzweigten, besondere organisatorische Fähigkeiten voraussetzenden Aufgabenkreis entsprechend, derartig sein, daß er das Notwendige anordnen und durchführen kann und daß der ganze Apparat an der letzten Stelle — das ist das fürsorgebedürftige Kind — wahrhaft positive Arbeit leistet.

Was heute am meisten der Hilfe, und zwar einer klaren und großzügigen Hilfe bedarf, das ist das platte Land.

Die Fürsorge für Schwachsinnige ist ohne Errichtung zentraler Hilfsschulen für einen Bezirk nicht durchführbar («Kreishilfsschulen», wie sie z. B. der Kreislehrerverein Friedeberg in der Neumark auf Grund von Erhebungen gefordert hat). Sie werden in günstiger verkehrstechnischer Beziehung zu Bahn- und Postautolinien anzulegen sein und wenigstens für die Schüler aus Orten, die abgelegen sind, ein Internat haben müssen. In diesen Kreishilfsschulen müssen die schwachbegabten Kinder bis zu einer passenden Berufstätigkeit ausgebildet und von hier aus in Arbeitsstellen gegeben werden können in Zusammenarbeit mit den Arbeitsvermittlungsamtern des Kreises und der Nachbarstädte. Die Erfassung der Kinder wird sich von der allgemeinen Schulkinderfürsorge im Kreise herleiten, namentlich aber von dem größeren und speziellen Fürsorgekörper, den es zu bilden gilt, der »Landesfürsorgestelle für psychisch abnorme Kinder und Jugendliche«.

Die Arbeit dieser Stelle stützt sich naturgegeben auf die Vorarbeit der Kreis- bzw. Kreiskommunalärzte und der Kreis-, Bezirks- und Gemeindefürsorgerinnen. Mit diesem Unterbau

kann man in Preußen rechnen, da nach den letzten amtlichen Mitteilungen von rund 4 Millionen Schulkindern nur noch 450 000 nicht schulärztlich versorgt sind und der Ausbau der Schulkinderfürsorge von Jahr zu Jahr fortschreitet.

Die eigene Organisation der Landesfürsorgestelle sei, wie folgt, entworfen.

Das Kernstück bildet ein kleiner Stab aus zwei Personen, der sich örtlich durch eine bzw. zwei hinzutretende ergänzt. Der kleine Stab besteht aus einem Sozialpsychiater für die Psychopathologie des Kindesalters, der genug Verständnis, Hingebung und Geschick für seine Aufgabe besitzt, und einer staatlich anerkannten Wohlfahrtspflegerin, die eine Fortbildung auf dem Sondergebiet dieser Fürsorge erhalten hat bzw. erhält und im übrigen die gleichen menschlichen Voraussetzungen erfüllt. Dieser Teil des Stabes ist »fliegend«, d. h., er bereist im Auto seinen Bezirk innerhalb seiner Provinz. Der fliegende Stab ergänzt sich nun am Ort seiner jeweiligen Wirksamkeit unter allen Umständen durch den betreffenden Schullehrer, nach Möglichkeit auch durch die zuständige Kreis- oder Gemeindefürsorgerin, und berät und beschließt unter Vorsitz des Arztes — natürlich in »kollegialer« Form — die anzuwendenden Maßnahmen.

Der Landesfürsorgestelle unterstehen gut geleitete ärztlich-erzieherische Beobachtungsstationen, die denselben Psychiater als Leiter haben müssen, dem natürlich Hilfskräfte (Fachärzte, angehende Sozialpsychiater und Erzieher) zur Seite stehen.

Drittens besitzt die Landesfürsorgestelle Psychopathenheime, ohne die es unter ländlichen Verhältnissen nicht geht. Diese Heime müssen klein sein, gut über die Provinz bzw. den Fürsorgebezirk eines Stabes verteilt und natürlich gut geleitet sein. Sie müssen ebenfalls der Oberaufsicht des Stabspsychiaters unterstehen.

Wie viele solcher Bezirke mit dieser in sich geschlossenen Organisation, der Landesfürsorgestelle, innerhalb einer Provinz einzurichten sind, richtet sich nach der räumlichen Ausdehnung und der Bevölkerungsdichte. Den Hauptwert lege ich auf die Geschlossenheit der Organisation jeder einzelnen Landesfürsorgestelle innerhalb ihres Bezirkes. Sie wird gewährleistet durch ein und denselben Leiter der offenen Fürsorge, der Beobachtungsabteilung und der geschlossenen Fürsorge. Das erleichtert wesentlich die Durchführung und erspart An- und Rückfragen; es klappern dann nicht unnütz die Schreibmaschinen, sondern es geschieht das Notwendige für das hilfebedürftige Kind. Das muß immer das Ziel sein, und es muß praktisch tatsächlich erreicht werden.

Die Beobachtungsstationen wie die Heime den Irren- oder Fürsorgeerziehungsanstalten anzugliedern, halte ich für untunlich. Denn abgesehen davon, daß ihnen noch immer ein Vorurteil in der Bevölkerung entgegensteht, werden sich diese großen (zu großen!) Betriebe mit ihrem ganzen Personenkreis schwerlich hinreichend schnell jenen modernen Aufgaben anpassen können. So stünden die neuen fürsorgerischen Bestrebungen in größter Gefahr, in trockenem Boden zu verdorren, ehe sie angewachsen sind.

Daß die Landesfürsorgestelle alle die Nachbarschaftsbeziehungen zu anderen wohlfahrtspflegerischen Abteilungen unterhalten muß, die früher für die Beratungsstellen angeführt worden sind, braucht nicht noch einmal erwähnt zu werden.

Nun aber erhebt sich die Kostenfrage, die so oft gutes Wollen lähmt: wer soll diese Einrichtungen finanzieren?

Ich sagte schon, daß ich als Träger die Provinz im Auge habe. Sie wird ihrerseits alles heranziehen müssen, was an dieser Fürsorge auch ein finanzielles Interesse hat. Und dies sind in der Tat sehr viel Gruppen und Körperschaften. Ich beziehe mich auf die Ausführungen über die Notwendigkeit der Psychopathenhilfe zurück. Von dorthier ergibt sich, daß es wesentlich Psychopathen sind, die die Kassenärzte um jeder Kleinigkeit willen in Anspruch nehmen und sich mit Wonne krank schreiben lassen; die einen erheblichen Anteil der Krankenhausbetten belegen; die vorzeitig im Beruf versagen; die um ihr vermeintliches Rentenrecht kämpfen; die auf keiner Arbeitsstätte aushalten und als Erwerbslose unterstützt werden müssen; die aus Ressentiment, aus Lebensgroll Rechtsbrecher werden usw. Zu allen diesen kostspieligen Soziallasten stellen die erwachsenen Psychopathen ihren beträchtlichen Anteil. Sollte es nicht wirtschaftlicher sein, früher einzugreifen und zur Verhütung mindestens eines Teiles dieser Lasten Mittel dort einzusetzen, wo sich voraussichtlich mancher Lebensweg anders gestalten läßt: zur Fürsorge für die jugendlichen geistig und seelisch Gefährdeten?

So wird die Provinzialverwaltung mit vollem Recht eine starke Beteiligung der Träger der Sozialversicherung fordern dürfen, aber auch des Staates, der diese Mittel sonst ein paar Jahrzehnte später für Justizzwecke ausgeben müßte. Gewiß, zunächst würde die Gesamtausgabe erhöht werden, wenn für die Kinder und Jugendlichen schon gesorgt wird, die Erwachsenen aber noch die alten Aufwendungen erfordern. Späterhin aber muß sich die Ersparung bei den Erwachsenen zeigen. So heißt es, zuerst über den Anfang hinwegzukommen. Hier hilft die natürliche Entwicklung, da ein solcher Aufbau ja erst aus kleinen Anfängen nach und nach heranwächst.

Ich bin am Schluß meiner Ausführungen und fasse in aller Kürze zusammen:

Die Fürsorge für das psychopathologische Kind im schulpflichtigen Alter ist eine notwendige und dringende Gegenwartsaufgabe. Deutschland hat nicht allein die wissenschaftlichen Grundlagen geschaffen, an denen es beständig fortarbeitet, sondern auch in praktischer Fürsorgearbeit das relativ meiste — mindestens unter den europäischen Ländern — geleistet. Aber das darf nicht zu bequemer Selbstzufriedenheit verführen. Es gilt, die Fürsorge für schwachsinnige Schulkinder auf dem Lande meist erst einzurichten und das Vorhandene auszubauen. Es gilt besonders die Fürsorge für die kindlichen und jugendlichen Psychopathen in den Städten — selbst den Großstädten — recht zu organisieren und auf die höheren Lehranstalten auszudehnen, vor allem aber sich tatkräftig des Landes anzunehmen. Ein Entwurf für eine provinzielle Fürsorgeorganisation des Landes, die wirtschaftlich und wirksam sein soll, wird gegeben.

Ruf und Wille, daß der Psychiater seine Tätigkeit nach der sozialen Seite und auf das heranwachsende Geschlecht ausdehne, zum Sozial- und Jugendpsychiater werde und sich damit eine Stellung innerhalb der Volksgesundheitspflege schaffe, die der Wichtigkeit seiner Aufgabe entspricht, geschehen bewußt und in voller Überzeugung und mögen nicht als Lokalpatriotismus belächelt werden! Sie sind der Ausdruck des Strebens des Verfassers, der möchte, daß ärztliche Tätigkeit auf dem Gebiete psychiatrischer Wissenschaft, das zutiefst mit sozialen Belangen verbunden ist, nicht bloß in der Arbeit am schon Erkrankten gleichmütig seine abseits verlaufende Straße zieht, sondern zielklar sich zu der einen großen Aufgabe in das Leben hineinstellt: der Gesunderhaltung unseres Volkes zu dienen.

Literatur.

- Bleuler, E.*: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin 1918.
Boberg, Otto: Ist die Graphologie zuverlässig? Herausgegeben vom Zentralinstitut. f. Erziehung und Unterricht, Berlin. Heidelberg. 1929.
Bumke, O.: Kultur und Entartung. Berlin 1922.
Ders.: Über Entartung. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung. 1923, Heft V, S. 31—37.
Carus, C. G.: Symbolik der menschlichen Gestalt. Celle 1925.
Cimbal, W.: Die Neurosen des Kindesalters. Berlin 1927.
Ders.: Psychotherapeutische Erziehungsfürsorge. Zentralblatt für Jugendrecht u. Jugendwohlfahrt. 1928, Jg. 19, Nr. 10.
Desjosses, P.: L'élite doit se défendre. Presse méd. 1930, I, 93.
v. Düring, E.: Psychische Grenzzustände bei Kindern und Jugendlichen. Karlsruhe 1928.

- Frankenstein, Grete*: Psychiatrische Sozialarbeit in den Vereinigten Staaten von Amerika. Z. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 1927, Bd. 110, 2. H., S. 325—335.
- Frenzel, Franz*, Rektor: Geschichte und Literatur des Hilfsschulwesens. Halle 1925.
- Ders.*: Wesen und Einrichtung der Hilfsschule. Halle 1921.
- Fuchs-Kamp, Adelheid*: Lebensschicksal und Persönlichkeit ehemaliger Fürsorgezöglinge. Berlin 1929.
- Fürstenheim, W.*: Junge Psychopathen. Leipzig 1930.
- Gawronski, J.*: Über die öffentliche Psychopathenfürsorge. Now. Psychiatr. 6, 275—284. Polnisch. Ref. in Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. 1929, 54. Bd., S. 751.
- Gottstein*: Schulgesundheitspflege. Leipzig 1926.
- Gregor, A.*: Zur Pädagogik des Erziehungsheimes Schloß Flehingen 1927. Z. f. Kinderforschg. 1928, Bd. 34, S. 198—212.
- Ders.*: Zur Psychologie und Pädagogik der Fürsorgezöglinge. Z. f. Kinderforschg. 1926, Bd. 32, S. 308—318.
- Ders.*: Zur Kritik der amtsgerichtlichen Verfügungen von Anstaltserziehung. Z. f. Kinderforschg. 1927, Bd. 33, S. 197—213.
- Ders.*: Das Verwahrungsgesetz vom Standpunkt des Erziehers. Z. f. Kinderforschg. 1926, Bd. 31, S. 415—430.
- Ders.*: Fürsorge für moralisch Minderwertige in Handb. d. soz. Hyg. u. Gesundheitsfürs. Bd. 4.
- Grotjahn-Junge*: Maßvolle Schulreform. Leipzig 1929.
- Grotjahn, Alfred*: Hygiene der menschlichen Fortpflanzung. Berlin 1926.
- Ders.*: Soziale Pathologie. Berlin 1923.
- Hoepfner, Th.*, Dr.: Die Strukturbilder der menschlichen Nagelfalzkapillaren und ihre Bedeutung. Berlin 1928.
- Hoffmann, W.*, und *Stern, W.*: Sittlichkeitsvergehen an höheren Schulen und ihre disziplinäre Behandlung. Leipzig 1928.
- Homburger, A.*: Psychopathologie des Kindesalters. Berlin 1926.
- Ders.*: Fürsorge für psychopathische Kinder und Jugendliche aus dem gebildeten Mittelstand. Ber. über die 4. Tagung für Psychopathenfürsorge 1926 in Düsseldorf. Berlin 1927.
- Jacobi, W.*: Der Aufbau der Psychopathenfürsorge für Jugendliche in Thüringen. Jahresvers. d. deutschen Vereins für Psychiatrie 1927, ref. im Zentralbl. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie 1927, Bd. 48, H. 7/8, S. 498—500.
- Jaensch, W.*, Dr.: Die Hautkapillarmikroskopie. Halle 1929.
- Jaensch, W.*, Dr., und *Wittneben, W.*: Gesammelte Arbeiten zur Kasuistik und Therapie von Entwicklungs- und Differenzierungsstörungen. Z. f. Kinderforschg. 1926, Bd. 32, S. 359—413.
- Jaspers, K.*, Prof. Dr.: Allgemeine Psychopathologie. Berlin 1920.
- Kahn, Eugen*: Die psychopathischen Persönlichkeiten in *Bumke*: Handbuch der Geisteskrankheiten, V. Band, spez. Teil I.
- Keller, Heinrich*: Das nervöse Kind in der Schule. Z. f. Kinderforschg. 1929, 35. Bd., 2. Heft.
- Klages, Ludwig*: Bemerkungen zur sogenannten Psychopathie. Nervenarzt. 1928, 1. Jahrg., 4. Heft.
- Ders.*: Grundlagen der Charakterkunde. 4. Auflage. Leipzig 1926.

- Kleefisch, C.*: Fürsorge für Schwachsinnige u. Epileptiker in Handb. d. soz. Hyg. u. Gesundheitsfürs. Bd. 4.
- Klüber-Schmidt*: Gedanken zur Psychopathenfürsorge. Landau 1928.
- Koch*: Die psychopathischen Minderwertigkeiten. Ravensburg 1891.
- Kramer, Franz*: Der deutsche Verein zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen in: Gesundheitswesen u. soziale Fürsorge im Deutschen Reich, herausgegeben v. Reichsausschuß für das ärztliche Fortbildungswesen. Berlin 1928.
- Ders.*: Übersicht über die Fürsorge für geistig und körperlich abnorme Kinder und Jugendliche in verschiedenen Ländern. Zeitschr. f. Kinderforschg. 1926, Bd. 31, S. 1—95. (Originalbeiträge in deutscher Sprache aus den verschiedenen Ländern!)
- Potts, W. A.*: Geistige Hygiene-Arbeit in England.
- Bally, G.*: Untersuchung psychisch Abnormer in Frankreich.
- Roubinowitch und Debray*: Soziale Anpassung der geistig zurückgebliebenen Kinder in Frankreich.
- Colucci*: Schutz und Erziehung schwachsinniger und moralisch zu bessern-der Kinder in Italien.
- Dahlström und Jakobsen*: Bericht über die Untersuchung, Unterbringung und Beschulung geistig und körperlich anormaler Kinder und Jugendlicher in Norwegen.
- Wawrzynowski*: Das Spezialschulwesen in Polen.
- Oseretzky*: Der sozialrechtliche Schutz der Minderjährigen in Rußland.
- Petrén*: Die Jugend- und Kinderfürsorge in Schweden.
- Maier, Hans W.*: Bericht über die kinderpsychiatrische Tätigkeit in Zürich.
- Lajora*: Einrichtungen der offenen und geschlossenen Fürsorge sowie Unter-richtsanstalten für Taubstumme, Blinde, schwachsinnige und ver-wahrloste Kinder und Jugendliche in Spanien.
- Spufford-Morgan*: Geistig und körperlich behinderte Kinder in den Ver-einigten Staaten von Nordamerika.
- van Aalten, P.* (Holland): Über die Fürsorge für geistig und körperlich ab-norme Kinder und Jugendliche in den Niederlanden. Z. f. Kinder-forschg. 1926, Bd. 32, S. 598—602.
- Kretschmer, E.*, Prof.: Medizinische Psychologie. Leipzig 1927.
- Ders.*: Geniale Menschen. Berlin 1929.
- Lange, Johannes*: Verbrechen als Schicksal. Leipzig 1929.
- Ders.*: Die Frage der geistigen Entartung in ihrer Beziehung zur Irrenfürsorge. Arch. f. Rassen- und Gesellschaftsbiologie 1928, 20. Bd., 2. H., S. 129 bis 155.
- Lange-Eichbaum, W.*: Das Genieproblem. München 1931.
- Lenz, Fritz*: Über die biologischen Grundlagen der Erziehung. München 1927.
- van der Leyen, Ruth*: Stätten für Beratung, Beobachtung und Unterbringung psychopathischer Kinder und Jugendlicher. Zeitschr. f. Kinderforschg. 1927 u. 1928, Bd. 33, S. 311—328 u. Bd. 34, S. 468—492.
- Lewin, Kurt*: Filmaufnahmen über Trieb- und Affektäußerungen psycho-pathischer Kinder (verglichen mit Normalen und Schwachsinnigen). Z. f. Kinderforschg. 1926, 32. Bd., H. 4, S. 414—447.
- Mayer-Benz, Lena*: Schriftdeutung jugendlicher Psychopathen. Zeitschr. f. Kinderforschg. 1929, 35. Bd., 4. H.

- Möllers, Bernhard:* Gesundheitswesen u. Wohlfahrtspflege im Deutschen Reiche. Berlin 1922, und 2. Auflage, Berlin 1930.
- Mönkemöller, O.:* Psychopathische Konstitutionen in *Grotjahn-Kaup*, Handwörterb. d. soz. Hyg. Leipzig 1912.
- Ders.:* Die geistigen Krankheitszustände des Kindesalters. Leipzig 1921.
- Ders.:* Über Psychopathenfürsorge. Psychiatrisch-neurolog. Wochenschr. 1927, Nr. 41, S. 457—462, Nr. 42, S. 469—473 und Nr. 43, S. 479—482.
- Moerchen:* Die soziale Gemeingefährlichkeit degenerierter Psychopathinnen höherer Stände. D. med. W. 1928, S. 1642—1644.
- Moos, W.:* Sonderschulen inkl. Unterricht f. psychopath. Kinder u. Jugendliche. Bericht über d. 4. Sachverständigen-Konf., Hamburg. Berlin 1928.
- Moses, J.:* Die sittlichen und sozialen Auswirkungen des jugendlichen Schwachsinns in der Gesellschaft. Z. f. Kinderforschg. 1926, Bd. 31, S. 149 bis 162.
- Müller de la Fuente:* Degenerierte Psychopathinnen höherer Stände. D. med. W. 1928, S. 2177—2178.
- Reinhardt:* Neue Wege der Fürsorge für geistig Abnorme. Z. Schulgesundheitspfl. u. soz. Hyg. 1929, S. 607—613.
- Richtlinien zur Aufnahme schwachbegabter Kinder in die Hilfsschule. Hilfsschule XIX. Jahrg., Heft 11, S. 361.
- Roemer, Kolb, Falthausen:* Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten. Berlin 1927. Darin: *Wendenburg, Fr.:* Die kommunale Fürsorgestelle für Geisteskranke usw. und *Dorner, J.:* Die Fürsorge für Gemüts- und Nervenkranken des Kreises Recklinghausen.
- Schneider, Kurt:* Die psychopathischen Persönlichkeiten. Leipzig und Wien 1928.
- Scholz-Gregor:* Anormale Kinder 1918.
- Schramm, A.,* Erziehungsinspektor: Die Entwicklung der in den Jahren 1914 bis 1924 aufgenommenen Zöglinge der Heil- und Erziehungsanstalt Wittenau. Z. f. Kinderforschg. 1927, Bd. 33, S. 82—91.
- Schweighofer, J.:* Die nervöse Anlage. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie. 1928, Bd. 112, 1. u. 2. Heft.
- Ders.:* Über die Beziehungen von Umwelt und Vererbung in der Entstehung von Psychopathien. Z. Neur. 1930, 124. Bd., 5. H., S. 727—763.
- Seeling, Otto,* Dr. phil.: Medizin und Heilpädagogik. Med. Welt. 1929, Nr. 39, S. 1416—1417.
- Siegmund-Schultze, F.:* Arbeit an jugendlichen Psychopathen in den Vereinigten Staaten von Amerika. Z. f. Kinderforschg. 1927. Bd. 33, S. 503 bis 526.
- Stelzner, Helene-Friederike:* Die psychopathische Konstitution und ihre soziologische Bedeutung. Berlin 1911.
- Dies.:* Hilfsschulwesen in *Grotjahn-Kaup*, Handwörterbuch der soz. Hygiene. Leipzig 1912.
- Stengel-Buchheim, Ilse:* Über die Verwendbarkeit graphologischer Untersuchungen in der Psychopathologie des Kindesalters. Zeitschr. f. Menschenkunde. 1930, Jg. V, H. 5.
- Stern, William:* Die menschliche Persönlichkeit. Leipzig 1923.
- Stier, E.:* Über Erkennung und Behandlung der Psychopathie bei Kindern und Jugendlichen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psychiatrie. 1919, Bd. 45.

- Strohmayer, Wilhelm:* Die Psychopathologie des Kindesalters. München 1923.
- Thiele, R.:* Über psychische Folgezustände nach Encephalitis epidemica bei Kindern und Jugendlichen. Z. f. Kinderforsch. 1926, Bd. 31, S. 506 bis 510 und Diskussion bis S. 515.
- Tramer, M.:* Geistige Hygiene in der Schule und bei geistig abnormen Kindern. Schweiz. Zeitschr. f. Gesundheitspflege. 1928, Jg. 8, H. 3.
- Villinger, W.:* Die Aufgaben des Jugendamtspsychiaters. Med. Welt. 1929, Nr. 28 und 29.
- Vofß, G.:* Gesundheitsfürsorge für die geistesschwachen und asozialen Psychopathen in *Selter*: Prakt. Gesundheitsfürsorge. Stuttgart 1929.
- Wittelshöfer:* Die Problematik eines Bewahrungsgesetzes. Med. Welt. 1930, Nr. 17, S. 610—611 und Nr. 18, S. 644—645.
- Ziehen, Th.:* Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Berlin 1926.
- Ders.:* Das Seelenleben der Jugendlichen (Fr. Manns pädagog. Magazin). Langensalza 1931.
-

Die Physiognomie des Kindes als Hilfsmittel der Schulerziehung.

Von

Dr. phil. **Herbert Schmidt-Lamberg.**

In jedes Menschen Gesichte liegt seine Geschichte — und im Gesicht des Kindes ohne jeden Zweifel wertvolle Auskunft über das Innenleben des jungen Erdenbürgers. Oft sogar darüber hinaus ein sicherer Rückschluß auf die sozialen, ethischen und moralischen Zustände, unter denen das Kind daheim aufwächst und seine ersten Lebenseindrücke empfangen hat, wenn es den Weg in die Schulerziehung antritt. Es ist bedauerlich, daß man mit dieser so offenkundig zutage tretenden Tatsache bisher im Schulbetrieb eigentlich recht wenig angefangen hat; man hat sich meistens darauf beschränkt, ein Kind sympathisch oder unsympathisch zu empfinden, und hat damit dem Schüler gegenüber meistens eine recht schwere Verfehlung aus Nachlässigkeit begangen. Man hat nämlich vergessen, daß die Erziehung die Physiognomie umbilden kann, daß man aber mit den Erziehungsmethoden da beginnen muß, wo man eben durch den natürlichen Gesichtsausdruck des Kindes einen natürlichen und nicht einen zwangsläufigen Anfang zum Verständnis vom Schüler zum Lehrer erfassen kann. Ein berühmter amerikanischer Schulpsychologe, *Arthur W. Runciman*, hat schon im Jahre 1915 gesagt, daß man die Klassen weniger nach dem Alter zusammenstellen sollte als nach der äußeren Erscheinung, vornehmlich nach dem Gesichtsausdruck der Kinder. Zweifellos hat *Runciman* recht, wenn er daraus die Folgerung zieht, daß es dann bedeutend leichter wäre, für solche Klassen den erfolgreichen Lehrer und die erfolgreiche Unterrichtsmethode zu finden. Aber dabei ist noch mehr zu beachten.

Es ist zu beachten, daß sich in der Physiognomie des Schulkindes subjektive und objektive Erlebnisausdrücke spiegeln. Erst die über eine gewisse Zeit ausgedehnte Erforschung dieser beiden verschiedenartigen Ausdrucksbegründungen im Gesicht des Schulkindes läßt den Erzieher darüber klar werden, welche Formen im Gesicht des Kindes vorherrschen. Auf die Dauer läßt sich natür-

lich nur ausgehen von den subjektiven Ausdrucksformen der kindlichen Physiognomie als Stütze der Lehrmethoden; zwangsläufig anezogene Linien, Falten und Gesten des Kindes müssen ausgeglichen werden, denn sie verfälschen das Bild vom Charakter des jungen Menschen manchmal derart, daß man hier eben vor der Type jener Kinder steht, die immer wieder stark unsere Erwartungen enttäuschen, die wir mit Recht an den Ausdruck und die Zusammengehörigkeitswerte aller zur Physiognomie gehörenden Einzelbeobachtungsteile stellen konnten. Denn die Physiognomie des Schulkindes darf keineswegs nur einseitig im Gesichtsausdruck gesucht werden: auch Wachstumserscheinungen, Proportionalität der Wachstumsfortschritte, organische Sonderheiten und Unstimmigkeiten, Veränderungen der Formlinien des Gesichtes und der Haltung während kurzer Beobachtungsperioden: alles das muß vom Erzieher für den Enderfolg seines Werkes richtig ausgewertet werden.

Für den Unterrichtenden ist die Gehirnarbeit des Kindes und der sichere Rückschluß auf ihre Entwicklung das wichtigste Forschungsgebiet, das allerdings beim einzelnen Schüler erst ganz genau geklärt sein muß, ehe man an eine einheitliche und andauernde Lehrmethode und Erziehungsschematik herangehen sollte. Auf diese Weise haben zweifellos die mit Internaten versehenen Erziehungsanstalten einen Vorteil vor den Stundenunterrichtsanstalten. Denn die Beobachtung der nicht schulmäßig uniformiert vor sich gehenden Geistesarbeit und ihrer Reflexwirkungen im Gesicht und am Körper des Schülers geben uns ungeahnt wertvolle Aufschlüsse darüber, wie man einen schlechten Schüler durch eine Änderung der bisherigen Erziehungsmethoden zu einem guten umwandeln kann, aber wie man auch einen gedrillten, nach außen hin aufmerksam und honett erscheinenden Schüler falsch beurteilen kann, weil man ihn außerhalb des Schuldrills (in des Wortes bester Bedeutung) gar nicht erkennen kann. Nun ist für die Gehirnarbeit in der Physiognomik des Kindes besonders die Faltenbildung der Spiegel der Gehirnvorgänge; der Tonus des Gehirns wird durch den Gesichtsausdruck wiedergegeben, so daß man leicht auf den ersten Blick gespannte, interessierte und indifferente Teilnahme des einzelnen Schülers am Stoff des Unterrichtsthemas erkennen kann.

Diese Beobachtungen wurden bisher mit einem eigenartigen Erfolg in der Mehrzahl der Fälle durchgeführt: man versuchte den wenig oder gar nicht interessierten Schülern durch Bemerkungen, etwa auch durch Schimpfen, gesteigertes Interesse beizubringen. Der Erfolg war dann meistens der, daß physiognomische Heuchelei eintrat, d. h. der Schüler saß alsbald mit lebhaft gespanntem Ausdruck da, wobei aber die gleichmäßig fortgesetzte Lehrrede

ebenso unverstanden über das Gehirn geleitet wurde wie vorher. Damit wurde der erste Schritt zur Fälschung der Physiognomik erreicht, der Lehrer, der diesen Weg wählte, beraubte sich selbst eines der wichtigsten Mittel zur Erkenntnis über das Wesen seiner Schüler und damit über den Erfolg seiner Lehrmethoden. Denn man hat hier immer wieder Fehler begangen, daß man den Erfolg darin sah, den Schüler zum vollendeten Sprachrohr der Darlegungen der Unterrichtenden zu machen, man hat aber viel zu wenig darauf geachtet, den kritischen Sinn des Schülers zu wecken, der erst letzten Endes die vollendete Anteilnahme an jedem Stoff des Lehrplanes darlegt. Gesten und Mienen, die Protest und Unwilligkeit gegenüber gewissen Darlegungen ausdrückten, auch wenn sie in sich berechtigt waren (was allerdings wenig oft der Fall ist!), werden allzuleicht mit strafenden Worten gerügt, alles Beweise, daß der Lehrer mit der Physiognomik des Schülers für seine Zwecke nichts anzufangen wußte.

Voraussetzung jedes Lehrerfolges ist auch für das kleinste Schulkind Auflösung jeder Disharmonie und Herstellung eines ausgeglichenen, harmonischen Zustandes. Das kann schon erreicht werden, indem man ein und dasselbe Thema mehrmals in jedesmal veränderter Form behandelt. Man kann die trockensten Dinge lehrmäßig in unterhaltenden, vergleichenden, zahlenmäßig und aktenmäßig darstellenden und noch in einer ganzen Reihe anderen Formen bringen. Man muß aus der Physiognomie der Schüler ersehen können, ob diese oder jene Darlegung den Kern des Verständnisses getroffen hat, man muß versuchen, eben durch die Abwechslung der Darlegung auch bei passiver Resistenz des Schülers Anteilnahme am Stoff zu erwecken. Man unterrichtet sich selbst über Erfolg oder Mißerfolg am besten aus dem Gesichtsausdruck der Schüler, nur muß man sich die Mühe machen, in den ersten Wochen des gemeinsamen Unterrichtes auch jeden einzelnen Schüler über den Reichtum seiner physiognomischen Spiegelungen genauer zu beobachten. Das ergibt dann über Wert und Steigerungsgrad des geistigen Standes einer Klasse sehr sichere Rückschlüsse, vor allen Dingen aber genaue Klarheit über die Methoden, mit denen man gruppenweise Höchstleistungen in den verschiedensten Lehrfächern erzielen kann, ohne fühlbaren Zwang ausüben zu müssen.

Natürlich muß der Unterrichtende die kritische Physiognomik auch soweit treiben, daß er sich über gewisse Doppeldeutigkeiten des Ausdruckes klar werden muß. Wir wollen da nur erläuternd erwähnen, daß sich in einem klugen Gesichtsausdruck zugleich geistige Allgemeinbeweglichkeit, Lernwille, Charakterfestigkeit, Pffiffigkeit, List und noch andere ähnliche Zustände des Gehirnes und der Seele des Kindes ausdrücken können. Es genügt

also nicht, aus einer hochgebauten Stirn und einem festen Mundwinkel die Möglichkeit zu ersehen, diesem und jenem so erkannten Schüler gewisse Erfahrungsgebiete erschließen zu können, es gehört dazu zu erfahren, ob etwa der flatternde Nasenflügel, das gespitzte Kinn und die hochgewölbten Augenbrauen andeuten, daß nur mit Leichtigkeit des Tones, Freundlichkeit und einer gewissen Kameraderie bei diesem Schüler der gewünschte Erfolg zu erzielen sei, der mit Schroffheit und Schärfe durchaus nicht erreicht werden kann, während gerade der Nebenmann dieses derart charakterisierten Schülers, ein Mensch mit starkem Nacken, kurzem Hals, klobiger Nase und fettem Schwulstkinnt nur auf harte, gradlinige und durchgreifende Lehrmethoden reagiert. Schließlich kommt der Unterrichtende ja an jeden seiner Schüler, und mögen es 100 in einer Klasse sein, immer einmal ganz persönlich heran. Und in diesen kurzen Minuten der persönlichen Annäherung muß auf Grund einer richtig verstandenen Physiognomik die Brücke des Vertrauens und des Verstehenwollens zwischen Lehrer und Schüler geschlagen werden. Diese Brücke aber, dessen darf man gewiß sein, hält dann auch den Vormarsch eines ganzen Schuljahres aus: wir haben hier die Erklärung, warum einige Unterrichtende mit Leichtigkeit dort Erfolge erzielen, wo viele andere vorher versagt haben.

Die Physiognomik des Kindes ist aber nicht nur Ausgangspunkt der Erziehungsmittel und Lehrmethoden, sie muß auch Begleiterscheinung für den Unterrichtenden während der ganzen Unterrichtsperiode bleiben. Jeder Fortschritt, jeder Rückschritt ist viel eher an der Gesichtsarbeit, an der Veränderung der Züge des Gesichtes beim Kind während der Arbeit festzustellen als an den Arbeitsergebnissen selbst. Wachsende Unlust während der Ausübung gewisser immer wiederkehrender Arbeiten im Schulunterricht, etwa während der Abfassung von Aufsätzen, mathematischen Probearbeiten, physikalischen Darlegungen schriftlicher Art u. ä., läßt deutlich erkennen, daß der Schüler aus irgendeinem Umstand nicht mehr sein volles Interesse diesem Fach zugewendet hat. Und das mag daran liegen, daß vor einiger Zeit vielleicht irgendein Mißverständnis, ein Leerlauf von kurzer Dauer im Gehirn des Kindes ein Unlustgefühl hervorgerufen hat, das sich im Gesicht des Kindes immer dann wiederholt, wenn ähnliche Dinge schulmäßig behandelt werden. Eine genaue Aussprache ist dann oft geeignet, diese Leerlaufstellen, die sonst gefährlich werden können, zu überbrücken, und man wird am veränderten Gesichtsausdruck bei der nächsten Gelegenheit feststellen können, wieweit eine Besserung eingetreten ist. Es ist deswegen bei gemeinsamen Klassenarbeiten weniger wichtig, daß der Lehrer seine Klasse zum Zwecke der Kontrolle über Unterhaltungen, Geheimzettel und Ab-

schriften durchwandert, sondern daß er darauf achtet, wie die Physiognomie des einzelnen Schülers sich während dieser Arbeiten umgestaltet.

Wir sind uns bewußt, mit diesen Zeilen das Gefühl erweckt zu haben, als solle nun die Lehre und ihre Anwendung von der Physiognomik zu einer neuen und zeitraubenden Arbeit für den Erzieher werden. Das ist durchaus nicht der Fall. Was aber erreicht werden muß, das ist unbedingt die Loslösung von der Vernachlässigung eines so wichtigen Gebietes, das in der richtigen Anwendung den Unterricht und jede Erziehungsaufgabe bedeutend erleichtern kann. Also es handelt sich hier keineswegs darum, neue Tätigkeiten und neue Aufgaben für den Erzieher aufzudecken, es handelt sich darum, dem Erzieher und Lehrer Möglichkeiten zu zeigen, wie er ohne weiteres durch eine leicht zu erfüllende Beobachtung und sinngemäße Anwendung der gewonnenen Eindrücke bei diesen Beobachtungen seinen Aufgaben mit bedeutend weniger Kraftaufwand und einer erheblich gesteigerten Intensität nachkommen kann. Wir müssen auch hier den neuen Mitteln freie Bahn verschaffen zugunsten der geistigen Höchstentwicklung unseres Volkes!

Kinder als Brandstifter.

Von

Dr. phil. **Herbert Schmidt-Lamberg.**

Pyromanie ist eine derjenigen Eigenschaften, die man eigentlich bei jedem Kinde feststellen kann, denn das Spiel mit dem Feuer ist wie kein anderes geeignet, Verbote und Warnungen übertreten zu lassen. Streichhölzer und Feuerzeuge ziehen die Aufmerksamkeit der Jungen und Mädchen gleichmäßig an, der Griff nach den umherliegenden Streichhölzern durch das Kind zwischen 3 und 10 Jahren ist erfahrungsgemäß die Ursache zu sehr vielen Wohnungsbränden, die oftmals einen äußerst gefährlichen Charakter dadurch annehmen, daß entweder das Kind selbst von den Flammen ergriffen wird oder daß es einfach davonläuft, wenn die ersten Flammen emporzüngeln, ohne anderen Leuten etwas von dem angerichteten Schaden zu sagen, von dem es selbst nur die dumpfe Vorstellung hat, daß da irgend etwas nicht in Ordnung ist.

Der pyromanische Trieb ist auch derjenige Charakterzug des jungen Menschen, der am spätesten von denjenigen Beweggründen verblaßt, die so manches kindliche Spiel mit einem Inhalt erfüllen, der schon auf die spätere Veranlagung des erwachsenen Menschen einen sicheren Rückschluß gewährt. Tatsache ist, daß Kinder, die häufig beim verbotenen Spiel mit brennenden Streichhölzern ertappt werden, große Neigung empfinden, abends und nachts unbeobachtet größere Scheiterhaufen in Wiese und Feld anzulegen und anzuzünden. Schon in den Unterrichtsstunden kann der aufmerksame Lehrer beobachten, daß bestimmte Kinder bei allen Erzählungen, Dichtungen oder auch beim chemischen Unterricht von Feuer und Verbrennung in einen Zustand der Erregung geraten, der sich oft darin ausdrückt, daß Schüler und Schülerinnen, die einem bestimmten Unterrichtsfach bis dahin gleichgültig gegenüberstanden, von der Minute an aufmerksam und interessiert werden, wo von Feuer und Flammen die Rede oder gar die Darstellung in physikalischen und chemischen Unterrichtsstunden ist.

Brandstiftung durch Kinder hat also fast immer ihre genaue Erklärung im Charakter der kleinen Übeltäter, ohne daß der Wille zur Begehung einer Ausschreitung vorhanden zu sein braucht. Schon die Tatsache, daß eine ganze Reihe ernster Brandvorkommnisse in den letzten Jahren durch Kleinkinder im Alter bis zu 4 Jahren verursacht wurde, darunter der Brand der Trinity Church in Bristol und die Vernichtung bedeutender Gemäldewerte im Musée Provincial d'Orne, muß zu der Überzeugung bringen, daß man nicht durch nachfolgende Strafen hier einem keimenden Übel die Wurzel nehmen kann, sondern nur durch genaue Beobachtung der sich regenden Neigungen und deren strenge Bewachung durch die Eltern, Erzieher, Lehrer und das Hauspersonal. In den beiden vorgenannten Fällen war es einmal das vierjährige Söhnchen des Kirchendieners, der die hohen Lichte mit Begeisterung hatte unter der Hand seines Vaters am Altar aufflammen sehen, zum anderen war die kleine dreijährige Tochter des Museumsdirektors während eines kurzen Besuches bei ihrem Vater im Büro mit einem Paket offener Allumettes in die nahegelegene Galerie der alten Meister gelaufen und hatte ihre helle Freude daran, wenn unter immer neu entzündeten Hölzern auch die alten Leinwandtafeln samt ihrem kostbaren Gehalt aufloderten.

Schläge und Strafen unterdrücken niemals die Neigung im Kinde, sie stacheln nur die Hoffnung, demnächst vorsichtiger und listiger zu Werke gehen zu können. Die Aufklärung über die bösen Folgen unvorsichtiger Handlungen mit Feuer kann auch nur bei einem Teil schon größerer Kinder als Ablenkungsmanöver benutzt werden; bei einem anderen Teil kann hingegen erst recht der Wunsch geweckt werden, nun auch einmal ein ganz großes Feuer zu sehen. So hat erst im Wiener Prozeß des ebenso seltsamen wie furchtbaren Eisenbahnattentäters Sylvester Matuschka ein Freund dieses Menschen ausgesagt, daß Matuschka schon in seiner frühen Jugend Freude an Bränden in der Nacht, an aufflammenden Explosionen, an Eruptionen von Vulkanen usw. gehabt habe, und Matuschka selbst hat hinzugefügt, daß ihn besonders diejenigen Fälle seiner Attentate »interessiert« hätten, bei denen der Ausbruch größerer Brände in den abgestürzten und entgleisten Waggons der Eisenbahnzüge seinem Werk eine gewisse Krönung gegeben hätte. Und die Frau dieses Mannes fügte hinzu, daß sie ihren Gatten manchmal habe mit Gewalt verhindern müssen, Brände in Wald und Wiesen willkürlich und mit einer spielerischen Manier gelegentlich von Spaziergängen und Ausflügen anzulegen. Gerade der Ausdruck »spielerisch« muß uns hierbei interessieren, denn in Verbindung mit den Nachrichten über seine in frühester Kindheit gezeigte Freude an der Flammenzerstörung von Werten kommt man zu dem Schluß, daß der Trieb zur Brandstiftung oft-

mals direkt auf mangelnde Unterdrückung dieser Neigungen im Kind zurückzuführen ist.

Forscht man in der Jugendgeschichte großer Übeltäter, aber auch manchmal bedeutender Männer, so wird man finden, daß die Neigung zur Brandentfachung fast immer in starkem Maße vorhanden gewesen ist. Der junge Goethe, der auch später niemals bei den Berg- und Waldfeiern fehlte, bei denen Scheiterhaufen angezündet und Fichten verbrannt wurden, zeigte bekanntlich als Knabe einen lebhaften Trieb, die Kerzen in den Räumen selbst zu entzünden, auch Feuer im Kamin zu legen und zu schüren, und was dergleichen Züge mehr sind. Auch der Satyriker Voltaire war ein Freund des Feuers von der Jugend bis zum Tode: er ergeht sich in seinen Briefen von Potsdam in begeisterten Schilderungen über die großen Fackelzüge und die Zapfenstreich-Umzüge der Studenten und Soldaten. Diese Freude teilte er mit seinem großen Gönner, Friedrich dem Großen von Preußen. Von großen Übeltätern, die in die Geschichte eingegangen sind, waren Raveillao, der Mörder Henri IV., die Giftmischerin Marquise de Brinvillier und auch der Mörder des österreichischen Thronfolgers Franz Ferdinand nachweislich in ihrer Jugend ausgesprochene Pyromanen. Es ist also anzunehmen, daß verbrecherische Anlagen bei Kindern sich ebenso in einer Neigung zur Feuerentfachung äußern, wie aber andererseits auch große geistige Regsamkeit sich auf ähnliche Weise ankündigen kann.

Um nun die richtige Folgerung beim Bekanntwerden solcher Neigungen bei bestimmten Kindern ziehen zu können, um also zu entscheiden, ob es sich dabei um eine verbrecherische Veranlagung oder aber um ein Zeichen lebhaften, erregten und phantasievollen Geistes handelt, dazu braucht man ganz einfach das folgende Exempel zu statuieren: Man schließe in einen kleinen, leicht brennbaren Holzkasten ein kleines Tier, ein Meerschweinchen, ein junges Kaninchen oder sonst ein Tier ein. Dann mache man das Kind mit dem Inhalt der Kiste bekannt und lasse wie zufällig neben der Kiste mit dem Tier Streichhölzer stehen. Legt das Kind Neigung an den Tag, Kiste und Inhalt seiner Neigung zu opfern, so ist auf jeden Fall stärkster Verdacht gegeben, daß es sich in der Tat um eine äußerst bedenkliche Veranlagung handelt, die unter allen Umständen eine besondere Behandlung unter ständiger und sachgemäßer Beratung erfordert. Man kann im allgemeinen feststellen, daß der mit pyromanischen Neigungen verbundene absolute Vernichtungstrieb, wenn er sich im jungen Kinde zeigt, durch Gewöhnung an die Natur, Vorstellung des Schönen und Erhabenen während der Zeit der Erziehung und des Unterrichtes und auch die Gewinnung der Liebe zu Mensch und Tier unter allen Umständen stark abgeschwächt werden kann.

Denn, und damit kommen wir zu der letzten Folgerung unserer Ausführungen, der kindliche Trieb zur Brandstiftung, mag er nun in irgendeiner beliebigen Form auftreten, kann durch eine zielsichere Erziehung im Bewußtsein des Heranwachsenden vollkommen unterdrückt werden. Nur durch einen unglücklichen Zufall wird dann der schlummernde Trieb später wieder hervorbrechen, aber die gewonnene Kultur wird doch dann vor der Ausführung der neu auftretenden Triebe und Gedanken zurückhalten. Deswegen sollte man Kinder, bei denen Neigung zu Feuer und Flammen, Brandstiftung und Zerstörung durch Feuer einmal festgestellt ist, keineswegs von vornherein zu den Außenseitern zählen: gerade diese Kinder bedürfen einer besonders festen, liebevollen und vielseitigen Erziehung. Und bedenken wir noch einmal: fast jedes Kind hat seine Freude am Feuer, warum also jene verdammen, bei denen der Trieb nicht richtig oder rechtzeitig ins Normale umgebogen werden konnte?

Der Neubau der preußischen Universitätsklinik für Nerven- und Gemütskranke in Münster i. W.

Von

Prof. Dr. F. Kehrer.

Mit 1 Tafel.

Der Neubau der psychiatrischen- und Nervenklinik der Universität Münster wurde im Westen der Stadt in der Nordwestecke des gesamten klinischen Geländes in den Jahren 1927 bis 1931 errichtet. Die Baupläne sind auf Grund des von den zuständigen preußischen Ministerien festgesetzten Raumprogramms nach den Vorschlägen und Entwürfen des Direktors, Prof. Dr. F. Kehrer, von dem Universitätsneubauamt unter Leitung des Regierungsbaurats *Middelberg* aufgestellt worden. Die geologische Struktur des Bodens erforderte kostspielige Gründungs- und Entwässerungsanlagen; Lage und Grundriß des 3,25 ha großen Geländes waren bestimmend für die Aufteilung der Anlage und die Gestaltung der Gebäudegrundrisse. Die Gesamtanordnung erhellt ohne weiteres aus der nebenstehenden Flugzeugaufnahme. Die Baukörper sind allseits so frei gelegen, daß der Blick von all ihren Teilen weithin über die Landschaft schweifen kann. Vor der Hauptfront, vor welcher die Durchgangsstraße des Gesamtklinikums verläuft, liegt ein bis zu dem städtischen »Westring« reichender parkartiger Garten, der den Kranken der übrigen Kliniken zum gelegentlichen Aufenthalt dient; jenseits der Rückfront liegt, von den klinischen Gebäuden durch den Garten der Unruhigenabteilung getrennt, ein großes Wiesen- und Ackergelände, das teils für Freiluftspiele und landwirtschaftliche Beschäftigung der Kranken, teils den Ärzten und Angestellten zur Erholung dienen wird. Für den architektonischen Charakter (Ziegelrohbau unter Verwendung von westfälischem Sandstein für Tür- und Fenstereintrahmungen, Gesimse u. dgl.) waren die vor 5 Jahren in Betrieb genommenen anderen klinischen Institute maßgebend. Zu den vom preußischen Staate in 6 Raten bereitgestellten Mitteln im Betrage von 1873000 Mark für Außenanlagen, Gebäude, innere und

apparative Einrichtung kamen 150000 Mark als Schenkung der Provinz Westfalen für den Ausbau der Laboratorien zu einer kleinen Forschungsanstalt. Die Krankenbelegziffer beträgt bis zu 120 Betten.

Der gesamte Baukörper zerfällt, abgesehen von dem etwas abseits gelegenen kleinen Tierstall und dem Direktorwohnhaus, in eine 3-geschossige Nervenlinik und eine im Mittelbau 4-, in den Seitenbauten 3- und in deren Flügeln 2-geschossige psychiatrische Klinik. Beide sind durch einen nach Süden offenen Bau verbunden, welcher zu ebener Erde einen heizbaren Gang und im Obergeschoß eine größere Liegehalle für die Nervenkranken enthält. Die Kranken der Nervenlinik befinden sich demgemäß in offenen, von den psychiatrischen weit abgelegenen Abteilungen; gleichwohl aber läßt sich jederzeit ohne Störung und Gefahr ein Austausch von Kranken von der einen zur anderen Klinik durchführen. Andererseits liegen diejenigen Räume, welche der Untersuchung oder Behandlung sowohl der Nerven- wie der Geisteskranken dienen (hydrotherapeutische, Gymnastik-, Operations- und Röntgenabteilung u. s. f.), in nächster Nähe dieses Verbindungsgangs. Die Anordnung des Grundrisses der ganzen Klinik erfolgte in erster Linie unter dem Gesichtspunkt, daß die Fenster aller Schlaf- und Aufenthaltsräume, sowohl für Kranke wie für Ärzte, Pflege- und Hauspersonal soweit möglich nach den Sonnenseiten, d. h. nach Südosten, Südwesten und Nordwesten liegen, und daß zugleich die Insassen der 3 Abteilungen für ruhige, halbruhige und unruhige Kranke einander nicht ansichtig werden bzw. erstere durch Lärmen der letzteren nicht gestört werden können. Zu jeder dieser 3 psychiatrischen Abteilungen für männliche und weibliche Kranke, wie auch zur Nervenlinik, gehört ein eigener Garten. In jedem der beiden Baukörper befindet sich ein großer Krankenaufzug. Die Zahl der Einzelräume beträgt 208. Davon dienen 95 der Untersuchung, Behandlung und Unterbringung von vorläufig 110 Kranken, sowie poliklinischen Zwecken, 20 der Forschung und 48 sind Räume für Ärzte und Angestellte.

Die bereits seit 2 Jahren in vollem Betrieb befindliche Nervenlinik enthält im Erdgeschoß die poliklinischen Räume, zu denen 2 besondere Eingänge, davon der eine von der Klinikenstraße her, führen, eine aus 4 Räumen bestehende Operationsabteilung mit Seitenoberlicht nach Norden und einen Gymnastiksaal. Hier befindet sich u. a. ein nach den Angaben des Direktors besonders konstruierter, von der Firma Rossel, Schwarz & Co., Wiesbaden, hergestellter Apparat für Akinetische, welcher so eingerichtet ist, daß Rumpf und Extremi-

täten des Kranken regelmäßig dann, wenn seine Aktivität bei den Übungen erlahmt, durch die Kraft des Elektromotors in weitere Bewegung versetzt werden. In den beiden Obergeschossen befindet sich je eine offene Abteilung für männliche und weibliche Nervenkranken. Jede derselben gliedert sich in einen quer gestellten, 10 bis 12 Betten enthaltenden Krankensaal, von dem im 1. Obergeschoß ein Zugang zu einem Tagesraum und durch diesen zu der bereits erwähnten Liegehalle führt, und je 6 nach Südost weisende Zimmer für 1 bis 3 Kranke; abgesehen von den Untersuchungszimmern, Anrichte-, Küchen-, Bade- u. a. Räumen sind außerdem an diese Geschosse 2 Glasdachveranden bzw. ein Balkon angebaut.

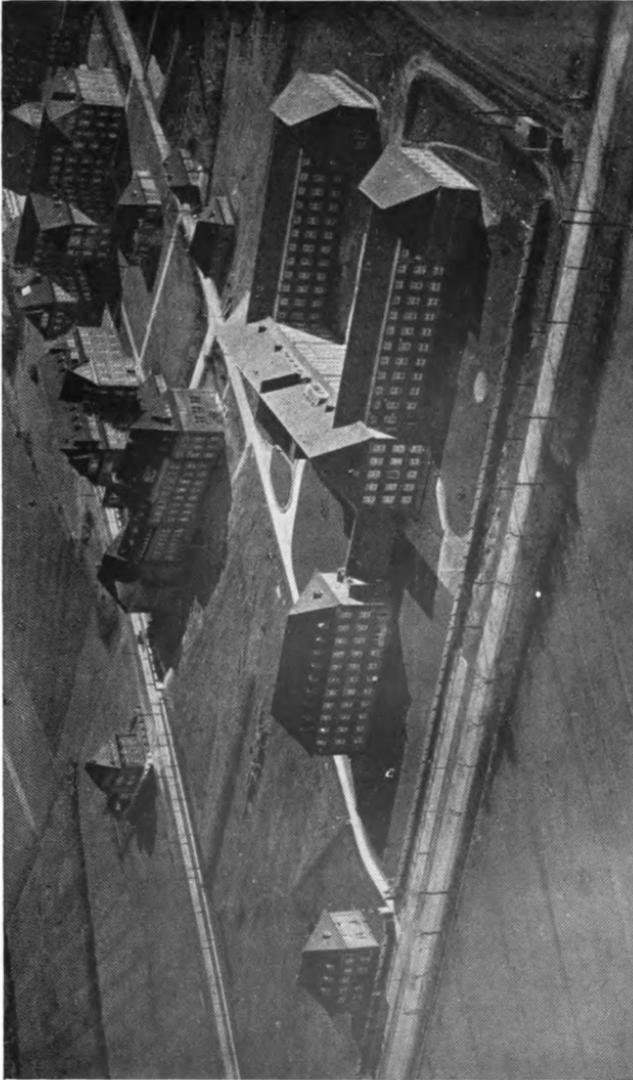
Die psychiatrische Klinik, die einen U-förmigen Grundriß aufweist, enthält im Mittelbau mit seinem Haupteingang zu ebener Erde Pförtner-, Warte- und Verwaltungsräume, im 1. Obergeschoß die Direktor- und Oberarztzimmer, die Bücherei, ein genealogisches Archiv und einen Raum zur Schausstellung von Gegenständen früherer Irrenbehandlung (Zwangsstühle, -betten, -jacken u. dgl.), welche auf Betreiben des Direktors von den Direktoren der ältesten westfälischen und nassauischen Provinzialanstalten Niedermarsberg und Haina (Obermedizinalräte Dr. *Schulte* und Dr. *Wickel*), sowie dem Provinzialarbeitshaus in Benninghausen in dankenswerter Weise überlassen wurden.

Im 2. Obergeschoß der psychiatrischen Klinik befindet sich der für 134 Personen bestimmte Hörsaal. Derselbe hat eine Länge, Breite und Höhe von 14×9×6 m. Der Zugang der Hörer erfolgt von dem Korridor durch die Tür der Seitenwand und von der Rückwand, der Zugang der Dozenten und Kranken durch die Tür der Demonstrationswand, welche in getrennte Wartezimmer für männliche und weibliche Kranke und den Sammlungsraum für Anschauungsmaterial führt. In leicht amphitheatralischer Anordnung erhebt sich in 12 je 76 cm übereinanderliegenden Sitzreihen das Gestühl, unterhalb dessen sich die vom Korridor aus zugängliche Kleiderablage befindet. Die Eigenart der Konstruktion und die Maßverhältnisse des aus Buchenholz bestehenden Gestühls gewährleisten außer besonderer Bequemlichkeit völlig lautloses Auf- und Niederklappen der Sitze. Von der so leicht allzu nüchtern wirkenden Einheitlichkeit der Farbgebung der verschiedenen Flächen wurde hier Abstand genommen und dementsprechend sind Wände, Decken, Gestühl und Vorhänge in gut aufeinander abgestimmten Farbtönen von taubenblau, weiß, rotbraun und kreme gehalten. Es ergibt sich so ein sehr harmonischer und würdiger Gesamteindruck. Sein Tageslicht empfängt der Saal durch 5 je 4,20

mal 1,20 m große, nach Nordost weisende Fenster, welche mittels einer vom Projektionsapparat aus zu bedienenden elektrischen Jalousieeinrichtung in kürzester Zeit in jedem Ausmaße verdunkelt werden können. Die künstliche Beleuchtung des Saals erfolgt durch 6 ganz langsam einzuschaltende große Luzetten und eine Soffitte mit 4 je 100 Kerzen starken Lampen oberhalb desjenigen Teils, in welchem die Krankenvorstellungen erfolgen. Besonders gelungen ist entgegen gelegentlich geäußelter anderweitiger Erwartung von Baufachmännern, welche den Raum im Rohbau besichtigten, die Akustik. Durch einen elliptischen mit versilbertem Eisengitter versehenen Durchbruch in der Decke und eine entsprechende Lüftungsanlage im Dachgeschoß ist für gute Ventilation gesorgt. Auf der Demonstrationswand finden sich mehrere rasch verstellbare Kartenaufhängevorrichtungen, eine doppelte Zeichentafel, welche infolge ihrer besonderen Konstruktion ohne jede Gefährdung der Hand sich sehr leicht auf- und abschieben läßt, eine weißgetünchte Projektionsfläche, eine fensterartig gebaute Transparenztafel aus Milchglas zum Zwecke der Aufzeichnung von Hirn- oder Rückenmarksbefunden mit farbiger Kreide und eine Waschgelegenheit. In der Mitte der ersten Sitzreihen befindet sich der Projektionsapparat (Modell Trajanus-Epidiaskop von der Firma Ed. Liesegang, Düsseldorf), hinter der letzten Sitzreihe der Filmvorführungsapparat (Modell Zeiß-Ikon); weiterhin steht eine Einrichtung zur Vorführung von Röntgenbildern zur Verfügung.

Das dritte Obergeschoß des Mittelbaus enthält eine Kapelle mit je einer Sakristei für den protestantischen und katholischen Geistlichen, sowie die mit Oberlicht versehene, 4,50×13 m große Lichtbildabteilung mit den zugehörigen Entwicklungsräumen.

Die Seitenflügel der psychiatrischen Klinik enthalten im Erdgeschoß die Röntgenabteilung, die physiko-therapeutische Abteilung, einen Sektionsraum mit Leichenkühlkammer, Waschküchen, Werkstätten für Arbeitsbehandlung, Speise-, Aufenthalts- und Wohnräume für Pfleger, eine Oberpfleger- und eine Pförtnerwohnung, sowie je eine aus 5 kleineren oder größeren Zimmern bestehende offene Abteilung für Nerven- und harmlose Gemütskranke, die jederzeit auch als geschlossene Infektionsabteilung benutzt werden kann. Die Röntgenabteilung besteht aus einem im Mittelpunkt gelegenen, durch Kämpe-Lorey-Steine gesicherten Raum für die Motoren, je einem großen diagnostischen und therapeutischen Saal, 1 Archiv- und 1 Entwicklungszimmer, sowie je einem Aufenthaltsraum für Personal und Kranke. Die physikotherapeutische Abteilung enthält 4 an einem gemeinsamen Gang gelegene Räume für Heißluft- und Diathermie-



Der Neubau der psychiatrischen- und Nervenkl. der Universität Münster i. W.
Flugzeugaufnahme.

behandlung, elektrische Teil- und Vollbäder, Fango-, Kohlen-säure- und Sauerstoffbäder, sowie Duschen aller Art.

Im 1. Obergeschoß liegen in den Seitenbauten bzw. Seitenflügeln jeweils 3 geschlossene Abteilungen, und zwar an einem fortlaufenden Flur derart, daß jede, auch die von der Mittelachse am weitesten entfernte Abteilung leicht erreicht werden kann, ohne daß die Krankenräume durchschritten zu werden brauchen. Jede dieser 3 Abteilungen für ruhige, »halb-ruhige« und unruhige Kranken gliedert sich in einen größeren Raum für 8—10 Betten, 3—6 teilweise sich unmittelbar an jenen anschließende Zimmer mit 1—2 Betten und je 1 Tagesaufenthaltsraum, außerdem je 1—2 Pflegerwohnräume. Für diese 3 Abteilungen und die im Erdgeschoß befindliche Abteilung stehen im ganzen 4 Baderäume zur Verfügung, von denen 2 je eine, in der Unruhigen- und Infektionsabteilung je 3 eingebaute Steingutwannen mit Mischbatterie, ferner 1 Klosett mit Wasserspülung enthalten. Die Wände der Wannen sind am Fußende eingebogen, so daß der Krankenpfleger die Patienten bequem in die Wanne heben kann. Für Kranke, welche sich leicht aufliegen, stehen besondere Tragegestelle zur Verfügung, die auf die Wannenträger fest aufmontiert werden können. Die dreiwannigen Baderäume sind wie die hydrotherapeutische Abteilung im Erdgeschoß mit einer elektrischen Entnebelungsanlage versehen, erstere mit Pflegersitz aus Steingut. Ein Klosett und ein kleines Waschbecken sind außerdem in eine Nische des großen Schlafrumes jeder Abteilung eingebaut und durch »Schamwände« gegen Sicht gedeckt. Das Waschzeug der Kranken ist in kleineren oder größeren Schränken untergebracht, die in den Schlafräumen hängen. Für die täglich gebrauchten Handtücher und Kleidungsstücke stehen jeweils besonders gebaute und sehr leicht fahrbare Ständer aus weißlackiertem Eisenblech, für die Fortschaffung der schmutzigen Wäsche aus gleichem Stoff hergestellte Fahrkisten zur Verfügung. Jede Abteilung ist mit einem in die Wand eingebauten Fernsprecher, einer elektrischen Uhr und einer elektrischen Klingel zur Alarmierung von Pflegerpersonal anderer Abteilungen bzw. der Oberschwester oder des Oberpflegers versehen. Eine weitere Klingelleitung für die Ärztekonzferenz geht vom Direktorzimmer zu allen Teilen der Klinik.

Das 2. Obergeschoß der Seitenflügel der psychiatrischen Klinik enthält die nach der Hauptfront gerichteten, aus je 3 bis 4 Räumen (4) Abteilungen für histologische, psychologische, serologisch-chemische und physikalische Forschungen. Sie sind mit allen wichtigeren neuzeitlichen Einrichtungen und Apparaten versehen. In den nach Südwesten gelegenen Räumen der beiden

Flügel des 2. Obergeschosses befinden sich Aufenthalts-, Speise- und Schlafräume einerseits für die Ärzte, andererseits für die Krankenschwestern. Der mit einer Grüninsel versehene Innenhof des psychiatrischen Baus ist durch eine niedrige Mauer gegen Nordwesten abgeschlossen, in welche Schuppen für die Speise- und Lastkarren eingefügt sind. Die Speiseversorgung der Klinik erfolgt von der Kochküche des Gesamtklinikums. Die Speisebehälter werden auf besonderen Handwagen von da nach einer mit Gas- und elektrischem Ofen, Warmhalte- und Geschirrschränken versehenen Wärmeküche gefahren, von wo sie durch Speiseaufzüge auf die verschiedenen Geschosse verteilt werden.

Die Anlage der Fenster erfolgte in der Nerven- wie in der Psychiatrischen Klinik in einheitlicher Weise. Sie bestehen aus einem feststehenden Mittelteil und je zwei oberen und unteren, ungefähr halb so breiten, seitlichen Lüftungsflügeln, welche so schmal sind, daß ein Entweichen durch sie nicht möglich ist. Der Rahmen ist aus Kiefernholz, die Füllung aus 8 mm starkem Spiegelglas. In den Dauerbädern und in zwei festen Isolierräumen sind die Fensterrahmen und -sprossen aus Stahl und die Füllungen aus 25 mm starkem Spiegelglas; außerdem sind hier die einzelnen Flügel so feststellbar, daß auch bei geschlossenem Innenfenster doch stets ein Luftaustausch erfolgt. Die Heizkörper der psychiatrischen Abteilungen sind mit durchlöcherten Eisenblechhelmen verschalt. Von der Anlage besonderer Ventilationsschächte wurde Abstand genommen, da auch ohne diese eine völlig zureichende Dauerlüftung gesichert ist.

Die Be- und Entwässerungseinrichtungen für die Waschtische, Badewannen und Abortbecken sind Spezialausführungen ohne scharfe Ecken und Kanten; die ersteren beiden werden mit Steckschlüsseln bedient, ihre Zubehör-Armaturen liegen verdeckt. Sämtliche Installationsleitungen in den Krankenzimmern liegen unter Putz, sind aber durch Kontrolldeckel leicht zugänglich.

Die Ausschaltung der Minderwertigen aus der Gesellschaft¹⁾.

Von

Privatdozent Dr. B. Kihn, Erlangen.

Man kann sich an dem Schicksal einer Bevölkerung zwei Kräfte am Werke denken, die Auslese und die Gegenauslese. Ob man ihre Wirkungsweisen lediglich in naturwissenschaftlichem Sinne verstehen soll, etwa nach den Gesichtspunkten der Deszendenztheorie, das bleibe dahingestellt. Man tut wohl gut daran, Auslese und Gegenauslese in einem Volkskörper tunlichst unverbindlich zu betrachten, unter Beiseitelassung der Frage nach dem Endziel dieser Vorgänge. Wir wissen ja nicht, worauf es die Natur bei diesen Ereignissen abgesehen hat, ob ihnen überhaupt Zielstrebigkeit zukommt. Wir wissen nur, daß Auslese und Gegenauslese, oder besser gesagt, Auslese und Ausreihung, das Geschick eines Volkes bestimmen. Während die Auslese einen Volkskörper in seinem Bestand hebt durch Häufung der brauchbaren Eigenschaften am Volksdurchschnitt, hat die Gegenauslese die umgekehrte Wirkung, sie verringert die durchschnittliche Lebensleistung eines Volkes und drückt seine Kraftreserven. Aber was im einzelnen im Volksschicksal als Auslesewirkung und was als Ausreihungseffekt anzusehen ist, das können wir oft nicht sagen. Wir finden häufig, ja vielleicht immer, in jeder Auslese auch ein Stück Gegenauslese verborgen und umgekehrt. Wir wollen darum nicht an jedes Rätsel des Lebens ausschließlich unser menschliches Maß und Gewicht hängen. Was die Auslese für den Bestand eines Volkes bedeutet und wie sie zustande kommt, davon möchte ich heute nicht sprechen, ich möchte mich vielmehr mit der Gegenauslese, der Ausreihung, beschäftigen. Nach alter Denkgepflogenheit stellt man sich vor, daß sowohl Auslese wie Gegenauslese sich an ihren Wirkungen auf die positiven, erhaltenden und fördernden Kräfte eines Volkes zu erkennen gibt. Unter diesem Gesichtspunkt betrachtet bedeutet Gegenauslese, Ausreihung soviel

¹⁾ Vortrag, gehalten in der Erlanger-Universitäts-Vortragsgesellschaft 1932.

wie Entartung eines Volkes. Was die Entartung sei, darüber macht man sich in Laienkreisen recht phantastische und schiefe Vorstellungen. Es geht hierbei nicht um angewachsene Ohrschläpchen, krumme Beine, Rippenzahl und Wurmfortsatz, es geht auch nicht so sehr um Geburtenzahl, um Säuglingssterblichkeit und Höhe der Lebensführung. All das hat wohl seine Bedeutung, aber man soll das einzelne in seiner Wichtigkeit nicht überschätzen. Man versteht unter Entartung eine in der Geschlechterfolge zunehmende Verschlechterung der Arteeigenschaften, die auf eine vererbare Schädigung des Erbträgers, vielleicht der Chromosomen, zurückgeht. Aus dieser Begriffsbestimmung ergibt sich, daß der Niedergang des Einzelwesens oder der einer Sippe mit Entartung im engeren Sinne nichts zu tun hat. Es handelt sich bei ihnen um immer wieder folgende, zufällig veranlaßte Keimmischungen ungünstiger Natur, die zwar dem einzelnen Lebewesen und einer Familie verhängnisvoll werden können, niemals aber der Art. Denn es lassen sich derartige Störungen jederzeit durch andere, günstigere Keimkonstellationen ausgleichen. Erst wenn zu diesen Vorgängen der vorübergehenden Keimverschlechterung innerhalb einer Art gewisse Ausleseerscheinungen kommen, etwa dergestalt, daß die Keimgeschädigten zahlreichere Nachkommen haben als die gesunden, dann tritt das ein, was man Entartung nennt. Dann erst verschlechtert sich die Beschaffenheit der Art zunehmend.

Immer wieder wird gefragt, ob unser Volk entarte, ob es ärztlich so etwas wie einen drohenden Untergang des Abendlandes gebe. Die Antwort ist nicht leicht. Es ist mit dieser Frage und ihrer Beantwortung so bestellt wie mit der Lösung all jener Probleme, deren Schwierigkeiten und Umfang wir eigentlich noch gar nicht voll erfassen. Und da, wo sichere Anhaltspunkte fehlen, da urteilt man leicht gefühlsmäßig, auf Grund von ein paar eindrucksvollen Vorkommnissen und im übrigen nach der Verfassung seines eigenen Herzens. Der Skeptiker, der hört aus dem Schicksal seiner Art den düsteren Grundakkord seiner Seele wieder, der Heitere, Zuversichtliche, ewig Hoffende macht es anders. Er glaubt nicht an die Unkenrufe, sucht auch schon aus diesem Grunde Gegenargumente und warum sollte er sie nicht finden? Es gibt ja doch keinen Menschen, der sich bereitwillig von tragischen Tatbeständen überzeugen ließe. Auch durch die Psychiatrie ist das Problem der Entartung bis heute nicht gelöst worden. Bis vor einem halben Jahrzehnt schien man der Ansicht *Bumkes* recht zu geben, der das Vorliegen einer Entartung bestritt. Seit einiger Zeit neigt man der Ansicht von *Johannes Lange* zu, der das Schicksal unserer Art (im engeren Sinne) besiegelt sieht und eine Entartung für gegeben erachtet. Ich selber möchte dazu nicht sachlich Stellung nehmen, vielleicht kann ich es in anderem Zusam-

menhange tun. Soviel scheint wohl als sicher angenommen werden zu können: wenn auch kein Grund besteht, rein logisch alle Beweisführungen von *Lange* als richtig anzuerkennen, so ist doch auf der anderen Seite kein Zweifel, daß unser Volkstum in Deutschland zurzeit aufs höchste bedroht ist. Die Gefahren sind unseres Erachtens weniger in dem zahlenmäßigen Rückgang gelegen, als in der qualitativen Verschlechterung unseres Volkes. Es ist selbstverständlich, daß auch die quantitative Rückwärtsbewegung nicht ohne Schaden erfolgt, aber den Hauptnachdruck möchte ich auf die qualitative Schädigung legen und, was vielleicht noch wichtiger ist, auf eine in Richtung der qualitativen Minderung zielende Gegenause. Denn sie bedingt letzten Endes die Entartung. Wie sich diese negative Auslese in unserem Staate vollzieht, das ist nur allzu bekannt. Im Kriege 1914—18 hat Deutschland etwa zwei Millionen Tote gehabt; Männer der besten Lebensalter haben vaterländischer Ziele wegen, oder, wenn man dies leidenschaftsloser betrachten will, aus politischen Gründen ihr Leben dahingegeben. Es waren nicht die Schlechtesten, die es traf. Und wenn auch manch Wertvolles erhalten wurde, ein anderer Teil unseres Volkes lebt sicher neben diesem Wertvollen weiter: Kriegszitterer, Rentensüchtige, Etappenhelden, Unabkömmliche, Schieber. Wohl haben die Hungerzeiten von vier Kriegsjahren in den Irrenanstalten unter den Insassen gehörig aufgeräumt, aber wir haben doch auch eine Menge geistiger Invaliden durch den Krieg gebracht und die Todesernte war hier bei weitem nicht so gewaltig wie draußen im Felde unter den Gesunden, die berufen gewesen wären, Deutschland zu erhalten und einer besseren Zukunft entgegenzuführen. Nach dem Frieden von Versailles aber ging die Gegenause in unserem Volke weiter: auf einem engen Raum zusammengedrängt und zahlreicher, für sein Volkstum wichtiger Provinzen und Kolonien beraubt, leistete unser Volk Frondienste für den Sieger. Unter der Losung: freie Bahn dem Tüchtigen erlebten wir einen Aufstieg der Minderwertigkeit, wie man ihn sich schlimmer kaum denken konnte. Politische Strömungen taten das ihrige: gleiches Recht wurde wohl allen gewährt, aber man übersah bisweilen dabei einen Punkt, auf den schon Plato aufmerksam machte: daß nicht ein jeder Mensch Erz in seiner Brust trägt und daß dieses gleiche Recht nicht jedem gut tut. Soziale Hilfe und Fürsorge setzte in einem Maße ein, die selbst bei ferne Stehenden Kopfschütteln erregte. Heute ist es glücklich soweit, daß wohl im Deutschen Reiche niemand verhungert und daß alles mit dem vielgepriesenen Netze sozialer Überkultur bezogen ist, daß aber gleichzeitig auf den Schultern der wenigen, noch Leistungsfähigen eine Last von Steuern, Abgaben und Verpflichtungen aufgebürdet liegt, daß ihnen jeder Lebensraum genommen ist. Uns allen schwebt die

bange Frage vor, was noch werden soll, und es gibt immerhin neben den vielen Sorglosen noch Menschen, die mit trüber Befürchtung in jeden neuen Tag gehen. Aber freilich: Andere werden von Kummer nicht allzu sehr beschwert: man geht stempeln, erzeugt Kinder, wozu man bei der Bequemlichkeit unserer Fürsorgeeinrichtungen ja ohnehin berechtigt erscheint, zudem — die Geburtenziffer fällt, sagen die Ärzte.

Lassen Sie mich, meine Herren, von Einzelheiten unseres sozialen Jammers schweigen. Ich hätte Grund, hier manche Anklage gegen die Sozialpolitik der Nachkriegszeit zu erheben und mich auch mit gewissen Maßnahmen unserer Staatsleitung kritisch auseinanderzusetzen. Aber ich würde wohl politisch dabei und hiervon kann heute nicht die Rede sein. Es obliegt mir die Aufgabe, mich über die Wirksamkeit der Mittel zu verbreiten, die dazu berufen sein sollen, der zunehmenden Verschlechterung unseres Volkes Einhalt zu gebieten. Selbstredend können dabei nur solche Maßnahmen erörtert werden, die in den Bereich des Arztes fallen. Man kann hier unterscheiden zwischen Eingriffen in die Quantität und solchen in die Qualität unseres Volkes, wobei ich bemerke, daß eine die Volkszahl bestimmende Maßnahme auch die Beschaffenheit der einzelnen Mitglieder indirekt beeinflußt und umgekehrt. Es ist also von einer ausschließlichen Wirkung nicht die Rede. Zunächst also die nach der quantitativen Verbesserung hinzielenden sozialhygienischen Bestrebungen. Sie sind bekannt: Hebung der Geburtenziffer, Verminderung der Säuglingssterblichkeit, Verlängerung der durchschnittlichen Lebensdauer der Einzelperson, Erleichterung der Eheschließung und der Trennungsmöglichkeiten, Bekämpfung der Abtreibung, zuletzt gehören hierher alle auf den Schutz der Familie gerichteten Maßnahmen wie Bevorzugung der Kinderreichen, soziale Benachteiligung der Ledigen usw. Es ist natürlich nicht möglich, in der mir zur Verfügung stehenden kurzen Zeit auch nur andeutungsweise die Stellung der gegenwärtigen Psychiatrie zu all den genannten Problemen zu kennzeichnen. Ein paar kurze Bemerkungen seien mir erlaubt. Zunächst die Frage der sinkenden Geburtenziffer. Bei dem geringen Lebensraum unseres Volkes und seiner katastrophalen Lage mutet der Ruf der Kämpfer gegen die sinkende Geburtenziffer bisweilen etwas grotesk an. Wer nicht genügend an dauerndem inneren Erhobensein leidet, wird sich nicht verhehlen können, daß alle gegen den Sturz der Geburtenziffer gerichteten Maßnahmen in ganz Europa im wesentlichen wirkungslos gewesen sind. Und sie werden dies voraussichtlich trotz aller Gegenargumente vielleicht doch auch bleiben. Es gibt auch ein Altwerden des Volkes, ein Vorgang, der dann ebenso wenig rückläufig wäre als das Altern des Einzelwesens. Wir stehen nicht an, alle Versuche für wirkungslos zu

halten, die mit billigem Appell an das Gewissen des anderen kalkulieren und die meinen, die Resolution eines eugenischen Kongresses bedeute auch gleichzeitig eine wirkliche Maßnahme. Meine Herren, wo stehen wir denn? Theorie und Wirklichkeit. Wir wollen uns offen fragen, wieviele wohl von dem Reden um die sinkende Geburtenziffer, das ja gewiß einleuchtet, nun so nachhaltig beeindruckt worden sind, daß das praktische Handeln dauernd davon geleitet wurde. Wieviele wohl erreicht überhaupt etwas von jenen warnenden Stimmen? Geht das Predigen zum Teil nicht an die falsche Adresse oder — um auch das zu sagen, von einem falschen Absender aus? Hier tut Ehrlichkeit bitter not. Die Schuld liegt nicht bei den anderen, die Schuld liegt bei uns allen, wie sie bei unseren Ahnen schon gelegen hat und wie sie an unseren Kindern liegen wird. Vom übrigen darf man schweigen, aus guten Gründen. Wenn überhaupt, so hat hier das Wort der Vater von 10 Kindern.

Die Minderung der Säuglingssterblichkeit und die durchschnittliche Verlängerung der Lebensdauer sind im Gegensatz zum Problem des Kampfes gegen die sinkende Geburtenziffer ärztliche Maßnahmen, die schon stark auslesende Wirkung haben und zwar, wie sich unschwer erkennen läßt, gegebenenfalls auch solche der Gegenauslese. Die ärztliche Kunst der Gegenwart erhält wohl bisweilen auch Lebewesen, deren Wert für die Gesellschaft zum mindesten stark umstritten ist. Wie hoch der Prozentsatz von körperlichen und geistigen Halbinvaliden ist, die auf diese Weise die Luft der Erde weiteratmen, dies läßt sich auch nicht annähernd abschätzen. Aber ich glaube nicht, daß dieser Prozentsatz praktisch eine solche Höhe annimmt, daß man mit ihm zu rechnen hat.

Doch genug von den Mitteln zur quantitativen Hebung unserer Volkskraft. Sie sind samt und sonders, das wird man zusammenfassend sagen können, bezüglich ihres praktischen Wertes außerordentlich umstritten und welche Irrwege eine fast ausschließlich auf die Quantität gerichtete Bevölkerungspolitik geht, das zeigt die Gegenwart. So liegt es denn nahe, sich nach anderen Möglichkeiten umzusehen und sich die Frage vorzulegen, ob man nicht besser täte, statt der Quantität die Qualität der Nachkommenschaft etwas mehr zu betonen, nicht für Fortpflanzung zu sorgen, sondern, um ein Nietzschewort zu gebrauchen, für Hinaufpflanzung. Die ärztlichen Mittel, qualitativ unser Volk zu beeinflussen, sind die folgenden: 1. Eheberatung. Auswahl geeigneter Ehepartner, Eheverbot an Untaugliche. 2. Vernichtung lebensunwerten Lebens. 3. Asylierung fortpflanzungseigneter Männer und Frauen. 4. Kastration und Sterilisation all derjenigen, deren Nachkommenschaft der Gesellschaft unerwünscht ist.

Am schnellsten erledigen läßt sich wohl Punkt 1, die Ehe-

beratung. Inwieweit steht zu hoffen, daß durch Eheberatung eine Verbesserung der Nachkommenschaft ermöglicht wird? Die Antwort darauf lautet: es erscheint aussichtslos, daß auf diesem Wege praktisch viel genützt wird. Die Erfahrung lehrt, daß nicht die Minderwertigen, sondern etwas überängstliche Vollwertige die Besucher von Eheberatungsstellen sind. Das Gros des Volkes kümmert sich nicht darum. Und wenn man alle Heiratskandidaten durch gesetzliche Verordnungen zwänge, vor der Heirat das Urteil der Eheberatungsstelle einzuholen, dann läuft man eine andere Gefahr. Im Falle eines Eheverbotes verhindert man wohl die Ehe, nicht aber den Geschlechtsverkehr. Rechtlich besteht aber die Gefahr eines Irrtums. Gibt man der Eheberatungsstelle oder einer Aufsichtsbehörde derselben nicht nur beratende, sondern auch gesetzlich entscheidende Vollmacht, was bei der Indolenz der großen Masse nötig wäre, dann beschwört man Urteile herauf in Sachverhalten, die nur selten eine bindungslose Entscheidung zulassen. Eheberatung kann raten, kann helfen, aber sie kann nicht entscheiden, kann nicht mit Garantie ein richtiges Urteil fällen. Und auf diese Sachlage hin wird man kaum einen Juristen finden, der gesetzgeberische Maßnahmen auf einer so unbestimmten Grundlage schafft. Damit, meine Herren, berühre ich den Kernpunkt der Eheberatung überhaupt. Selbst wenn sich die Eheberatung nicht in öffentlichen Sprechstunden einer kommunalen oder staatlichen Einrichtung, sondern beim Nervenarzt oder, wie in alter Zeit, beim Hausarzt vollzieht, dann sind die Schwierigkeiten kaum geringer. Nur ausnahmsweise kann der ärztliche Rat in Ehe- oder Nachkommenschaftsfragen so ausfallen, daß man auf ihn verlässlich bauen und schwerwiegende Entscheidungen danach treffen kann. Es lassen sich Fälle anführen, bei denen in der psychiatrischen Eheberatung aus eugenischen Gründen eine Heirat wider-raten wurde. Man kam diesem Rate von seiten der Ehekandidaten nach, alles stimmte sonach, nur eines war falsch: die gestellte Prognose. Der gefährdete Ehepartner erkrankte wider Erwarten nicht und auch die Nachkommenschaft aus einer später geschlossenen, keineswegs prognostisch besseren Ehe, blieb gesund. Solche Erfahrungen lassen das ärztliche Urteil in Ehe- und Nachkommenschaftsfragen so zurückhaltend werden, daß man praktisch dann mit einem Ratschlag nicht allzu viel anfangen kann²⁾. Es kann nicht verschwiegen werden, daß man in Nordamerika in der Frage der Eheberatung und des Eheverbotes wesentlich radikaler gehandelt hat. So gibt es ein Gesetz des Staates Connecticut aus dem Jahre 1902, das die Eheschließung von Schwachsinnigen unter

²⁾ Wir geben zu, daß die Eheberatung in einzelnen Fällen Ersprießliches leistet z. B. bei erblichen Augenleiden u. a.

schwere Strafe stellt und das die Ehe von ehemaligen Irrenanstaltsinsassen erst dann zuläßt, wenn durch Attest zweier Ärzte überzeugend dargetan ist, daß die geistige Erkrankung ausgeheilt ist. Die Erfahrungen mit solchen Gesetzen scheinen nach dem Schrifttum außerordentlich ungünstige gewesen zu sein. Der außereheliche Sexualverkehr wurde begünstigt, der Prostitution wurde Vorschub geleistet, namentlich wußten die ausführenden Beamten mit dem Gesetz nichts anzufangen. Sie konnten sich nicht darüber einigen, wann Geisteskranke als geheilt anzusehen waren, wer als geisteskrank im Sinne der betreffenden Vorschrift anzusehen war u. a. So scheint man auch in Amerika neuestens die Pläne um die Eheberatung und das Eheverbot als zweckwidrig erkannt zu haben und man versucht sie durch bessere zu ersetzen. Als solche scheint die Asylierung all jener Personen in Betracht zu kommen, deren Erbmasse oder Nachkommenschaft in irgendeiner Weise für den Staat ein Schaden bedeutet. Wir denken hier in erster Linie an Geisteskranke, Schwachsinnige, Epileptiker, Psychopathen und Gewohnheitsverbrecher. Es haben viele Staaten in Europa bereits Gesetze, die eine dauernde Verwahrung von Gewohnheitsverbrechern oder verbrecherischen Abnormen möglich machen. So können seit 1913 in England Personen, die aus geistiger Anomalie verbrecherisch geworden sind, dauernd interniert werden, in Italien müssen geisteskranke Verbrecher nach der Straftat dauernd in Irrenanstalten verwahrt werden, in Frankreich gilt seit dem Jahre 1885 ein Gesetz, das die bleibende Zurückhaltung von Gewohnheitsverbrechern in einer Anstalt vorsieht und zuletzt hat der Entwurf des neuen deutschen Strafgesetzes die Sicherungsverwahrung von Gewohnheitsverbrechern in Erwägung gezogen. Auch Stimmen führender Sachverständiger haben sich für die Asylierung der Minderwertigen eingesetzt. Ich nenne von psychiatrischer Seite *Aschaffenburg, Lenz, Mönkemöller*, außerdem *v. Gruber, Grotjahn* u. a. Was nun die praktische Beurteilung des Wertes der Asylierung anlangt, so hat diese Art des Vorgehens zweifellos zuvörderst den Vorzug des humanen Verfahrens. Es wird möglichst wenig dabei weh getan. Es ist durch eine Dauerverwahrung auch noch möglich, aus asozialen Individuen wenigstens ein bißchen soziale Leistung aufzubringen und zuletzt erweist sich die Internierung vielfach wirksamer als andere beschränkende Maßnahmen. So kann es sich erforderlich erweisen, einen gewohnheitsmäßigen Sittlichkeitsverbrecher nicht nur durch Kastration an sexueller Betätigung zu hindern, sondern die Allgemeinheit überhaupt vor dem verbrecherischen Treiben einer solchen Persönlichkeit zu schützen und dies würde im vorliegenden Fall durch eine Asylierung noch am besten erreicht. Die Bedenken gegen die Internierung der Minderwertigen sind aber, darüber darf man sich

nicht täuschen, keineswegs klein. Voran die Kostenfrage. Wer will in der Jetztzeit den Mut aufbringen, für die Errichtung neuer Anstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige, Epileptiker oder Verbrecher einzutreten? Wovon sollen die Kommunen und Fürsorgeverbände in der Gegenwart die Kosten für diese Maßnahmen aufbringen? Wer will sich für die Anstellung der immer erneut benötigten Pflegekräfte verwenden? Man rechnet nämlich auf 5 bis 10 Kranke durchschnittlich einen Mann Personal.

Es wurde verschiedentlich davon gesprochen, die Anstalten müßten so wirtschaftlich arbeiten, daß sie ohne äußere Zuwendungen aus sich heraus bestehen könnten und man hat für die Durchführbarkeit solcher Forderungen auch vereinzelt Beispiele angeführt. Betrachtet man sich diese Beispiele näher, dann kann man nur feststellen, daß sich die Allgemeinheit hier über den wirklichen Sachverhalt täuscht. Daß die Bilanzen stimmen, daran ist nicht zu zweifeln. Aber von welchen Voraussetzungen diese Bilanzen vielfach ausgehen, das erfährt man erst nach langer Zeit und auf eingehendes Fragen hinten herum. Und zuletzt noch ein gewichtiger Grund gegen die Wirksamkeit der Internierung: es ist anzunehmen, daß der größere Teil der Internierungsbedürftigen überhaupt nicht erfaßt wird. Vom eugenischen Standpunkt aus sind die leichteren Schwachsinngrade ebenso gefährlich wie die Idioten, vielleicht verhängnisvoller als diese. Und ähnlich steht es bei vielen geistigen Störungen. Woher aber, so muß man fragen, nehmen wir unter diesem Gesichtspunkt praktisch das Recht zum Vollzug dauernder Internierung? Sonach scheint keine andere Möglichkeit zu bestehen als die radikaleren Vorgehens gegen die Minderwertigen. Ein solches scheint darin begründet, daß die Jetztzeit mit ihren schweren wirtschaftlichen Krisen unnötige Ausgaben der öffentlichen Hand von selbst verbietet. Und zu den unnötigen Ausgaben kann man die Forterhaltung aller Ballastexistenzen (*Hoche*) aus öffentlichen Mitteln zählen³⁾. Die Belastung des Staates, die sich aus der Pflege von Geisteskranken und Schwach-

³⁾ *Bumke* möchte den Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit aus dem hier erörterten Fragenkomplex überhaupt ausgeschaltet wissen. Er fürchtet, es könnte eine solche Betrachtungsweise zu unzulässigen Verallgemeinerungen führen. Wir sind hier gänzlich anderer Auffassung. Es ist denn doch etwas anderes, ob die Allgemeinheit Pensionisten und alte Leute mit erhält, die in früheren Jahren ihr Teil geleistet haben und die das Los des Altwerdens mit uns allen teilen, oder ob der Staat Existenzen mit fortschleppt, die eigentlich nie etwas anderes getan haben als gegessen, geschrien, Wäsche zerrissen und das Bett beschmutzt. — Und warum sollte man den Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit bei der Forterhaltung der Ballastexistenzen sonst nicht gelten lassen? Er ist doch einer der Hauptmomente und der Gedanke liegt doch zu nahe, ist auch seit Jahrhunderten immer wieder in diesem Zusammenhang aufgetaucht.

sinnigen ergibt, ist nicht gering. Man wird z. B. zur Zeit als jährlichen Aufwand für die Pflege eines Idioten die Summe von 1500 Mark in Ansatz bringen müssen. In Anstaltspflege befinden sich im deutschen Reiche ca. 30 000 idiotische Kranke. Sonach ergibt sich für die Idioten allein ein Kostenaufwand von jährlich etwa 45 Millionen Mark im deutschen Reiche. Die Kostenaufwendungen für die geistig Kranken sind wesentlich höher. Wir haben im deutschen Reich etwa 150 öffentliche Irrenanstalten, 159 private Anstalten, darunter 27, die Eigentum religiöser Orden sind. Denken Sie sich jede Anstalt mit durchschnittlich 200 Kranken belegt, die ungefähr drei Jahre zu verpflegen sind, und rechnen Sie den Verpflegssatz für den einzelnen Kranken mit jährlich 1000 Mark, dann kommen Sie an reinen Verpflegskosten für die öffentliche Irrenanstalten schon allein auf etwa 50 Millionen Mark im Jahr. Nicht eingerechnet sind dabei aber, das sei betont, die aus der Irrenfürsorge erwachsenden Lasten, Gehälter des Personals und anderes mehr. In Wirklichkeit liegen die Ausgaben viel höher. Ich schätze auf 150 Millionen Mark pro Jahr. Das läßt die Überlegung gerechtfertigt erscheinen, ob nicht durch Preisgabe lebensunwerten Lebens unser Volk von einem großen Teil solcher Ballastexistenzen befreit werden könnte. Es wäre damit eine Menge brauchbarer Arbeitskraft zu anderen Zwecken verfügbar und von den Schultern der Steuerzahler eine nicht geringe Last genommen. Meine Herren, das Problem der Vernichtung lebenswerten Lebens ist bald so alt wie unsere Menschheit. Jahrhundertlang ist man glimpflich mit den Hinfälligen verfahren, dann wieder hat man sehr brüsk durchgegriffen. Bald hat man die Schwierigkeiten von kurzer Hand erledigt mit dem Aussetzen im Taigetus, bald hat man, wie im alten Ägypten, eigene Ärztekommmissionen eingesetzt, die über die Forterhaltung unbrauchbaren Lebens zu entscheiden hatten. Ich will Sie mit geschichtlichen Daten nicht langweilen. In der neuesten Zeit ist die Frage der Freigabe der Vernichtung unbrauchbaren Daseins akut geworden, seitdem sich zwei verdiente Fachleute, der verstorbene Strafrechtslehrer Binding und der Freiburger Psychiater *Hoche*, für die Auslöschung lebensunwerten Lebens mit gewissen Vorbehalten eingesetzt haben. Faßt man das Ergebnis ihrer Ausführungen zusammen, dann ist zu folgern, daß gegenwärtig rechtlich noch keine Möglichkeiten bestehen, um lebensunwertes Leben kurzerhand vernichten zu können, so sehr dies, namentlich bei geistig völlig Toten, zu wünschen wäre. Ärztlicherseits wäre nach den Darlegungen *Hoches* die Freigabe der Lebensvernichtung am ehesten bei tiefstehenden, lediglich vegetierenden Idioten und chronischen schwersten Verblödungsprozessen zu fordern. Dieser Anschauung darf man grundsätzlich getrost zustimmen, im ein-

zelen sind aber die Schwierigkeiten der praktischen Durchführung außerordentlich groß. Wer soll die Vernichtung durchführen? Eine zu diesem Zwecke eingesetzte Kommission? Die wird man sehr bald als Mordkommission im breiten Volke kennen und um ihre Tätigkeit werden sich die Sagen noch dichter schlingen wie um die psychiatrische Gummizelle und um den hypnotischen Blick des Irrenarztes. Gewiß ist an solchem Geschwätz noch niemand gestorben. Wer es aber für absolut belanglos findet, den laden wir ein, solche Redereien in allen gebildeten und ungebildeten Schattierungen ein Menschenleben lang auszuhalten.

Die Gefahr des Mißbrauches der Preisgabe von Vernichtung lebensunwerten Lebens ist namentlich bei tiefstehender Verblödung gering, wenn gewisse Voraussetzungen erfüllt sind. Es ist dies 1. das Einverständnis der Angehörigen oder des Rechtsvertreters; 2. bei dem zu Vernichtenden die völlige Hilflosigkeit, das Fehlen allen Selbstbewußtseins im weitesten Sinne; 3. die Aussichtslosigkeit des Falles nach geltenden ärztlichen Anschauungen. Bei allem aber, meine Herren, ich bitte mich nicht mißzuverstehen: ich halte uns von der Durchführbarkeit dieser Forderungen noch weit entfernt und ich glaube nicht, daß wir für die nächste Zeit eine Wendung in der Rechtslage und in dem wohl für solche Fälle etwas überzüchteten ethischen Empfinden werden erwarten dürfen und aus diesem Grunde muß man auch diese Frage mit größter Skepsis betrachten.

Etwas weiter scheint man in den letzten Jahren mit der Ausschaltung von Minderwertigen durch Kastration und Sterilisation gekommen zu sein. Ich möchte Ihnen nicht die ganze historische Entwicklung des Problems darlegen. Ich darf aber daran erinnern, daß bald nach Beendigung des Krieges die ganze Fragenreihe eine erhebliche Förderung in bezug auf ihre praktische Durchführung zu finden schien. Es hatte damals der Bezirksarzt *Böters* in Zwickau der sächsischen Staatsregierung eine Denkschrift zur gesetzlichen Regelung der Zwangssterilisierung überreicht. In ihr werden folgende Forderungen aufgestellt: 1. Alle im schulpflichtigen Alter als blindgeboren, taubstummgeboren oder blödsinnig befundenen Kinder sind einer sterilisierenden Operation zu unterziehen; unter Erhaltung der Blutdrüsentätigkeit. 2. Die Genehmigung zur Ausführung der Sterilisierung erteilen die Eltern oder das Vormundschaftsgericht. 3. Die Sterilisierung ist gleichfalls durchzuführen bei den in Landesanstalten untergebrachten Blindgeborenen, Taubstummen, Blödsinnigen, Epileptischen und Geisteskranken und zwar vor der Entlassung. 4. Das gleiche gilt für Sittlichkeitsverbrecher und weibliche Personen mit zwei oder mehreren unehelichen Kindern von unbekanntem Vater. 5. Blindgeborene, Epileptische, Blöde und Geisteskranke dürfen erst nach erfolgter Sterili-

sierung heiraten. 6. Verbrechern kann bei freiwillig zugelassener Sterilisierung ein Teil der Strafe erlassen werden. Diese Vorschläge von *Böters* fanden verschiedentliche Umformungen, wurden aber in den genannten wesentlichen Bestandteilen dem Reichstage und den Landesregierungen zur Beschlußfassung vorgelegt. In zahllosen Veröffentlichungen warb *Böters* bei Ärzten, Juristen und Pädagogen für die Durchführung seiner »lex Zwickau«. Nach einer sehr heftigen Debatte ist von den Vorschlägen *Böters* sehr wenig übrig geblieben. Man lehnte sie zu guter letzt als zu weitgehend ab. In diesem Sinne äußerten sich von psychiatrischer Seite *Bonhoeffer*, *Gaupp*, *Kankeleit*, *Meyer*, *H. W. Maier*, *L. W. Weber*, *Bumke* u. a. Ehe ich auf die Gründe der Ablehnung näher eingehe, darf ich zunächst kurz die Rechtslage bei Kastration und Sterilisation aus ärztlichen Indikationen besprechen. *Ebermayer* hat dargetan, daß die ohne oder gegen den Willen des Kranken vorgenommene Sterilisierung, aus jeder, also auch aus ärztlicher Indikation heraus, den Tatbestand des § 224 StGB. erfüllt und als schwere Körperverletzung zu ahnden ist. Eine Sterilisierung aus ärztlicher Indikation mit dem Willen des Kranken oder seines gesetzlichen Vertreters bleibt straffrei. Bei anderer als medizinischer Indikation sei bei sonst gleichbleibender Voraussetzung für die erfolgte Sterilisation eine Straffreiheit nicht zu erwarten, jedenfalls erscheine es zweifelhaft, ob der Arzt mit Straffreiheit rechnen könne. So ist im wesentlichen die Rechtslage bis heute. Für das kommende deutsche Strafgesetz gestaltet sie sich etwas anders. Wird die Sterilisierung mit Einwilligung des Betroffenen vorgenommen, so tritt Bestrafung nur dann ein, wenn die Tat gegen die guten Sitten verstößt, trotz erfolgter Einwilligung. Die Sterilisierung ohne Einwilligung und aus nichtärztlicher Indikation ist nach wie vor strafbar. Aus dieser Rechtslage würde sich etwa ergeben, daß ein Arzt nicht straffällig wird, wenn er dem Wunsche eines Minderwertigen nachkommt und ihn sterilisiert, weil dieser keine minderwertige Nachkommenschaft in die Welt setzen möchte. Denn dann würde man wohl nicht gegen die guten Sitten verstoßen. Immerhin, meine Herren, mögen Sie aus meinen Ausführungen entnehmen, daß die Rechtslage bei den Sterilisierungen durchaus nicht in allen Punkten eindeutig ist und daß es schon aus diesem Grunde angezeigt erscheint, wenn der sterilisierende Arzt sich rechtlich nach Möglichkeit sichert. Ob er andererseits gut daran täte, sich mit Gerichtsbehörden deshalb unmittelbar in Verbindung zu setzen, das möchte ich zum mindesten bezweifeln. Für den Irrenarzt ist wichtig die Beachtung der beiden Punkte: Einholung des Einverständnisses beim Kranken oder dessen Rechtsvertreter, gesicherte ärztliche Indikation zur Sterilisierung. Dann besteht wohl keine Gefahr, daß man mit der

Strafbehörde in Konflikt kommt und ich verstehe darum nicht, warum man ärztlicherseits mancherorts die Dinge hier gar so schwarz malt. Ich gebe zu, daß auch die persönliche Rechtsauffassung einer Anklagebehörde gewisse lokale Verschiedenheiten, namentlich in bezug auf den Termin des ersten aktiven Eingreifens, zuläßt. Aber man scheint im psychiatrischen Lager bisweilen doch etwas darauf zu vergessen, daß auch ein Staatsanwalt kein Unmensch ist. Einer besonderen Erörterung bedarf wegen der eventuellen rechtlichen Folgen der Begriff der ärztlichen Indikation der Sterilisierung. Wie ich schon sagte, sind alle sterilisierenden Maßnahmen mit anderer als ärztlicher Indikation nach geltendem Rechte wahrscheinlich nicht straffrei. In der Praxis sind nun ärztliche und außerärztliche Indikationen leider nicht so scharf gegeneinander abgegrenzt, wie man dies theoretisch immer fordert. Ein Schwachsinniger kann zu sterilisieren sein, weil er mit seinem hemmungslosen Sexualtrieb unsagbaren Schaden stiftet — dann liegt eine überwiegend ärztliche Indikation vor. Die Sterilisierung eines Debilien kann aber auch erforderlich werden zur Verhütung einer minderwertigen Nachkommenschaft, dann handelt es sich um eine eugenische Indikation und zuletzt kann man den Staat vor Belastung durch schwachsinnige, parasitische Kostgänger bewahren wollen — eine überwiegend soziale Indikationsstellung. Wenn man mit den Sterilisierungen warten wollte, bis sich einmal reine medizinische Indikationen ergeben, dann könnte man höchstwahrscheinlich überhaupt nicht sterilisieren. So wird praktisch der Nachweis des Überwiegens triftiger ärztlicher Gesichtspunkte für eine Sterilisierung als rechtlicher Schutz ausreichend sein. Wie steht es nun um die Beurteilung des Wertes von Kastration und Sterilisation Minderwertiger? Zunächst die Vorteile beider Maßnahmen. Sie wirken erstens beide als gerechter Ausgleich für die vielen Verluste an kostbarem Erbgute, die der Krieg uns brachte, im Gegensatz zu der unbekümmerten Fortpflanzung der Minderbegabten und die durch die sozialen Maßnahmen der Nachkriegszeit bedingte Gegenauslese. Natürlich wird ein großer Teil aller für eine Sterilisierung in Betracht kommenden, vielleicht sogar der größere Teil nicht erfaßt. Immerhin wird in der Jetztzeit mit ihren gewaltigen öffentlichen Ausgaben schon ein jeder Fall von erfolgter Sterilisierung ein Fortschritt sein. Zweitens kann man mit gutem Gewissen sagen, daß gegenüber der Zwangssterilisation oder der Vernichtung lebensunwerten Lebens die Sterilisierung eine verhältnismäßig humane Maßnahme ist. Ich glaube, auch im breiten Volke würde diese Art des Vorgehens noch am ehesten auf Verständnis stoßen. Aber wie steht es mit der Wirksamkeit der Sterilisierung? Wird man damit eine wesentliche Verminderung der Minderwertigen erreichen, wie man sich dies vieler-

orts vorstellt? Ich persönlich glaube nicht daran. Vielleicht darf ich die einzelnen Gruppen von körperlichen oder geistigen Störungen kurz durchbesprechen, bei denen eine Sterilisierung in Frage käme. Am nächsten liegen der Psychiatrie die Geisteskranken⁴⁾. 60—70% aller Anstaltsinsassen machen die sogenannten Schizophrenien aus, chronisch-progressive geistige Störungen, die auf erblich-degenerativer Basis entstehen und in der Regel zwischen dem 15. und 35. Lebensjahre zum Ausbruch kommend, in einem spezifischen Verblödungszustand endigen. Der Erbgang dieses Leidens ist ein rezessiver; nach Untersuchungen von *Hoffmann* erkranken bei Schizophrenie des einen Elters 10% der Kinder gleichfalls an Schizophrenie. Bei Häufung der Belastung, etwa bei Kindern von einem schizophrenen Ehepaar, werden bis zu 60% aller Nachkommen schizophren. Eine erhebliche Steigerung der Gefährdungsquote scheint auch bei Keimvermischung Schizophrener mit anderen psychotischen Formenkreisen, namentlich auch mit Schwachsinnigen und Epileptikern gegeben zu sein. Aber das ist nicht die Regel. Es wäre natürlich sehr erwünscht, wenn man schon bei den Eltern der Schizophrenen gewisse Krankheitsvorzeichen finden könnte. Leider ist das nicht möglich. Die Mehrzahl aller Fälle von Schizophrenie hat eine erbbiologisch wenig markant gezeichnete Aszendenz. Dagegen ist ein anderer Umstand günstig. Die Gefahr einer Verschlechterung und Weitererhaltung mangelhafter Erbanlagen ist bei Schizophrenie deshalb gering, weil die Mehrzahl im jugendlichen Alter, schon vor der Eheschließung erkrankt und während der Erkrankung dann zu einer Heirat nicht mehr kommt. Zudem sind die Schizophrenen durchschnittlich sexuell wenig appetent und das aktive Interesse am anderen Geschlecht ist recht gering, trotz der vielen erotisch gefärbten wahnhaften Bildungen.

Es trifft also bei der Schizophrenie eine Sterilisation meist ins Leere. Die Schizophrenen merzen sich eigentlich selbst aus. Aber, was hier die Hauptsache ist: das degenerative Myzel, aus dem die Schizophrenie zu erwachsen pflügt, das läßt sich erbbio-

⁴⁾ *Bumke* hat vor kurzem den Wunsch ausgesprochen, man möchte die Diskussion über die Frage der Sterilisation und Kastration von Geistesgebrechlichen für politisch ruhigere Zeiten aufschieben, um Mißdeutungen nicht weiter ausgesetzt zu sein. Wir fürchten, daß man mit diesem Rat zu spät kommt, und daß wir nunmehr erst recht mißverstanden werden könnten. Abgesehen davon ist die Tatsache, daß eine politische Partei die Ausschaltung der Minderwertigen in ihrem Parteiprogramm aufführt, doch wirklich kein Grund für die Fachpsychiatrie, sich nun darüber auszuschweigen. Es würde nur als Schwäche ausgelegt, glauben wir, und man erweckt zu leicht die falsche Vorstellung, als hätten wir an den sozialen Maßnahmen unseres gegenwärtigen Staatswesens keine Einwendungen zu machen.

logisch außerordentlich schlecht näher definieren. Und damit ist auch eine Sterilisation unmöglich gemacht. — Bei der Epilepsie liegen die Dinge ähnlich. Abgesehen davon, daß von einer Krankheitseinheit Epilepsie nicht gesprochen werden kann und daß eine beträchtliche Zahl von Epilepsiefällen auf exogene Schädigungen zurückgeht, für eine Sterilisation also ohnehin wegfällt, ist vielfach überhaupt kaum zu sagen, welche Art von Krampfbereitschaft man vor sich hat, ob es sich um eine sogenannte symptomatische Epilepsie handelt oder um ein anlagemäßig bedingtes Leiden. Man kann also oft überhaupt nicht sagen, ob die bestehende Epilepsie aus Anlageschädlichkeiten entspringt oder ob sie erst später durch äußere Einwirkung (Alkohol, Lues, Infektion, Trauma) zustande kam. Nun gibt es aber eine Restgruppe von Epilepsien, für welche all diese Voraussetzungen nicht zutreffen, die also endogenen Ursprungs sind. Bezüglich ihrer Erblichkeitsverhältnisse ist bekannt, daß die Träger des Leidens häufig von nerven- oder geisteskranken Eltern abstammen, nicht selten liegt auch Trunksucht oder psychopathische Entartung der Ahnenschaft vor. Ebenso steht fest, daß die Nachkommenschaft solcher Epileptiker ein äußerst minderwertiges Erbgut birgt und daß sie namentlich in Verbindung mit schwachsinnigen oder schizophrenen Erbfaktoren psychotisch aufs höchste gefährdet ist. Aber unsere Kenntnisse von dem Erbgang der Epilepsie sind noch so lückenhaft und die Ergebnisse so wenig eindeutig, daß nur ausnahmsweise einigermaßen sichere Schlußfolgerungen zu ziehen sind. Während nach amerikanischen Arbeiten die Belastungsquote in der Verwandtschaft Epileptischer eine riesige sein soll, kommt *Rüdin*, der Leiter der genealogischen Abteilung an der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie, zu einem ganz anderen Ergebnis. Ihm zufolge ist die Verwandtschaft Epileptischer nur zu ungefähr 9% belastet, der Vererbungsmodus ist rezessiv und es sind auch Fälle bekannt, bei denen im Wechsel der Generationen die Anlage zu Krämpfen langsam wieder zum Erlöschen kam. Bei dieser erbbiologischen Sachlage lassen sich prophylaktische Maßnahmen gegen die Epilepsie so gut wie nicht treffen und die Sterilisation ist auch hier ausnahmsweise einmal angezeigt. Was die Gruppe des Schwachsinnigen anlangt, so scheiden die schweren Formen zumeist von vornherein überhaupt als Objekte der Sterilisation aus. Die meisten Idioten sind glücklicherweise unfruchtbar und sexuell wenig appetent, zudem erfolgt die Internierung schon frühzeitig, so daß mit einer nennenswerten Nachkommenschaft nicht gerechnet zu werden braucht. Wichtig sind vielmehr die leichten Schwachsinnzustände. Ihr Erbgang ist kein einheitlicher, es kommt der dominante und der rezessive Erbmodus vor. Sicher ist aber, daß sich in der Ahnenschaft De-biler und Imbeziller ein großer Prozentsatz leichter Schwachsinn-

zustände findet und daß auch die intellektuelle Entwicklung der Nachkommenschaft hinter dem Durchschnitt zurückzubleiben pflegt. Erwägt man, daß leichte Schwachsinnsggrade der Ausgangspunkt für die verschiedensten schädlichen Anlagen werden können, bedenkt man, daß das sexuelle Bedürfnis der Debilen und Imbezillen im Durchschnitt sehr groß ist, wozu noch die Unbesorgtheit um die Pflichten des Lebens und das Schicksal der Nachkommenschaft tritt, dann kann man nur wünschen, daß dieser ungehemmten Triebentfaltung und sozialen Ausbreitung der geistig Unterwertigen recht bald ein Riegel vorgeschoben werde. Es wären also die ärztlichen Voraussetzungen zur Sterilisation von leichteren Schwachsinnformen zweifellos nicht gerade selten gegeben. Leider macht die Praxis hier einen Strich durch die Rechnung. Wie wird man die Angehörigen und die Kranken selbst davon überzeugen, daß eine Sterilisierung notwendig ist? Der größere Teil aller hier einschlägigen Fälle ist nämlich, das darf man nicht vergessen, geschäftsfähig, nicht entmündigt und steht außerhalb der Anstalten. Ein erheblicher Prozentsatz ist übrigens auch in sogenannten gebildeten Kreisen zu suchen, wo Angehörige und Umgebung oft an den fundamentalsten Erfordernissen der Eugenik vorbeigehen. Bei allem bin ich der Meinung, daß man bei den leichteren Schwachsinnsggraden mit eugenischen Maßnahmen am ehesten vorgehen sollte. Sie sind die Wurzel vielen Elends und bedeuten für unsere Zukunft eine immense Gefahr. Und ich meine auch, man sollte sich hüten, hier allzu sehr zu betonen, wie hilflos wir vor den praktischen Schwierigkeiten sind. Es ist klar, daß es Jahrzehnte währen wird, bis wir einmal imstande sein werden, eugenisch klar verständliche und wirksame Maßnahmen zu treffen. Aber wir wollen uns schon heute über jeden Debilen freuen, den wir nach sorgfältiger Überlegung von der Notwendigkeit einer Sterilisation überzeugen und von der Fortpflanzung ausschließen können. Namentlich sollte man sexuell triebhafte Imbezille grundsätzlich nur bei Genehmigung der Sterilisierung aus der Anstaltsverwahrung entlassen. Ich weiß sehr wohl, daß manches gegen die Unfruchtbarmachung leichterer Schwachsinnsggrade angeführt worden ist. Aber ich stimme mit *Gaupp* überein, der die Möglichkeit der Erwartung halbwegs brauchbarer Nachkommenschaft aus solcher Erbmasse doch für vage und mehr für theoretisch konstruiert hält. — Anders bei den Krankheiten aus der Gruppe des manisch-depressiven Irreseins. Hier handelt es sich lediglich um periodisch wiederkehrende geistige Erkrankungen, aber nicht um Defektpsychosen. In der anfallsfreien Zeit besteht oft ausgezeichnete Leistungsfähigkeit, bei einer meist überdurchschnittlichen Intelligenz. Der Erbmodus ist polymer dominant, es bleibt

aber in der Kindergeneration lediglich die Qualität der seelischen Anlage erhalten, nicht deren Quantität. Es wird also nicht selten vorkommen, daß bei manifestem manisch-depressivem Irresein eines Elters nur eine Hypomanie der Kinder resultiert. Diese ist für ihre Träger meist kein Unglück, da eine verdünnte manisch-depressive Anlage nicht selten außerordentlich wertvollen Menschen zu eigen ist. Es kann also hier von sterilisierenden Zwangsmaßnahmen gar nicht die Rede sein; aber auch der Rat zu freiwilliger Sterilisation erscheint unangebracht, wenigstens vielfach. Zuzugeben ist, daß die Kombination mit Schwachsinn und eine in der manischen Erregung periodisch wiederkehrende krankhafte Steigerung der Sexualität in einzelnen Fällen anderes Vorgehen ratsam sein läßt. Aber das sind die Ausnahmen und sie bestätigen auch hier die Regel, daß man bis auf weiteres mit eugenischen Gewaltmaßnahmen bei Manisch-Depressiven kein Glück haben wird. — Wie steht es mit der großen Gruppe der Psychopathien? Es wäre lächerlich, hier eine für alle Fälle gültige Norm ableiten zu wollen. Wir kennen unter den Psychopathien leichte, sozial kaum störende Charakterabwegigkeiten bis zu schweren, fast organisch anmutenden psychopathischen Dauerzuständen, bei welchen letzteren der Kranke, die Familie und die Allgemeinheit ebenso sehr zu Schaden kommen kann, wie bei echten Psychosen. Sie wissen wohl auch aus den verschiedensten Darstellungen, daß psychopathische Züge sich bei hervorragenden Persönlichkeiten finden können und daß viele Psychopathen überdurchschnittliche intellektuelle Leistungen hervorbringen. Unter diesem Gesichtspunkt ist es mit einer allgemeinen formelhaften Regelung der Sterilisationsfrage bei den Psychopathien schlecht bestellt. Eine Sterilisation wird in den meisten Fällen überhaupt wohl nicht in Betracht kommen können. Man könnte eine solche erwägen bei einzelnen psychopathischen Verbrechertypen, Dirnen, bei manchen besonders krassen Fällen von Asozialität, vielleicht auch bei gewissen Triebperversen und schwerer sexueller Anomalie. Aber alles, was hier möglich sein wird und sich mit gutem Gewissen befürworten läßt, ist, daß man den Weg für eine freiwillig gestattete Sterilisation freigibt, die Kranken entsprechend belehrt und berät. Im übrigen bedarf es sorgfältiger ärztlicher Erwägungen unter Heranziehung der Familiengeschichte, um hier wirklich eine positive Arbeit zu leisten. Mit Forderungen, Aufrufen und Kongressen ist hier wenig gedient. Es ist bei diesen praktischen Fragen der erste Gesichtspunkt dieser: was wird dabei herauskommen? — Und nun noch eine letzte Gruppe, die der erblichen degenerativen Nervenkrankheiten. Wir denken dabei an die Chorea Huntington, den erblichen Veitstanz, an ge-

wisse Formen erblicher muskulärer Nervenleiden, überhaupt an die Gruppe der Heredo-Degenerationen. Fast alle diese Krankheiten sind dominant vererbbar und es erkrankt ungefähr 50% der Nachkommenschaft wieder an dem gleichen Leiden, das oft genug jahrelanges Siechtum und aufopfernde Pflege benötigt, bis die Kranken durch den Tod erlöst werden. Hier stehe ich nicht an, die Sterilisation für unbedingt angezeigt zu erachten und ich hielte auch die Zeit für gekommen, daß man mit näheren behördlichen Maßnahmen gegen das Umsichgreifen von heredo-degenerativen Erbanlagen vorgehe. Gewiß gibt es Fälle, die abortiv verlaufen und bei denen die Keimschädigung wieder verschwindet. Es gibt auch Kranke mit heredo-degenerativen Erscheinungen, deren Keimplasmen keineswegs eine generelle Veränderung aufweist. Ich weiß z. B., daß in einer weitläufigen angeheirateten Verwandtschaft meines Vaters sichere Huntington'sche Chorea vorgekommen ist. Der leibliche Vetter eines solchen Huntington-Kranken ist ein Mann des mittleren Lebensalters, dessen Wagemut und Können Millionen von Menschen zugejubelt haben und dessen Name auf der ganzen Erde bekannt ist. Und doch kann mich auch diese Erfahrung nicht irre machen. Sicher ist, daß bei weitem der größere Teil aller Fälle von Chorea Huntington ein so tragisches Gepräge hat, daß ich für Sterilisierung in jedem Falle eintrete. Denn ich bin der Überzeugung, daß hier den Nutzen der Schaden doch um ein Vielfaches übertrifft. — Damit bin ich am Ende meiner Ausführungen. Die Frage der Unschädlichmachung von Verbrechern und die der Blindgeborenen und Taubstummen ist eigentlich nicht psychiatrisches Bereich. Darum übergehe ich sie hier.

Sie haben vielleicht den Eindruck gewonnen, als sei es zurzeit um eine Ausschaltung der Minderwertigen aus der Gesellschaft noch recht traurig bestellt. Meine Herren, so ist es nun doch nicht. Wenn wir Nutzen und Schaden irgend einer Einzelmaßnahme gegen die andere abwägen, dann wollen wir ihre Eignung in der Praxis prüfen, aber es hindert nichts, daß wir ein ganzes Dutzend gleichsinnig wirkender Maßnahmen treffen, wo die eine nicht ausreicht. Und so steht auch nicht zur Debatte, ob man die Minderwertigen isolieren oder sterilisieren soll. Im Kampf gegen die Minderwertigkeit ist jede Maßnahme erlaubt, die billig erscheint und wirksam ist. Feste Normen des Rechtes und der Humanität, nach denen zu verfahren ist, wird es auch hier nie geben. Die Erfahrung formt das Recht und die Humanität ebenso oft wie umgekehrt das Recht die Erfahrung. Und wenn uns heute der aus unseren Bemühungen fließende soziale Gewinn auch klein erscheint, so klein, daß es sich fast nicht verlohnt — meine Herren, wir wissen nicht, was die Zeit und ein

anderes Geschlecht im Laufe von Jahren daraus machen wird, ob nicht aus einem kleinen Versuche doch einmal die Not eine gewaltige Maßnahme macht, vor deren Erfolg all unser Besserwissen schweigt. Es kommt ja auch hier auf uns selbst gar nicht an, wir glauben gegen den Strom zu schwimmen und merken nicht, wie wir von ihm getrieben werden.

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik Freiburg i. Br.
Dir. Geh. Rat *Hoche.*)

Zur Klinik der Narkolepsie.

Von
Ludwig Giesen.

In der letzten Zeit ist die Literatur über die Klinik der *Gelineau-Redlichschen* Narkolepsie beträchtlich angewachsen. Es dürfte sich aber trotzdem verlohnen, hier über vier Fälle von Narkolepsie zu berichten, um unter anderem auf die Bedeutung einzugehen, die Überanstrengungen einerseits, Ruhe und Therapie andererseits auf den Verlauf der Krankheit haben.

Die Fälle wurden von Dr. *Wartenberg* seinerzeit beobachtet und von mir jetzt nachuntersucht. Es sind weitere Fälle, die *Zehrer* in dieser Zeitschrift, Bd. 92 beschrieben hat.

Fall I: Josef K., 36 Jahre alt; der Vater lebt und ist gesund; die Mutter litt an Gicht. Drei Brüder sind gesund. Seine Frau und zwei Kinder sind ebenfalls gesund. Kein Alkoholabusus, kein Fall von Nerven- oder Geisteskrankheit, von inkretorischen Störungen in der Familie. Patient selbst war als Kind immer gesund und lernte in der Schule gut. 1914/15 hat er im Felde eine ruhrähnliche Erkrankung durchgemacht.

Seit 1916 hat er bemerkt, daß ihm beim Lachen, bei Aufregung und Arger die Augenlider zufallen und die Knie anfangen zu zittern. Sein ganzer Körper sei dann wie gelähmt. Er falle aber nicht zu Boden und verliere auch nicht das Bewußtsein. Einmal beim Ringen, als er einen besonderen Griff ausführen wollte, sei er plötzlich am ganzen Körper schlapp geworden und habe sich nicht mehr rühren können. Wenn er von einem Vorgesetzten einen Rüffel bekam und sich rechtfertigen wollte, fing er oft mitten im Satz an zu stottern, konnte nicht weitersprechen und dann fielen ihm die Augenlider zu und die Knie wurden schwach.

Seit 1917 fühlt er sich immer müde und 3—5—10 mal am Tag schläft er für 5—10 Minuten ein, wacht dann von selbst wieder auf oder wird von Kameraden geweckt.

Außerdem klagt er darüber, daß er seit 1917 nervös, schreckhaft und leicht aufgeregt sei und häufig Kopfschmerzen habe. Er könne seitdem seine Gedanken nicht mehr zusammenhalten, ließe Worte beim Schreiben aus und könne nicht mehr schnell rechnen.

Patient führt sein Leiden auf die körperlichen und seelischen Anstrengungen zurück, die er im Felde 1916 und 1917 durchzumachen hatte.

1918 hatte er angeblich »Grippe« (9 Tage lang Fieber; keine Schlaf-, keine Augenstörungen).

Nach dem Krieg war er zunächst als Schlosser in einer Maschinenfabrik tätig. Er schlief oft bei seiner Arbeit ein und verletzte sich, weil er im Schlaf weiterhantierte und die Finger in die Maschine brachte. In dieser Zeit fühlte er sich körperlich sehr elend und die Schlafanfalle waren häufig (15—20mal am Tag). Er kam dann als Angestellter ins Finanzamt und hier ging es ihm besser, bis er das Telefon bedienen mußte. Seine Nervosität und die Schlafanfalle nahmen bei der Bedienung des Telefons so zu, daß man ihm diesen Dienst erlassen mußte. Jetzt geht es ihm gut; aber er schläft immer noch 1—2mal täglich ein, besonders beim Abfertigen der Post. Im vorigen Monat ist er sogar einmal beim Radfahren eingeschlafen und erst aufgewacht, als er gegen den Bordstein fuhr.

Bei jeder körperlichen oder geistigen Anstrengung nehme die Zahl seiner Schlafanfalle zu. Im Sommer bei großer Hitze sowie auch im warmen Zimmer und besonders bei ruhiger Umgebung schlafe er häufiger ein. Die Tageszeiten, in denen er besonders leicht einschlãft, sind morgens von 9—10 Uhr und mittags von $\frac{1}{2}$ 12—12 Uhr. Nachmittags geht es dann besser.

Er kann den Schlaf im allgemeinen nicht durch Willensanstrengung unterdrücken. Zwei- oder dreimal sei es ihm wohl gelungen, aber eine halbe Stunde später sei er dann doch eingeschlafen.

Der Nachtschlaf ist sehr schlecht und unruhig, mit Angstträumen. Im Winter, wenn der Nachtschlaf besser ist, wenn er nach dem Essen schlafen kann und in der Urlaubszeit werden die Schlafanfalle seltener.

De: Patient leidet sehr unter seinem Zustand. Seine Kollegen sind vorangekommen und in eine höhere Gehaltsklasse versetzt worden, aber er kommt nicht weiter, da er bei den Prüfungsarbeiten, die größere Aufmerksamkeit erfordern, einschlãft. Er hat keinen Lebensmut und keinen Humor mehr und hat Angst, allein zu sein, da er befürchtet, er könne einen Selbstmordversuch begehen. Patient raucht und trinkt nicht, da er gemerkt hat, daß ihm das schadet.

Befund 1929: Interne Untersuchung o. B. Keine Zeichen einer endokrinen Störung. Neurologischer Befund: Feinschlãgiger Tremor der Hãnde, leichte Steigerung der Patellarreflexe beiderseits, roter Dermographismus, sonst normal.

Die neuerliche Untersuchung Ende 1931 ergab keine wesentliche Änderung des Befundes. Psychisch ist der Patient unauffällig und macht einen sehr glaubwürdigen Eindruck. Der Gesichtsausdruck läßt eine gewisse Gedrücktheit und Unsicherheit erkennen.

Patient machte 1930 eine vierwöchige Erholungskur durch, und die Schlafanfalle sowie seine übrigen Beschwerden neurasthenischer Art gingen sehr zurück, während die Schwãcheanfalle beim Lachen und bei Ärger an Häufigkeit gleichblieben.

Die Zusammenfassung der Hauptsymptome ergibt: Anfãlle von affektivem Tonusverlust treten hier bei einem 21jãhrigen, erblich nicht belasteten Mann auf. Ein Jahr spãter kommen hinzu Schlafanfalle von kurzer Dauer, die bei Anstrengungen geistiger und körperlicher Art sich häufen, bei ruhigem Lebenslauf bis auf einen oder zwei am Tage zurückgehen. Es bestehen neurasthenische Beschwerden.

Fall II: Rosa W., Dienstmädchen, 17 Jahre alt. Keine Nerven- oder Geisteskrankheiten, keine Zeichen für inkretorische Störungen in der Familie.

Patientin selbst machte eine normale Entwicklung durch und war als Kind immer gesund und gute Schülerin. Periode mit 14 Jahren, regelmäßig. Mit 15 Jahren kam sie in eine Haushaltungsschule und seit diesem Jahre fühlt sie sich tagsüber müde und schläft 5—10mal täglich für einige Minuten ein, besonders bei ruhiger Umgebung und wenn sie bequem sitzt oder liegt; später auch im Gehen und Stehen und bei der Küchenarbeit. Nach 5—10 Minuten wird sie von selbst wach oder erwacht durch ein Geräusch oder einen Anruf. Manchmal träumt sie im Schlafanfall und oft hört sie was um sie gesprochen wird. Sie hat versucht, den Schlaf durch kalte Waschungen oder schwarzen Kaffee zu unterdrücken und hat festgestellt, daß die Anfälle in der folgenden Zeit dann häufiger wurden.

Im nächsten Jahr nahm sie eine Stellung als Dienstmädchen an, mußte diese aber nach zwei Monaten aufgeben, weil die Schlafanfälle zu häufig wurden (20—25mal im Tag).

Die Menses haben keinen Einfluß auf die Zahl der Anfälle.

Mit 16 Jahren fühlte sie zum erstenmal, daß sie bei starkem Lachen plötzlich am ganzen Körper schlapp wurde. Die Augenlider fielen ihr zu, sie ließ fallen was sie in den Händen hatte und stürzte zu Boden. Seitdem hat sie bei starkem Lachen regelmäßig derartige Anfälle. Ferner hat sie bemerkt, daß sich ihr Gesicht dabei verzieht und ihre Augäpfel sich nach oben drehen. Das Bewußtsein bleibt dabei erhalten. Zungenbiß oder Urinverlust sind nie vorgekommen.

Der Nachtschlaf sei gut. Sie träumt jedoch oft (keine Angstträume).

1. Dezember 1929 wurde sie in die Freiburger Nervenkl. aufgenommen. Der körperliche und der neurologische Befund waren völlig normal.

Als Therapie wurden verordnet Bettruhe und Eigenblutinjektionen intramuskulär alle 3 Tage, steigend bis zu 10 ccm. Sie erhielt:

am	3. XII. 29	1 ccm	13. XII. 29	7 ccm	23. XII.	10 ccm
	5. XII. 29	2 "	16. XII. 29	10 "	27. XII.	10 "
	7. XII. 29	3 "	18. XII. 29	10 "	30. XII.	10 "
	9. XII. 29	5 "	20. XII. 29	10 "	2. I.	30 10 "
					5. I.	30 10 "

Die Zahl der Schlafanfälle nahm allmählich ab, und traten unr noch 1—2—3mal in der Woche ein. Am 31. 1. 1930 wurde Pat. als arbeitsfähig in eine Stellung als Dienstmädchen entlassen.

Anfangs ging alles gut, bis die Hausfrau sie bei einem ihrer seltenen Schlafanfälle überraschte. Sie hat dann versucht die Anfälle zu bekämpfen durch Willensanstrengung, kalte Waschungen, Umherlaufen und ähnliches; seitdem haben aber die Anfälle sich so vermehrt, daß sie die Stellung aufgeben mußte.

Jetzt, Dezember 1931, sind die Anfälle zurückgegangen bis auf einen alle 2 Tage.

Die Anfälle beim Lachen blieben gleich.

Zusammenfassung: Bei einem 15jährigen erblich nicht belasteten und sonst ganz gesunden Mädchen treten Schlafanfälle von kurzer Dauer auf, während deren die Patientin oft hört, was um sie vorgeht. Ein Jahr später kamen auch Anfälle von affektivem

Tonusverlust, und zwar nur bei starkem Lachen. Dabei Verziehen des Gesichts und Rollen der Augäpfel nach oben. Die Schlafanfalle werden häufiger beim Versuch sie zu unterdrücken und gehen an Zahl bei körperlicher Ruhe zurück. Die Anfalle von Tonusverlust bleiben davon unbeeinflusst.

Fall III: Ernst G., Kaufmann, 35 Jahre. Der Vater ist infolge eines Unfalles gestorben; die Mutter lebt, leidet an »Herznervosität«. Ein Bruder ist gesund. Keine Geisteskrankheit und keine organische Nervenkrankheit in der Familie. Frau und ein Kind sind gesund.

Patient hatte mit 7 Jahren Masern, war sonst nie krank bis 1916, wo er im Feld an Scharlach mit nachfolgender Nierenentzündung erkrankte.

Im gleichen Jahre passierte es ihm, daß er abends überfallen wurde. Er hatte den einen Angreifer bereits zu Boden geschlagen und wollte den anderen packen, als ihm plötzlich beide Arme versagten und die Beine schwach wurden. Er konnte kein Glied mehr rühren, fiel aber nicht hin. Seitdem passiert ihm das regelmäßig bei ähnlichen Anlässen; auch bei Ärger.

1928 ist er im Büro einige Male für 5—10 Minuten eingeschlafen. Er wachte von selbst wieder auf oder wurde von Kollegen geweckt. Zu dieser Zeit war er beruflich stark überanstrengt. Die Schlafanfalle sind seit 1928 nicht mehr vorgekommen.

Der Nachtschlaf ist seit 1917 schlecht. Er wird oft wach und kann dann schlecht wieder einschlafen. Keine Träume.

Er klagt über Herzklopfen beim Treppensteigen. Jetziger Befund: Kräftiger Mann. Das Herz ist etwas nach links verbreitert; keine pathologischen Geräusche. Puls 72, gut gefüllt, regelmäßig. Neurologischer Befund vollkommen normal.

Psychisch: keine Besonderheiten.

Zusammenfassung: Bei einem 20jährigen Mann treten Anfalle von affektivem Tonusverlust auf bei Ärger und Aufregung, besonders wenn er sich bedroht sieht. Zwölf Jahre später ist er einige Male im Büro eingeschlafen.

Fall IV: Karl Sch., Gärtner, 28 Jahre alt. Der Vater lebt und ist gesund, die Mutter ist an unbekannter Ursache mit 58 Jahren gestorben. Alle Geschwister sind gesund. Keine Zeichen von Nerven- oder Geisteskrankheiten in der Familie.

Er selbst war als Kind gesund; hatte 1917 eine Blutvergiftung und 1924 eine Gehirngrippe (Kopfschmerz, Fieber, hat angeblich 4 Wochen lang geschlafen, angeblich keine Augenmuskelstörungen).

Seit 1925 Kopfschmerzen und dauernde Müdigkeit; schläft nachts unruhig, träumt viel und spricht laut im Schlaf. Schläft 4—6mal täglich ein, wenn er allein sitzt in ruhiger Umgebung, besonders in der warmen Jahreszeit und im warmen Zimmer. Der Schlaf dauert gewöhnlich 5—10 Minuten. Es ist aber schon vorgekommen, daß er stundenlang geschlafen hat, wenn ihn niemand störte. Wenn er am Schlaf gehindert wird, bekommt er Kopfschmerzen. 1928 war er 8 Tage im Krankenhaus wegen Gelenkrheumatismus.

Oktober 1928 und September 1929 je 14—16 Tage lang an Grippe erkrankt (Fieber, Kopfschmerz, Tag und Nacht geschlafen, angeblich keine Augenmuskelstörungen). Seitdem sind die Kopfschmerzen stärker als früher.

Patient wacht aus den Schlafanfällen nur auf, wenn er heftig geweckt wird und schläft auch bei großem Lärm ein. Außerdem hat er wiederholt von Samstagabend bis zum Montagmorgen geschlafen.

Der Befund in der Freiburger Nervenkl. ergab 1930 außer beiderseits lebhaften Kniereflexen nichts Besonderes, vor allem keine Zeichen einer portenzephalitischen Erkrankung.

Jetzt, 1931, haben die Schlafanfälle an Zahl und Tiefe abgenommen. Er schläft nur noch 1—2mal täglich für 10—15 Minuten ein und ist leicht erweckbar. Kein organischer Befund am Nervensystem.

Eine Zusammenfassung der wesentlichen Symptome ergibt: Bei einem 22jährigen Mann treten Schlafanfälle auf, 9 Monate nach einer Enzephalitis. Dauer 5—10 Minuten, eventuell Stunden. 1928 und 1929 erfolgen der zweite und dritte Schub der Enzephalitis. Die Schlafanfälle dauern länger und der Schlaf ist tiefer. Kein Tonusverlust, kein Parkinsonismus. Später Besserung der Schlafanfälle.

Überblicken wir unsere Fälle, so ist in Fall I die Überanstrengung wohl als auslösendes Moment für die narkoleptischen Erscheinungen anzusehen; auch für die weitere Entwicklung der Krankheitsbilder ist sie von Bedeutung. Aus der Krankengeschichte ergibt sich, daß die Schlafanfälle häufiger werden, sobald vom Patienten größere körperliche und geistige Anstrengungen verlangt werden und daß sie während der Ruhe des Erholungsurlaubs auf ein erträgliches Maß zurückgehen.

Im Fall II treten die Schlafanfälle ebenfalls bei körperlicher Anstrengung und bei dem Versuch, sie zu unterdrücken in steigender Zahl auf, und die Schonungstherapie in Verbindung mit der Ruhe des Krankenhauses läßt sie fast völlig verschwinden. Auch im Fall I und II von *Zehrer* findet sich ähnliches: während der Nachtschlaf schlechter wird, werden die Schlafanfälle häufiger, wenn in der Ruhe der Nachtschlaf sich bessert, gehen die Schlafanfälle an Zahl zurück.

Unter diesem Gesichtspunkt betrachtet kann man die Erfolge die von verschiedenen Autoren erzielt wurden, ebenso wie bei unseren Fällen, im wesentlichen auf die Rechnung der mit der Therapie verbundenen körperlichen und seelischen Ruhe setzen.

Dabei ist festzuhalten, daß der Therapie bisher enge Grenzen gesetzt sind. Denn unter der Behandlung geht nur die durch die verschiedenen ungünstigen Momente bedingte Häufung der Schlafanfälle zurück. Es bleibt immer noch ein Minimum an Anfällen übrig, das therapeutisch nicht zu beeinflussen ist.

Ebenso ist es in den Fällen, wo Anzeichen von inkretorischen Störungen bestanden, und die dementsprechend mit verschiedenen Drüsenpräparaten behandelt wurden. Es wurde höchstens eine Besserung, nie eine vollständige Heilung erzielt.

Das läßt schließen, daß Überanstrengung und Anomalien der inkretorischen Organe nicht ätiologisch, wohl aber als auslösende oder verschlimmernde Momente von Bedeutung sind, und daß die eigentlichen Ursachen der Erkrankung durch unsere bisherige Therapie nicht berührt werden.

Diese eigentliche Ursache der Erkrankung scheint bei der genuinen Narkolepsie eher in einer konstitutionellen Minderwertigkeit als in einer anatomischen Schädigung des Zentralnervensystems zu liegen.

Dafür spricht auch die Tatsache, daß sowohl Schlafanfalle als auch affektiver Tonusverlust Vorbilder im Physiologischen haben. Ich habe Gelegenheit gehabt, bei Personen aus meiner Umgebung bei starkem Schreck und starkem Lachen dem affektiven Tonusverlust ganz ähnliche Schwächeanfälle zu beobachten. Vor einigen Jahren passierte es mir selbst, daß mir bei starkem Lachen Messer und Gabel aus den Händen fielen und die Arme schlaff heruntersanken, während mein Bruder, der mit dem Rücken an der Wand lehnte, zu Boden rutschte. Ein Bekannter berichtete mir, daß ihm die Arme schlapp würden und die Beine anfangen zu zittern, wenn ihn plötzlich ein Hund anbellte oder sonst ein unerwartetes Geräusch erschreckte. Ferner konnte ich beobachten, wie eine Radfahrerin vor Schreck umfiel, als ein versteckt sitzender Jäger einen Schuß abgab. Andere Autoren wie *Redlich*, *Schuster* und *Levy* stellen ebenfalls fest, daß Andeutungen von affektivem Tonusverlust auch in der Norm vorkommen. *Rosenthal* erinnert an das Einschlafen marschierender Soldaten und an die Fähigkeit mancher ganz normaler Menschen, in außenreizarmem Milieu zu jeder Tageszeit und in jeder Stellung einschlafen zu können, was eine gewisse Ähnlichkeit mit den narkoleptischen Schlafanfällen darstellt.

Wenn wir unsere Fälle übersehen, so ist auffällig die Unbeeinflussbarkeit der Anfalle von Tonusverlust gegenüber all den Momenten, die die Schlafanfalle vermehren oder weniger werden lassen. Sie bleiben immer gleich.

Das legt den Schluß nahe, daß Schlafanfalle und Tonusverlust doch etwas Getrenntes sind und nicht direkt zusammengefaßt werden können, wie *Strauß* das tut. Er bezeichnet den affektiven Tonusverlust als reaktiven, den Schlafanfall als spontanen Anfall und faßt letzteren nur als Bewußtseinsverlust, nicht als Schlaf auf. Das dauernde Müdigkeitsgefühl vieler Patienten, das den Anfällen vorausgehende Schlafbedürfnis und der Einfluß von Anstrengung und nächtlicher Schlaflosigkeit auf die Zahl der Schlafanfalle sprechen ebenfalls für deren echten Schlafcharakter. Die meisten Autoren betonen auch, daß der Anfall

vollständig dem normalen Schlaf gleiche und auch die Patienten selbst geben an, daß sie richtig geschlafen haben und nicht nur bewußtlos waren.

Die nahen Beziehungen zwischen Schlafanfall und Tonusverlust lassen sich durch die Nähe der für die Lokalisation in Frage kommenden Gehirnteile erklären. (v. *Economo*, *Levy*, *Stern*, *Redlich*.)

Die verminderte Schlaftiefe der Patientin in Fall III (sie hört im Schlafanfall, was um sie gesprochen wird) stellt nach *Redlich* eine Annäherung des Schlafes an den Tonusverlust dar, während andererseits die im Beginn des Tonusverlusts auftretende Drehung der Bulbi nach oben als eine Annäherung des Tonusverlusts an den Schlaf aufzufassen ist. (*Stockert* konnte bei einem Fall von Metenzephalitis durch Augenschluß Bewußtseinsverlust erzielen und zeigte, daß für diese Reaktion das *Bellsche* Phänomen verantwortlich ist.)

Auch hier scheint es Übergänge zum Physiologischen zu geben. Erinnerung sei, daß *Karl May* in einem seiner Abenteuerromane als unfehlbares Schlafmittel anpreist, man solle sich auf den Rücken legen und die Augäpfel nach oben drehen. Ich selbst habe das vergeblich versucht. Mehrere Personen versicherten mir aber, sie könnten auf diese Art und Weise den Schlaf innerhalb von 3—5 Minuten herbeiführen.

Zu Fall I wäre noch zu bemerken, daß der Tonusverlust auch die Artikulationsmuskulatur betrifft. Bei Aufregung fängt der Patient an zu stottern und er kann kein Wort mehr sprechen, dann fallen ihm die Lider zu und die Knie zittern.

Die Schlafanfalle in Fall III sind nicht sicher als narkoleptische zu bezeichnen, da sie nur einige Male auftraten und lediglich durch die Übermüdung (Patient hatte in dieser Zeit geschäftlich sehr viel zu tun und hatte wenig Nachtschlaf) hervorgerufen wurden. Trotzdem kann man den Fall zur Gruppe der Narkolepsie zählen, da das übrige Krankheitsbild mit den Anfällen von affektivem Tonusverlust bei Ärger und Aufregung typisch ist. Auch *Redlich* rechnet derartige Fälle ohne Schlafanfalle, aber mit typischem affektivem Tonusverlust zur echten Narkolepsie.

Ferner ist zu Fall I—III zu bemerken, daß Zeichen einer inkretorischen Störung nicht vorhanden sind.

Fall IV gehört in die Gruppe der symptomatischen Narkolepsie nach Enzephalitis. $\frac{3}{4}$ Jahr nach dem ersten Auftreten der Enzephalitis beginnen die Schlafanfalle. Nachdem sie zunächst allmählich leichter und seltener geworden waren wurden sie nach dem zweiten und dritten Schub der Enzephalitis wieder häufiger und tiefer. Wie in den Fällen von *Münzer*, *Stiefler*, *Adie* und anderen nimmt auch hier die Schlafsucht allmählich ab, um in ty-

pisch narkoleptische Schlafanfälle von 10—15 Minuten Dauer überzugehen, aus denen der Patient leicht zu wecken ist.

Augenmuskelstörungen fehlen hier ebenso wie parkinsonistische Erscheinungen. *Redlich* und *Münzer* betonen das häufige Fehlen bzw. die schwache Ausprägung des Parkinsonismus bei den meisten Fällen von Narkolepsie nach Enzephalitis.

Anfälle von affektivem Tonusverlust, die (nach *Redlichs* Zusammenstellung) bei der postenzephalitischen Narkolepsie seltener sind als bei der echten, sind hier nicht vorhanden.

Literatur.

Curschmann: Dtsch. Z. Nervenheilk. 86 (1925).

v. Economo: Wien. med. Wschr. 75 (1926).

Levy: Z. Neur. 110 (1927).

Münzer: Mschr. Psychiatr. 63 (1927).

Ratner: Mschr. Psychiatr. 64 (1927).

Redlich: Mschr. Psychiatr. 37 (1915); Jb. Psychiatr. (1917) 37; Z. Neur. 95 (1925); 136 (1931).

Rosenthal: Arch. f. Psych. 81 (1917).

Stiefler: Wien. klin. Wschr. (1924) S. 1044; Wien. med. Wschr. (1926) S. 1110.

Stockert: Dtsch. Z. Nervenheilk. 111 (1929).

Strauß: Mschr. Psychiatr. 61 (1926).

Wend: Arch. f. Psychiatr. 72 (1925).

Zehrer: Allg. Z. Psychiatr. 92 (1930).

Mikroptische Halluzinationen in einem Falle von Epilepsie.

Von

San.-Rat Dr. Rudolf Ganter, Wormditt (Ostpr.).

Mikroptische Halluzinationen sind verschiedentlich, besonders in der ausländischen Literatur, beschrieben worden. Die Kranken sehen dabei kleine Personen von etwa 20—30 cm Größe, oft bunt gekleidet und sich lebhaft bewegend, daneben auch kleine Tiere und Gegenstände, so daß vor den Augen des Kranken sich eine Art Miniaturtheater abspielt. *Leroy* hat diese Halluzinationen in Erinnerung an Gullivers Reisen in das Land der Liliputaner Lili-puthalluzinationen genannt. Obzwar Halluzinationen überhaupt häufig sind bei Geisteskrankheiten, scheint jene Art Halluzinationen seltener vorzukommen. So konnten *Zsakó* und *Fürstner* neben ihrem eigenen Falle nur 11 Fälle aus der Literatur zusammenstellen. In der Hauptsache handelte es sich dabei um Fälle von chronischem Alkoholismus.

Wir selbst haben einen Fall von mikroptischen Halluzinationen bei einem Epileptiker beobachtet.

C. B., Friseurgehilfe, geboren 9. 2. 91, in die Anstalt aufgenommen 21. 10. 15, litt seit seinem 19. Lebensjahr an epileptischen Krampfanfällen. Es wurden hier etwa 5—10 schwere und 4—8 leichtere abortive Anfälle im Monat notiert. Meist folgen 2—3 Anfälle in kürzeren Zwischenräumen, wonach wieder eine Pause von 2—3 Wochen sich einstellt. Unmittelbar nach den Anfällen macht sich eine gewisse Benommenheit geltend. Wenn diese dann allmählich zurückgeht, tauchen flüchtige Halluzinationen auf dem einen oder andern Sinnesgebiet auf. Manche der Halluzinationen sind wohl durch die Eindrücke des Krieges bestimmt. Der Kranke sieht ein Luftschiff daherfliegen, sieht Soldaten mit Dolchen, sieht seinen Bruder in Kürassieruniform in der Ecke stehen, sieht einen Flieger an der Wand stehen, der den Kopf bewegt, »wenn die Sonne scheint«, sieht einen Neger in der Ecke stehen, der nicht sprechen kann, weil er das »Sedulierliftband« im Munde hat. Soldaten schauen zur Luftklappe heraus. Mitunter hört er seine Angehörigen durch den »Senatorapparat« sprechen. Stimmen sagen ihm, daß sein verstorbener Vater wieder auferstanden sei. Der Kranke will das Fenster aufmachen, da es so eigentümlich rieche, verweigert Medizin und Essen, da Gift darin sei.

Nun zu den mikroptischen Halluzinationen. 10. 4. 22: Lacht,

sieht und zeigt auf den Boden: Hier sieht man aber viel Militär auf dem Boden, Kürassiere usw. Die ziehen alle hier durch. Die ganze Stube ist ganz voll. Sie gehen immer mit Zigaretten im Mund. 8. 1. 24: Ein Zug Militär ist an der Wand entlang gegangen. Da vorn sind sie hereingekommen, da hinten hinausgegangen. Es waren alles so kleine Männerchen, so groß wie ein Finger, viele mit Fahnen. (Vor zwei Tagen Anfälle.) 6. 11. 25: Ich sehe kleine Männer an der Wand herumspazieren, Männchen, da hinter dem Bett (starrt auf den Boden). Da, hier gehen sie weiter. Da kommen sie vor, da noch mehr, bloß am obern Teil der Wand. Nun sieht man sie aber von oben kommen (blickt nach der Wand, dann auf den Boden, folgt mit den Augen den Bewegungen der Männchen und lacht). Da sind sie, da gehen sie weg (letzte und vorletzte Nacht je zwei Anfälle). 7. 11. 25: Auf die Frage, ob er auch heute Männchen gesehen habe: Des Morgens, sie sehen gleich aus wie gestern. Jetzt sehe ich keine. (Wo waren die Männchen?): Hier an der Wand, in Scharen. (Kleidung?): Rot, blaue Röcke, rote Kragen. (Kopfbedeckung?): Eine Mütze. (Aussehen derselben?): Ich weiß es nicht mehr genau. 26. 11. 25: Auf die Frage, ob er jetzt auch Männchen sehe, sagte er nein. Auf wiederholtes Fragen, ob er sie nicht wieder an der Wand dort sehe, blickte er eine ganze Weile starr dort hin und sagte schließlich, er sehe Männchen mit weißen Manschetten. Nach einer Weile, immer dort hin blickend, erklärte er: Alle mit Gläsern in der Hand. (Was machen sie damit?): Das kann sein, daß sie daraus trinken. (Nach einer Weile): Die Gläser heben sie in die Höhe. (Pause): Auf der Wand sind sie direkt zu sehen. (Bewegen sie sich?): Sie stehen noch da, immer ganz ruhig. (Blickt unverwandt nach der Wand): Sie müssen doch mal verschwinden. 28. 11. 25: Auf die Aufforderung, unverwandt nach der betreffenden Stelle an der Wand hinzusehen, ob er etwas sehe, tat er dies, erklärte aber nichts mehr zu sehen.

Von den in der Literatur geschilderten Fällen mögen einige ähnliche zum Vergleich herangezogen werden.

Ein von *Obarrio* beobachteter Paralytiker sah zahlreiche Männchen von 25—30 cm Größe, die sich an der Wand bewegten, in Prozession marschierend. Gleich unserem machte die Szene auch diesem Kranken Spaß. In dem Falle von *Zsako* und *Fürstner* handelt es sich um eine 52 Jahre alte Alkoholikerin, die auf ihren Fingernägeln ihr Töchterchen, Puppen und bohnen große Kinder mit Brillanten in den Kleidern sah. Die Figuren beteten, lachten, tanzten, worüber sich die Kranke sehr freute. Ein anderer Kranker mit chronischem Alkoholismus sah jahrelang »Kaftanträger« und Geister in Mückengröße. Weitere derartige Fälle beschrieben *Halberstadt*, *Flournoy*, *Vizioli*, *Conklin* u. a.

In der mir zugängigen Literatur habe ich keinen Fall von Mikrohalluzinationen bei der Epilepsie beschrieben gefunden. Wohl ist viel von Mikro- und Makropsie die Rede, also vom Kleiner- oder Größersehen wirklicher Gegenstände, besonders als Vorboten oder Aura der Krampfanfälle, während die mikroptischen Halluzinationen in unserem Falle 1—3 Tage nach den Anfällen sich einstellten. Mindestens darf man für diese auf eine große Seltenheit schließen, denn unter den 542 im Laufe von 28 Jahren beobachteten Fällen ist dies der einzige Fall, der mir begegnet ist.

Ferner ist bemerkenswert, daß bei unserem Kranken während seines 17jährigen Anstaltsaufenthaltes nur dreimal die erwähnten Mikrohalluzinationen festgestellt werden konnten, trotz des häufigen Vorkommens der andersartigen Sinnestäuschungen. *Zsakó* und *Fürstner* konnten dagegen bei ihren chronischen Alkoholikern Jahre hindurch diese Täuschungen verfolgen.

Wie ist nun das Auftreten der Mikrohalluzinationen zu erklären? Wir wissen nichts darüber, wie ja auch das Wesen der Halluzinationen überhaupt unbekannt ist. Man hat an ein entoptisches Entstehen gedacht, an Reizzustände von der Netzhaut an bis zum Hinterhauptslappen. *Zsakó* und *Fürstner* haben bei ihrem Falle versucht, ob durch pupillenerweiternde und -verengernde Mittel, ob durch Vorsetzen einer Lupe eine Veränderung in der Größe der Figuren erzielt werden könnte, aber dabei nichts erreicht. Der letzte Entstehungsort muß also in der Hirnrinde als dem Sitz des Vorstellungslebens gesucht werden. Wahrscheinlich, daß von außen kommende Reize, wie das Sonnenlicht, eine gewisse Rolle beim Zustandekommen spielen. So sah unser Kranker die Männchen an der zum Teil von der Sonne beschienenen Wand herabspazieren, die er dann mit den Augen auf dem Boden weiterverfolgte, oder besser, die Männchen werden mit den Augenbewegungen sich bewegt haben. Einen Hinweis gab der Kranke selbst, wenn er sagte, der Flieger an der Wand bewege den Kopf, wenn die Sonne scheint. Die Buntheit der Kleider (Soldaten) deutet wohl auf einen Reizzustand der Netzhaut hin. *Zsakó* und *Fürstner* konnten durch Suggestion die mikroptischen Halluzinationen hervorrufen. Das gelang in unserem Falle auch bei dem halluzinierten Neger und den halluzinierten Männchen, als der Kranke auf wiederholtes Fragen in die Ecke und an die Wand eine ganze Weile hingestarrt hatte. An den folgenden Tagen dagegen versagte der Versuch.

Man hat neben dem Alkohol auch bei Vergiftungen mit Opium, Haschisch, Meskalin das Entstehen von Mikrohalluzinationen beobachtet. Auch im Fieberdelirium, im Halbschlaf, in Ermüdungszuständen und selbst im Hungerzustand wird ihr Auftreten von Autoren berichtet. Man hat an Benommenheitszustände überhaupt gedacht, die aber ebenfalls bei unserem Kranken kaum in Betracht kommen, da er auf die Fragen Auskunft gab und die Gegenstände in ihrer richtigen Größe erkannte.

Seit 1929, also seit etwa zwei Jahren, konnten bei unserem Kranken keinerlei Sinnestäuschungen mehr festgestellt werden. Er bietet zurzeit das charakteristische Bild der Epilepsie: Langsamkeit, Unbeholfenheit, Weitschweifigkeit, erschwerte Wortfindung, Kleben am Wort, Zunahme der sich folgenden Anfälle mit länger dauernder Benommenheit, ja Verwirrtheit.

Literatur:

Zsakó u. Fürstner, Mikroptische Halluzinationen, Psych.-neurol. Wochenschr. 1932. Nr. 24. Dasselbst weitere Literatur. Obarrio, Consideraciones sobre quatro casos de alucinaciones liliputienses, Rev. de Criminol. y Psichiatria. Bd. 12, Nr. 67, 1925. Leroy, Le syndrome des hallucinations liliputiennes, Le monde méd. 1922. Schröder, Über Gesichtshalluzinationen bei organischen Hirnleiden, Arch. f. Psych. Bd. 73, 1925. Henschen, Die Lokalisation einseitiger Gesichtshalluzinationen, ebenda Bd. 75, 1925. Lafora, El mecanismo genetico de la alucinaciones, Arch. de Neurobiol. Bd. 6, 1926.

Zur Rechtsprechung des Reichsgerichts in der Frage der Geschäftsfähigkeit.

Von

Walther Riese und Otto Rothbarth.

Der Begriff der Geschäftsfähigkeit wird im Bürgerlichen Gesetzbuch nicht definiert. Das Gesetz spricht sich in § 104 BGB. lediglich darüber aus, unter welchen Voraussetzungen ein Mensch geschäftsunfähig ist. Geschäftsunfähig sind:

1. Kinder unter 7 Jahren,
2. die wegen Geisteskrankheit Entmündigten und
3. wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, falls dieser krankhafte Zustand nicht der Natur nach nur ein vorübergehender ist.

Man wird die Geschäftsfähigkeit mit dem Reichsgerichtskommentar als die Fähigkeit bezeichnen können, mit voller Wirksamkeit rechtsgeschäftliche Erklärungen abzugeben und entgegenzunehmen.

Es interessieren zwei Fragen:

1. Was hat man im Sinne des § 104 Ziffer 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches unter einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit nicht vorübergehender Natur zu verstehen?
2. Bedeutet die bis in den Wortlaut gehende Übereinstimmung des § 104 Ziffer 2 BGB. mit dem § 51 StGB. eine inhaltliche Übereinstimmung?; wenn nicht: worin bestehen die Unterschiede?

Die Bestimmung des § 51 StGB. ist die ältere Bestimmung. Das Strafgesetzbuch datiert von 1871, das Bürgerliche Gesetzbuch von 1896. Die jüngere Bestimmung hat sich die ältere zum Muster genommen, das Bürgerliche Gesetzbuch hat sich bewußt der Fassung des § 51 StGB. angeschlossen.

Der in § 104 gekennzeichnete Zustand muß ein Dauerzustand sein. Die bloß vorübergehende Bewußtlosigkeit, die nach § 51 genügt, um die Zurechnungsfähigkeit zurzeit der Be-

gehung der Handlung auszuschließen, schließt die Geschäftsfähigkeit nicht aus, wohl aber ist nach § 105 Absatz 2 auch die Willenserklärung eines nicht Geschäftsunfähigen nichtig, vorausgesetzt, daß sie im Zustande der Bewußtlosigkeit oder vorübergehenden Störung der Geistestätigkeit abgegeben wird. Geschäftsunfähigkeit setzt also einen krankhaften Dauerzustand voraus, oder, negativ ausgedrückt: der Zustand darf seiner Natur nach nicht ein bloß vorübergehender sein. Eine Willenserklärung, die ein »sinnlos« Betrunkener abgibt, der sich in einem akuten alkoholischen Rauschzustand befindet, ist nichtig. Wenn aber der Betrunkene seinen akuten Rauschzustand überwunden hat, dann sind seine Willenserklärungen rechtswirksam, denn seine Geschäftsfähigkeit hat er nicht verloren.

Anders liegt die Sache bei einem chronisch Geisteskranken, vorausgesetzt, daß die Geisteskrankheit derart ist, daß die freie Willensbestimmung ausgeschlossen ist.

Drei Voraussetzungen müssen nach § 104 Ziffer 2 erfüllt sein, um die Geschäftsfähigkeit auszuschließen:

1. Es muß sich um einen Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit handeln,
2. die Störung muß so stark sein, daß sie die freie Willensbestimmung ausschließt,
3. der Zustand darf seiner Natur nach kein vorübergehender sein.

Zwei Zweifelsfragen tauchen auf:

- a) Wann liegt eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit vor, die die freie Willensbestimmung ausschließt?
- b) Kann von einem Dauerzustand der gekennzeichneten Art im Sinne des Gesetzes auch dann gesprochen werden, wenn sich die Symptome einer bestimmten Geisteskrankheit im medizinisch-klinischen Sinne nicht nachweisen lassen?

Derjenige, der im Prozeß sich darauf beruft, geschäftsunfähig zu sein, muß den Beweis erbringen, daß die genannten drei Voraussetzungen vorliegen. Die Voraussetzung des Ausschlusses der freien Willensbestimmung findet sich auch in § 51 des StGB. An der freien Willensbestimmung fehlt es nach der Reichsgerichtsentscheidung Band 103 Seite 399, 401, wenn infolge einer Störung der Geistestätigkeit bestimmte Vorstellungen oder Empfindungen oder Einflüsse den Willen derart übermäßig beherrschen, daß eine Bestimmbarkeit des Willens durch vernünftige Erwägungen ausgeschlossen ist. Daß die Voraussetzung des Ausschlusses der freien Willensbestimmung bei der Frage der Geschäftsunfähigkeit die gleiche ist wie bei fehlender strafrechtlicher Zurechnungsfähigkeit, ergibt sich daraus, daß die Rechtsprechung des Reichsgerichts, und zwar die Ent-

scheidung in Strafsachen Bd. 63 S. 48, die erwähnte Reichsgerichtsentscheidung in Zivilsachen ausdrücklich anführt.

Was die Entscheidung in Strafsachen dann noch hinzusetzt, gilt ebenso für das Fehlen der Geschäftsfähigkeit:

»Sind sowohl Anreize zu einem bestimmten Handeln als auch Hemmungsvorstellungen vorhanden, so ist der Wille des Handelnden nur dann frei, wenn er fähig ist, beides gegeneinander abzuwägen und danach seinen Willensentschluß zu bilden. Liegt ein krankhafter Anreiz vor, der so stark ist, daß demgegenüber etwaige Hemmungsvorstellungen, auch wenn sie vorhanden sind, nicht zur Geltung kommen können, so ist die Wirksamkeit des Willens durch vernünftige Erwägungen und damit die »freie« Willensbestimmung ausgeschlossen, und zwar sowohl im Sinne von § 51 StGB. wie im Sinne von § 104 Ziffer 2 BGB.«

Ob der Wille übermäßig beherrscht wurde, ob der krankhafte Anreiz so stark war, daß Hemmungsvorstellungen nicht zur Geltung kommen konnten, wird sowohl bei Prüfung der Zurechnungsfähigkeit wie bei Prüfung der Geschäftsfähigkeit immer Sache der Feststellung des einzelnen Falles sein, und zwar kann der Richter immer nur aus äußeren Anzeichen schließen, ob die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war oder nicht. Dabei darf ein wichtiger Unterschied nicht außer Betracht gelassen werden: Die Handlungen, die den Strafrichter interessieren, sind gewöhnlich Handlungen im eigentlichen Sinne des Wortes. Sie setzen Muskelbewegungen, die zu einem körperlichen Erfolg in der Außenwelt führen, voraus. Man denke etwa an eine Körperverletzung oder an ein Sittlichkeitsverbrechen. Dagegen wird die Frage der Zurechnungsfähigkeit bei bloßen Unterlassungen nur bei den sogenannten Fahrlässigkeitsdelikten auftauchen. Bei den im Zivilrecht erheblichen Handlungen wird die Frage der Geschäftsfähigkeit häufig auch dann zu erörtern sein, wenn es sich um bloßes Stillschweigen handelt, denn wer schweigt, gibt damit seine Übereinstimmung kund. Bei der Frage der Geschäftsfähigkeit im Zivilrecht wird es sich immer um die Wertung von Handlungen, die im Rechtsverkehr, im Geschäftsleben von Bedeutung sind, handeln.

Eine prinzipielle Entscheidung des Reichsgerichts findet sich in Seufferts Archiv Bd. 55 S. 257. Diese Entscheidung betont zunächst den wichtigen Gesichtspunkt, daß ebenso wie bei der Frage der Zurechnungsfähigkeit auch bei der Frage der Beurteilung der Geschäftsfähigkeit die ganze Persönlichkeit des Menschen, seine Vergangenheit, körperliche Beschaffenheit, die Veränderungen, die seit einer gewissen Zeit in seinem Betragen und in seiner Handlungsweise hervorgetreten sind, einer Erörte-

rung unterzogen werden müssen, um zu einem abschließenden Urteil zu gelangen. Ein Geisteskranker könne in seiner Wirtschaftsführung besonnen sein, in seinem gesellschaftlichen Leben und sonst ohne Anstoß auftreten, Fragen, die ihm vorgelegt würden, verständlich beantworten, Einsicht in die Bedeutung von Rechtsgeschäften haben und doch in Fällen, wo der krankhafte Trieb sich geltend mache, Geschäfte vorgenommen haben, bei deren Abschluß er der freien Willensbestimmung entbehrte.

Es handelte sich in dem vom Reichsgericht entschiedenen Falle darum, daß eine Frau Wechselakzepte während des erotischen Verhältnisses mit einem Manne, und zwar ihrem vierten Verlobten, zu dessen Gunsten gezeichnet hatte, und zwar auf ausgefüllten Wechseln, aber auch auf Wechselblanketten. Das Reichsgericht führt mit Recht aus, es müsse geprüft werden, ob nicht die Widerstandslosigkeit der Frau gegen ihren krankhaft erregten Geschlechtstrieb einen so hohen Grad erreicht hatte, daß ihre Willensfreiheit bei den zugunsten eben dieses Verlobten getroffenen Zuwendungen ausgeschlossen war. Die Entscheidung ergibt u. E. klar, daß es der Rechtsprechung des Reichsgerichts entspricht, die Geschäftsunfähigkeit auch dann zu bejahen, wenn sich zwar nicht eine bestimmte klinische Geisteskrankheit feststellen läßt, wenn aber eine Wesensabnormität — im konkreten Falle in der Sexualsphäre — vorliegt, derart, daß die Scheidelinie zwischen Willensschwäche und Geschäftsunfähigkeit überschritten ist. Eine bloße Willensschwäche genügt nach der Auffassung des Reichsgerichts nicht. Das Reichsgericht hat in anderem Zusammenhang und zwar bei Prüfung der Frage, ob eine Ehe durch ein Verschulden des einen Ehegatten zerrütet war, den Satz aufgestellt, das Recht stelle an jeden, dessen freie Willensbestimmung nicht durch krankhafte Störung seiner Geistestätigkeit ausgeschlossen sei, die Anforderung, daß er sich, soviel als möglich, zusammennehme und seiner Stimmungen Herr werde. Es wird im Einzelfalle Schwierigkeiten machen, festzustellen, ob es dem Menschen, dessen Zustand beurteilt wird, möglich war, dieser Anforderung gerecht zu werden, oder ob der Zustand ein derartiger war, daß er dieser Anforderung nicht gerecht werden konnte. Das Reichsgericht hat ferner in wiederholten Entscheidungen ausgesprochen, zum Ausschluß der freien Willensbestimmung bei der Geschäftsunfähigkeit sei erforderlich, daß die geistige Betätigung in ihrer Gesamtheit und zwar vornehmlich das Denken und Entscheiden unter dem bestimmenden Einfluß des krankhaften Zustandes gestanden habe (Warneyer 1919 Nr. 46). Die Fähigkeit, neue Eindrücke in ihrer wirklichen Bedeutung zu erfassen und kritisch zu verarbeiten, müsse durch Abstumpfung der Urteilskraft und Merkfähigkeit sowie durch Schwächung des

Gedächtnisses in solchem Maße herabgemindert sein, daß der zu Beurteilende nach den Begriffen des praktischen Lebens nicht mehr in freier Entschließung, sondern unter dem Zwang einer zufälligen Entwicklung der Vorstellungen gehandelt habe. —

Aus diesen Darlegungen geht also hervor, daß es dem Sinn der reichsgerichtlichen Rechtsprechung nicht entsprechen würde, wollte man die Beurteilung der Geschäftsfähigkeit schematisch von dem Vorliegen bzw. Nichtvorliegen einer klinischen Geisteskrankheit abhängig machen. Insofern gelten dieselben Gesichtspunkte, welche wir bei der Erörterung der Frage der Zurechnungsfähigkeit (Monatsschrift f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsform, XXII, 12, 1931) entwickelt haben, auch für die Frage der Geschäftsfähigkeit.

Im übrigen kann eine Aufhebung der Geschäftsfähigkeit im Sinne der reichsgerichtlichen Rechtsprechung auf zweierlei Weise bewirkt werden:

1. Der Kranke ist unfrei in dem Sinne, daß er einen »freien« Willensentschluß nicht zu bilden vermag. Die krankhaften »Anreize«, welche der Kranke gegen die »Hemmungsvorstellungen« abzuwägen nicht imstande ist, können aus der persönlichen Sphäre des Kranken, der Besonderheit seines krankhaften Erlebens, sie können aber auch aus einer fremden Sphäre stammen, wie z. B. aus der suggestiven Gewalt fremder Einflüsse, denen der Gebundene, Hinfällige, Sieche leichter erliegen kann als der Rüstige. Unter Umständen kann es leichter sein, eine Unterschrift abzugeben als zu verweigern, weil in der Verweigerung einer Unterschrift, in der anscheinend fehlenden »Handlung«, eine Selbständigkeit der Person zum Ausdruck kommen kann, über welche derjenige nicht verfügt, der zwar unterschreibt, d. h. »handelt«, aber nicht aus der vollen ungetrübten Einsicht in den Rechtszusammenhang, seine Voraussetzungen und Konsequenzen.

2. Der Kranke ist unfrei in dem Sinne, daß er zwar einen »freien« Willensentschluß zu bilden, ihn aber nicht zu realisieren vermag. In diesem Falle — so scheint es — müßte man den Vorgang der Bildung des freien Willensentschlusses auch ermitteln können, den »Kampf der Motive«, den ihm folgenden Gewinn einer Entscheidung. Dagegen müßte ersichtlich sein, daß der Kranke nach und trotz gewonnener Einsicht und trotz u. U. im Inneren gefällter Entscheidung diese nicht ausführen kann¹⁾.

1) Ein Musterbeispiel für eine auf diese Weise bewirkte Beschränkung bzw. Aufhebung der Geschäftsfähigkeit stellt die Encephalitis lethar-

Ist in diesem Falle, in welchem die Wirksamkeit des Willens durch vernünftige Erwägungen und damit die »freie« Willensbestimmung (und zwar sowohl im Sinne von § 51 StGB. wie im Sinne von § 104, 2 BGB.) ausgeschlossen ist, zu erwarten bzw. zu verlangen, daß der Kranke auch sonst, außerhalb der »freien« Willensbetätigung, Schwierigkeiten der Verwirklichung des Antriebes — in diesem Falle also eines »unfreien«, d. h. natürlichen (des *arbitrium brutum* im Gegensatz zum *arbitrium liberum*) zeigt? — Doch offenbar nur dann, wenn wir mit Bestimmtheit wüßten, daß der Durchsetzung natürlicher Antriebe (Nahrungsaufnahme u. a. m.) gleiche Schwierigkeiten entgegenstehen wie der Durchsetzung freier Willensentschlüsse.

Aus dem Vorhandensein anderer als freier Willensbetätigungen kann jedenfalls nicht der Schluß gezogen werden, daß der Kranke auch dieser letzteren fähig gewesen sei. Daß der Kranke überhaupt gehandelt hat, beweist noch nicht, daß er frei zu handeln imstande gewesen, und zwar nicht etwa, weil er der Einsicht ermangelte, sondern, weil wir nicht wissen, ob das Ausführungsinstrument, das auf natürliche Antriebe noch anspricht, auch freien Entscheidungen gehorcht. An sich wäre es sehr wohl denkbar, daß eine Willensschwäche sich gerade in der fehlenden Betätigungsmöglichkeit nur freier, nicht aber natürlicher Antriebe dokumentiert. Die Erfahrungen des Lebens, die uns generell die größere Schwierigkeit freier Willensbetätigung lehren, sprechen sogar für eine solche Annahme.

gica (Parkinsonismus) dar. Ein solcher Kranker kann, wie in Übereinstimmung mit G. Stiefler (Deutsche Zeitschr. f. d. ges. gerichtliche Medizin, 16. Bd., 4. Heft) festzustellen ist, »seine wirtschaftliche Lage vielleicht sogar überblicken und auch richtig einschätzen, ist aber infolge Mangel an Initiative nicht imstande, aus eigener Entschließung nach dieser Erkenntnis zu handeln und die entsprechenden Maßnahmen zu treffen«. — Der eine von uns hat denn auch jüngst in seinen gutachtlichen Ausführungen über einen ausgeprägten Fall von Parkinsonismus die Geschäftsfähigkeit verneint. Die I. Instanz hat sich dieser Beurteilung angeschlossen mit der Begründung, daß zwar »der Verstand des Klägers in der fraglichen Zeit nicht wesentlich gestört gewesen ist. Anders steht es jedoch um die Willensbildung...« Es ergebe sich »für die fragliche Zeit ein Mangel an Regsamkeit, eine Gleichgültigkeit, die zwar nicht jede, wohl aber die freie Willensbestimmung infolge der Gehirnerkrankung (»Linsenkerngebiet«) ausschloß. Die II. Instanz hob freilich dieses Urteil wieder auf: »Die Zeugen, die mit dem Kläger... verkehrt haben, konnten irgendwelche Anzeichen von einem Irresein des Klägers nicht feststellen. Der Mangel von geistiger Regsamkeit und Entschlußkraft, den einige Zeugen beobachtet haben, reicht aber nicht aus, um den Tatbestand des § 104, 2 BGB. zu erfüllen.«

(Aus der Landeserziehungsanstalt Chemnitz-Altendorf. Direktor:
Oberregierungsmedizinalrat Dr. Kürbitz.)

Makrobasie bei chronischer Encephalitis epidemica.

Von

Wilhelm Lange.

Die Encephalitis epidemica hat uns eine Fülle neuer Gesichtspunkte auf dem Gebiete der Neurologie und der Psychiatrie gebracht. Unter einem größeren Material beobachtet man jedoch bis in die neueste Zeit vereinzelt seltene Erscheinungen oder auch ganze Symptomenkomplexe bei dieser Erkrankung, die auch heute noch eine kasuistische Besprechung rechtfertigen. So hatten wir in unserer Enzephalitikerabteilung ein Mädchen, bei dem sich zunächst nur eine Charakterveränderung zeigte, das dann aber allmählich ins Parkinsonstadium hinüberglitt und bei dem sich im Laufe der Jahre eine immer ausgeprägtere Makrobasie herausbildete. Ähnliche Erscheinungen sind bei chronischer Encephalitis epidemica so selten beschrieben worden, daß kurz die Entwicklung des Krankheitsbildes geschildert werden soll.

Das jetzt 22 J. alte Mädchen kam mit 15 $\frac{1}{2}$ J. in die hiesige Anstalt. Vater imbezill. Pat. ist das zweite von fünf Kindern, von denen das dritte und fünfte einjährig resp. als Neugeborenes gestorben sind. Die drei lebenden Kinder, einschl. Pat., sind debil. Der jüngste Bruder hat außerdem eine Lues, die sich der Vater nach der Geburt der Pat. erworben hat, und eine Tuberkulose. Pat. ist vor der Erkrankung einmal in der Schule sitzengeblieben. Mit 13 $\frac{1}{2}$ J. hatte sie einen Tag Schnupfen und Fieber, war im Anschluß daran drei bis vier Wochen sehr müde, »schief, wo sie ging und stand«; nachts war sie sehr unruhig, nahm sich den Strickstrumpf mit ins Bett. Danach wurde sie unverträglicher, schlug den jüngeren Bruder, drohte den älteren zu töten. Kam daraufhin in eine Heil- und Pflegeanstalt und von dort in die hiesige Enzephalitikerabteilung.

War mit 15 $\frac{1}{2}$ J., also bei der Aufnahme, ein schlankes, reichlich mit degenerativen Stigmata gekennzeichnetes Mädchen, das einen debilen Eindruck machte. Der Blut-WaR. war negativ. Körperlich fiel der offene Mund, leichte fibrilläre Zuckungen im Gesicht und Lidflattern auf. Es bestanden keine Hypertonien. Im allgemeinen fügte sich das Mädchen gut in die Abteilung ein, war willig und fleißig, jedoch sehr wehleidig, übelnehmerisch und leicht ermüdbar. Oft reizte sie andere Mädchen. Während des Betragen in der Anstalt leidlich wurde, kamen während des Urlaubs sehr viel Klagen. Ein Jahr nach der Aufnahme trat Speichelfluß auf. Nach einem weiteren

Jahre wurde die Müdigkeit stärker, es stellten sich öfters Kopfschmerzen ein, der Speichelfluß nahm zu und die Haltung wurde nachlässiger.

Mit 19 $\frac{1}{2}$ J., also sechs Jahre nach der akuten Erkrankung, besteht geringe Rigidität der Muskulatur des Körpers und der Extremitäten. Der Mund wird offen gehalten und der Unterkiefer macht dauernd kauende Bewegungen, die sogar beim Sprechen auftreten. Die Sprache ist undeutlich und schwer verständlich. Es ist Maskengesicht und beginnende Bäckerkaries der beiden unteren mittleren und der oberen Schneidezähne mit Ausnahme des linken vorhanden. Der Lidschlag ist beschleunigt, beiderseits besteht leichte Ptosis; ferner sind Blinzelzeichen und sakkadierte Augenbewegung nachzuweisen; die linke Pupille ist leicht verzogen.

Am auffälligsten ist jedoch die Gangstörung der Kranken. Während bei den anderen Kranken mit beginnendem Parkinsonismus die Schritte kleiner werden, wurden sie hier allmählich größer. Der Gang ist langsam, die Schritte sind weit ausholend. Der Unterschenkel des Schwungbeins wird etwas vorgeschleudert wie beim ataktischen Gang, und zwar rechts stärker als links. Es besteht ausgesprochener Fersengang; beim Aufsetzen des Fußes ragt die Fußspitze in die Luft, das Abrollen im Fußgelenk findet nur in geringem Maße statt. Die Kranke verlegt bei fast gestreckten Beinen und starr aufrecht gehaltenem Oberkörper das Körpergewicht nach vorn. Das Stützbein verweilt länger als normal auf dem Boden. Alle 15—30 Schritte weicht das rechte Bein 15—20 cm von der Gangrichtung nach rechts, also nach außen, ab. Die Schrittweite beträgt 77 cm. Die Arme pendeln fast gar nicht. Trägt das Mädchen etwas, so wird der betr. Arm hart an den Oberkörper gepreßt.

Das Mädchen mußte, da es die Altersgrenze überschritten hatte, entlassen werden; es wurde in einem Bezirksheim untergebracht. 13 $\frac{3}{4}$ J. später war nach Mitteilung des betr. Heimarztes der Parkinsonismus weiter fortgeschritten. Der Rigor, der in den Beinen stärker ist als in den Armen, ist immer noch ziemlich gering. Es ist jedoch Tremor der oberen Extremitäten und Retropulsion hinzugekommen. Ferner haben sich Augenkrämpfe eingestellt, die alle zwei Tage bis zu $\frac{1}{2}$ Stunde auftreten; selten besteht Doppelsehen. Die Sprache ist undeutlicher geworden. An der Gangweise hat sich nichts geändert.

Trotzdem die Schrittweite von 77 cm nicht übermäßig groß ist, glauben wir doch, diesen abnormen Gang als eine Makrobasis im Sinne *Bings* und *Benedeks* deuten zu dürfen. Bei dem sich entwickelnden Parkinsonismus werden die Schritte allmählich kleiner, so daß die Kranken zuletzt mit kleinen schnellen Schritten umhertrippeln. Hier bildete sich nach und nach ein großer, weit ausholender, langsamer Schritt heraus, der mit zunehmendem Parkinsonismus größer wurde. Fiel dieser Schritt wegen seiner Größe, Langsamkeit und Eigenart schon auf, wenn das Mädchen mit Gesunden von normaler Schrittweite ging, so wurde dies besonders stark hervorgehoben, wenn sie andere Kranke mit leichtem Parkinsonismus neben sich hatte. Da Pat. wußte, daß sie durch ihr Gehen auffiel, versuchte sie, wenn sie sich beobachtet sah, kürzere Schritte zu machen, aber schon nach wenigen

Sekunden hatten dieselben wieder ihre abnorme Länge und Auffälligkeit.

Aus der Literatur sind vier Fälle von Makrobasie nach Encephalitis epidemica bekannt. Zuerst ist ein Fall von *Bing* und *Schwartz* beschrieben worden. Bei diesen Autoren handelte es sich um ein 11 jähriges Mädchen, bei dem neben dem Parkinsonsyndrom und der Makrobasie noch eine Torsionsdystonie bestand. Die Torsionsbewegungen wurden ebenso wie die bestehende Lordose beim Gehen stärker. Im Gegensatz zu unserem Fall pendelten bei der *Bing-Schwartz*schen Patientin die Arme beim Gehen stark vor und zurück.

Ferner hat *Šebek* zwei Fälle gesehen. Beide Kranke, Frauen, litten ebenfalls an Parkinsonismus. Die Makrobasie trat bei ihnen ein Jahr nach der akuten Erkrankung auf.

Der vierte Fall ist von *Benedek* und *Kulczár* mitgeteilt worden. Bei diesen Autoren handelt es sich um einen 40jährigen Patienten mit Parkinsonismus, bei dem keine Mitbewegungen der Arme wie bei *Bing* und *Schwartz* beobachtet wurden.

Ein gemeinsames Syndrom haben alle fünf Kranke: den Parkinsonismus. Vergleichen wir aber noch weiter unseren Fall mit den Patienten von *Bing-Schwartz* und *Benedek-Kulczár*, so finden sich noch weitere Übereinstimmungen. Mit dem starr aufgerichteten Oberkörper erinnert unsere Kranke an die von *Bing*. Andererseits ist die Ähnlichkeit mit dem *Benedekschen* Fall nicht zu verkennen. Sowohl unser Kranker als auch der *Benedeksche* haben die steife Haltung der Arme und die Ticbewegungen im Bereiche der Gesichtsmuskulatur gemeinsam. Die Gesichtstics, die sich bei unserer Patientin in erster Linie durch die dauernden Kaubewegungen dokumentieren, lassen den Gedanken aufkommen, daß auch die abnorme Gangart eine ticähnliche Bewegung ist. *Benedek* und *Kulczár* haben dies bei ihrem Kranken angenommen, und wir möchten uns in dieser Hinsicht ihnen anschließen.

Literatur.

Benedek, László und *Ferenc Kulczár*, *Gyógyászat* Jg. 68, 1928. Ref. im Zentralbl. Neur. u. Psychiatr. Bd. 52.

Bing, Robert, und *Leonhard Schwartz*, Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 14, 1924.

Šebek, Jan, Rev. v neurol. a psychiatrii Jg. 23. Ref. im Zbl. Neur. u. Psychiatr. Bd. 43.

Aus der staatlichen Irren- und Nervenanstalt Bakirköy bei Istanbul
(Direktor Prof. Dr. *Mazhar Osman*).

Intravenöser Morphinummißbrauch.

Von

Dr. **Ahmed Schülkrü.**

Bekanntlich ist die gewöhnlichste Art der Morphinisten, sich Morphinium zuzuführen, die der Injektion unter die Haut. Doch wurde in letzter Zeit auch häufig ein neuer Weg eingeschlagen: — wie aus der Literatur.¹⁾ ersichtlich — der der intravenösen Einspritzung.

Im nachfolgenden gebe ich eine kurze Beschreibung eines Falles aus meiner früheren Abteilung:

F., 31 jähriger Arzt. Er gibt vor, zum erstenmal bei einem Migräneanfall Morphinium benutzt zu haben. Dann verfiel er dem Morphiniumzwang und verwandte 7 Jahre Morphiemeinspritzungen in verschieden großen Zwischenräumen und in verschieden starken Dosen. Die Dosen betrugten 0,45 bis 1 g. Dann änderte er die Art der Einspritzung, er spritzte nicht mehr unter die Haut, sondern er machte intravenöse Injektionen, und zwar täglich mit 0,40—0,50 Dosenstärke. Bei der Veneneinspritzung treten die Venen hervor und bekommen eine tiefblaue Färbung. Der Rauscherfolg der Einspritzung tritt sofort ein und ist manchmal mit einer Art Schüttelfrost begleitet. . .

Die Entziehung erfolgte durch die gleiche Kur, wie wir sie von der Behandlung der allgemeinen Morphinisten kennen.

¹⁾ *Meggendorfer*; Intoxikationspsychosen. Aus dem Handbuch der Geisteskrankheiten von *Bumke*. Dritter Teil.

Über drei mit Lähmung des nervus abducens beginnende Encephalitisfälle und ihre Behandlung mit intravenösen Urotropineinspritzungen.

Von

Dr. Ihsan Schükrü (Istanbul).

Seit etwa 10 Jahren sind die akuten Fälle von Encephalitis epidemica nicht häufig zu sehen; dagegen kommen chronische Parkinsonismuserformen oft vor. Und doch ist die *v. Economosche* Krankheit nicht eine neue Erscheinung, d. h. die Encephalitis epidemica in atypischen Formen zeigte sich bereits vor mehreren Jahren.

Ähnliche Beobachtungen finden wir in der türkischen Literatur der letzten Zeit: Auf dem Kongreß des Türkischen Vereins für Neurologie und Psychiatrie 1930 hatte *Conos* über eine »Epidemisch-klonische Enzephalitis« gesprochen. Seine angegebenen Fälle zeigten, meiner Ansicht nach, eine sehr große Ähnlichkeit mit den atypischen Formen einer Encephalitis epidemica acuta.

Mazhar Osman brachte im Türkischen medizinischen Kongreß 1931, die Kasuistik eines Encephalitisfalles nach prophylaktischer Scharlachimpfung vor, ein Fall, der in bezug auf den Verlauf eine große Ähnlichkeit mit der *v. Economoschen* Krankheit zeigte.

Neulich habe ich drei Fälle von Lähmung des nervus abducens beobachtet, welche ich als atypische Form der Encephalitis epidemica auffaßte und dementsprechend behandelte.

Fall I. — 17-jähriger Student kommt am 27. X. 1931 mit rechtsseitiger N. abducenslähmung und Doppelsichtigkeit in unsere Abteilung. Die Lähmung begann vor 40 Tagen ohne sonstige Symptome einer Encephalitis, wie Fieber usw. Wir haben den Fall als eine atypische Form der Encephalitis epidemica betrachtet. So bekam Pat. zunächst mit fünftägigem Intervall fünf intravenöse Einspritzungen von Urotropin Schering und als zweite Kur Cylotropininjektionen. Er wurde erheblich gebessert entlassen.

Fall II. — 14-jähriger Student aus derselben Schule wie Fall I. Erkrankte am 26. XI. 1931 an rechtsseitiger Lähmung des N. abducens mit 38° Fieber und Doppelsichtigkeit. Das Fieber dauerte zwei Tage lang während Lähmung und Doppelsichtigkeit weiter anhielten. Pat. bekam dieselbe Behandlung wie Fall I. Nach der ersten Kur völlige Heilung.

Fall III. — 18-jähriger Student aus einer anderen Schule; erkrankte am 3. I. 1932 an linksseitiger Lähmung des N. abducens mit Doppelsichtigkeit. Andere Symptome fehlen. Der ductus arteriosus Botalli ist bei dem Pat. kon-

genital offen geblieben, was dementsprechend klinische Symptome zeigte. Hier auch haben wir intravenöse Einspritzungen von Urotropin Schering gemacht. Wegen seiner Nervosität kam Pat. recht unregelmäßig zur Behandlung. Doch war nach der fünften Injektion eine sichtbare Besserung eingetreten.

In sämtlichen Fällen war die Wassermannsche Reaktion negativ.

Diese Beobachtungen ergaben nachstehende Schlußfolgerungen:

a) Die Encephalitis epidemica kann manchmal atypische Formen mit reichlichen klinischen Verschiedenheiten zeigen.

b) Die ersten zwei Fälle sind Studenten aus derselben Schule, die in kurzem Zeitraum nacheinander erkrankten, was epidemiologisch bemerkenswert ist. Damals schon zeichnete sich die *v. Economosche* Krankheit epidemiologisch durch merkwürdige Besonderheiten aus, welche bis jetzt nicht genau festgestellt werden konnten.

Wir haben während der ersten hiesigen Epidemie (1920—1922) eigenartige Fälle beobachtet; z. B. zu einer Zeit, in der in der staatlichen Irrenanstalt und dem Nervenkrankenhaus zu Istanbul akute Encephalitisfälle vorhanden waren, wurden in nächster Umgebung befindliche Kranke nicht infiziert, wogegen in den weiter liegenden Abteilungen zwei Dementia-*praecox*-Fälle mit typischer Encephalitis epidemica angesteckt worden sind (histologische Bestätigung).

c) Das gute Resultat der Urotropineinspritzungen in unseren Fällen, bestätigt es, daß die elektive und erfolgreiche Behandlungsmethode des akuten Stadiums der Encephalitis epidemica die intravenöse Urotropintherapie ist. So haben wir mit Prof. *Mazhar Osman* während der ersten Epidemie (1921) einen sehr schweren Fall von akuter Encephalitis epidemica mit vollem Erfolg nach der intravenösen Urotropinmethode behandelt.

Bei chronischen Fällen bleibt die Urotropinbehandlung erfolglos.

Berichte über das Irrenwesen des Auslandes.

XXII

Türkischer Verein für Psychiatrie und Neurologie in Istanbul.

Vorsitzende: **Mazhar Osman** und **Hüseyin Kenan**.

1. Sitzung: 19. II. 1932.

Dr. *Ihsan Schükrü*: Liquorwege bei der Enzephalitis.

Der Gedanke, daß die Verbreitung mancher Infektionen im Zentralnervensystem, insbesondere die Übertragung auf das Gehirn, auf dem Liquorwege geschieht, wird neuerdings wieder lebhaft erörtert. Wir sehen ja bei manchen enzephalitischen Erkrankungen eine ähnliche Prädispositionsstelle der Entzündung im Gehirn, wiewohl die klinischen Verlaufsformen und die Epidemiologie verschiedenartig sind; z. B. Encephalitis epidemica, Lyssa bei Menschen (*H. Spatz u. Ihsan Schükrü*), Heine-Medinsche Krankheit, Bornasche Krankheit bei Pferden (*Seifried u. Spatz*) zeigen eine solche pathogenetische Ähnlichkeit. Auch die Farbstoffexperimente am Kaninchenhirn (*E. Goldmann, H. Spatz, Ihsan Schükrü*) können diesen Standpunkt bestätigen. (Der Vortragende zeigte mit Projektion Mikrophotographien und Präparate von Lyssa- und Enzephalitisfällen.)

Dr. *Ahmet Schükrü*: Veronalvergiftung.

In einem Fall wurde nach Einnehmen von 5 g veronalhaltiger Schlafmittel ein deliranter Zustand mit Sprachbeschwerden beobachtet. Nach Sistierung des hypnotischen Mittels trat nach zwei Tagen Heilung ein.

In einem zweiten Fall erfolgte nach Einnehmen von 5 g Veronaltabletten ein tiefer Schlaf, an den sich depressive Ideen anschlossen; nach 5 Tagen geheilt; der Patient erinnerte sich nicht an das während dieser zwei Vergiftungstage Geschehene.

Aussprache: *Mazhar Osman*: Ich habe schon vor längerer Zeit einen Fall beobachtet, welcher nach reichlicher Veronaleinnahme in 24 Stunden gestorben ist.

H. Kenan: Bei einem an Kehlkopfkrebs leidenden Patienten wurde nach Einnehmen von 14 Phandormtabletten ein 24 Stunden dauernder narkoleptischer Zustand mit zeitweisen Erregungen beobachtet. Auch dieser Kranke erinnerte sich nicht an das, was während der Vergiftung geschehen war.

2. Sitzung: 30. III. 1932.

Fahreddin Kerim: Kokainomanie.

Nach historischen Angaben und Erklärungen der psychischen Kokaineinflüsse bringt Redner folgende Beobachtung: 24-jähriger Mechaniker, Vater Alkoholiker, Mutter und Geschwister normal, Intelligenz mittelmäßig, gebraachte seit 1,5 Jahren Kokain von tgl. 1 bis 3 g, geriet nach hohem Quantum in einen euphorischen Zustand, während nach minimalem Quantum Depression und Schreckgefühle, z. B. als ob die Straßenbahnwagen auf ihn hin losgehen, eintraten. Pupillenreaktion, Sehnenreflexe und Sensibilität, Körpertemperatur und Puls normal. — Behandlung: täglich 10 Tropfen Somnifen, jede Nacht Luminaleinspritzungen. Nach einem Monat Heilung.

Aussprache: *Mazhar Osman* erwähnt einen Fall von Kokainsucht, der am Herzstillstand plötzlich gestorben ist. —

Mazhar Osman: Ein Fall von Vergiftung mit Cannabis-Indica-Samen.

In manchen Gegenden von Kleinasien, so um Konya herum, hat man die Unsitte, die gerösteten Samen von Cannabis Indica mit Weintraubensaft oder mit Zucker gemischt zu gebrauchen.

20-jährige Lehrerin, Psychopathin. Nach Genuß von geröstetem Cannabis-Indica-Samen Vergiftungserscheinungen mit psychischen Störungen wie Angstzuständen, Halluzinationen, Zeitsinnstörung, fortwährendem Weinen. Nach einer Woche konsequenter Entziehung trat Beruhigung ein.

XXIII

(Aus der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Fakultät Istanbul.)

Der gegenwärtige Stand der progressiven Paralyse in der Türkei.

Von

Prof. Agr. Dr. *Fahreddin Kerim*.

Wie bekannt, behauptete *Kräpelin* nach den Angaben von *Dühring*, *Müller* und *Mongeri*, daß die progressive Paralyse in der Türkei nicht verbreitet sei, und daß besonders die türkischen Frauen nie an dieser Krankheit gelitten haben. Es ist möglich, daß zu jener Zeit die p. P. in der Türkei noch nicht so verbreitet war, aber wir wissen auch, daß damals die Forschungsmethoden, besonders die Laboratoriumuntersuchungen nicht so vorge-schritten waren; dann konnten die meisten Forscher die Landessprache nicht, und die türkischen Frauen lebten zu der Zeit sehr zurückgezogen. Dagegen gab Prof. *Rachit Tahsin* (1910) an, daß die p. P. in der Türkei 7% wäre. Von mir wurde (1926 und 1928) sowie auch von Prof. *Mazhar Osman* (1927) die Vermehrung dieser Krankheit festgestellt. Unsere Anschauung wird durch die folgenden Statistiken, welche der Irrenanstalt Bakirköy entnommen sind, bestätigt. Diese Statistiken wurden auf Grund von Laboratoriumuntersuchungen aufgebaut. Die Verhältnisse der progressiven Paralyse in der psychiatrischen Klinik sind folgende:

Jahre	Zahl der allgemeinen Aufnahmen			Summe der Paralytiker			Verhältnis
	Männer	Frauen	Summe	Männer	Frauen	Summe	
1926	42	32	74	6	—	6	8,0%
1927	66	41	107	17	3	20	18,7%
1928	49	33	82	8	2	10	12,2%
1929	53	43	96	10	3	13	13,5%
1930	73	37	110	9	3	12	10,9%

1927 wurden verschiedene Kranke von der Irrenanstalt Bakirköy an unsere psychiatrische Klinik gesandt, um sie der Malariabehandlung zu unterziehen, diese wurden in die Statistik hineingereiht.

Dank sage ich auch an dieser Stelle unserem Kollegen Dr. *Ali Mouhlis*, dem ehemaligen Direktor der Irrenanstalt von Manisa (Kleinasien), durch welchen ich die Statistiken dieses Krankenhauses erhielt. Wir sehen hier das Verhältnis der Lues nervosa, der luetischen Hemiplegien und der progressiven Paralyse. Für uns kommt nur die progressive Paralyse in Betracht:

Im Jahre 1926 war keine p. P. nachweisbar,
 „ „ 1927 7 Fälle, das heißt 4%,
 „ „ 1928 7 „ „ „ 3,3%
 „ „ 1929 9 „ „ „ 5% und
 „ „ 1930 5 „ „ „ 2,3%.

Diese beweist, daß genau wie in Europa, auch bei uns die progressive Paralyse in den kleinen Städten gering geblieben ist.

Jahre	Zahl der allgemeinen Aufnahmen der Irrenanstalt Bakirköy			Summe der Paralytiker			Prozentverhältnis der Paralytiker zu den allg. Aufnahmen
	Männer	Frauen	Summe	Männer	Frauen	Summe	
1920	220	113	333	16	4	20	6,0 %
1921	259	149	399	10	6	16	4,2 %
1922	288	156	444	21	4	25	5,6 %
1923	453	235	688	32	6	38	5,5 %
1924	556	255	811	29	7	36	4,4 %
1925	694	308	1002	54	3	57	5,6 %
1926	525	212	737	40	7	47	6,37%
1927	607	261	868	63	7	70	8,60%
1928	670	280	950	98	15	113	11,89%
1929	601	231	832	114	32	146	17 %
1930	735	291	1026	112	17	129	12,5 %

Bei dem Studium der Statistiken der alten Jahrgänge (vor 1908) dieser Irrenanstalt, sehen wir, daß die unter dem Namen »manie congestive« bezeichnete Krankheit, welche tödlich endete, mit größter Wahrscheinlichkeit nichts anderes als progressive Paralyse ist.

Meinen innigsten Dank den Herren Geheimrat Prof. *Bumke*, Prof. *Bostrom* und Prof. *Lange*, die nur um meine Studie zu vervollkommen, mir die

Statistiken der Psychiatrischen Klinik in München sandten. Die Statistik dieser Klinik zeigt uns, daß die Zahl der Paralytiker dort abnimmt, während diese Zahl bei uns zunimmt.

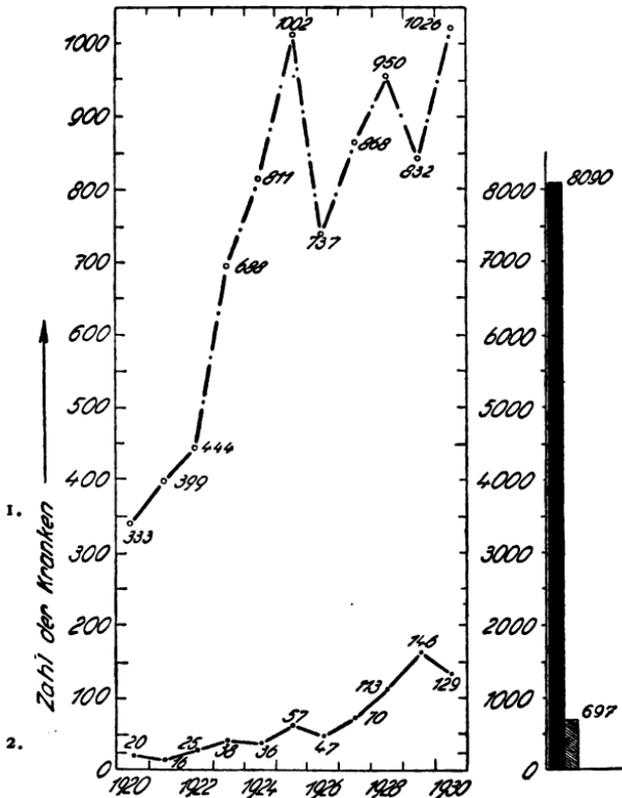
Worin liegt der Grund dieser Zunahme?

Wenn wir die progressive Paralyse vom ätiologischen Standpunkte aus betrachten, so sehen wir, daß der Grund der Vermehrung noch nicht bekannt ist.

Der geringe Verbrauch an Alkohol, das regelmäßige ruhige Leben, welches die Musulmanen früher führten, und die Malaria, die zu dieser Zeit so sehr wütete, waren die Ursachen der geringen Verbreitung der progressiven Paralyse. Der Krieg aber, welcher die ganze Menschheit nachteilig beeinflusste und das Leben so sehr verwickelte, spielt eine große Rolle bei ihrer Zunahme.

Das Verhältnis der Lues und der progressiven Paralyse:

Als ich Prof. *Plaut* in der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München besuchte, fragte er mich, wie viele Syphilitiker bei uns an progressiver Paralyse erkrankten, und riet mir eine Statistik über das Verhältnis der Lues zur progressiven Paralyse anzulegen.



1. Aufnahme der Kranken in 10 Jahren. 2. p P. von diesen Aufnahmen.

Das Blut und der Liquor aller Kranken, die sich im Bakirköy-Kranken-
 hause für Nerven- und Geisteskrankheiten meldeten, wurden von Dr. *Ahmet*
Schükrü und Dr. *Cevat N. Zekâi* untersucht, und dank ihnen konnten wir uns
 eine Idee über das Verhältnis der Syphilis und der Lues nervosa formen. Die
 Statistik, die ich im Laufe der Jahre 1923—1927 im serologischen Labora-
 torium des Krankenhauses von Bakirköy geführt habe, hatte bezüglich Blut-
 und Liquoruntersuchungen folgende Ergebnisse über das Verhältnis der
 Lues nervosa bei Syphilitikern:

1923	37,6%
1924	25,3%
1925	45,7%
1926	37,8%
1927	15,6%

Was die Rolle der Heredität anbetrifft, so haben unsere Studien
 keinen sicheren Zusammenhang zwischen der Heredität und der progressiven
 Paralyse aufgedeckt. Ein Luetiker, der später an progressiver Paralyse er-
 krankte, infizierte seine Frau mit Syphilis und diese zeigte später die Sym-
 ptome der Tabes; diese Frau hatte keinen Abortus, und die drei Kinder, die
 sie zur Welt brachte, waren gesund und vollwertig, was sie in ihrer verant-
 wortlichen Stellung beweisen.

Ein anderer Fall: Eine Frau heiratete einen progressiven Paralytiker
 und brachte sieben Kinder zur Welt; bei allen diesen Kindern war die *Wasser-*
mannsche Reaktion negativ. —

Die psychischen Krankheiten, die vor der progressiven Paralyse vor-
 kommen:

Wir besitzen zwei Fälle: Erstens ein Arzt, der 1908 an manisch-depres-
 sivem Irresein litt und 15 Jahre später im Jahre 1923 an der expansiven
 Form der progressiven Paralyse erkrankte. Zweiter Fall: Ein Kranker, der im
 Jahre 1908 einen Anfall von Melancholie hatte, und im Jahre 1926 an der
 depressiven Form der progressiven Paralyse erkrankte. Dann zwei andere
 Fälle, bei denen der eine Kokainoman, und der zweite ein Homosexueller vor
 dem Auftreten der progressiven Paralyse war.

Die Behandlung der Syphilis.

Ein großer Teil der progressiven Paralytiker weiß überhaupt nichts
 von einer Erkrankung und bleibt so unbehandelt, andere vernachlässigen ihre
 Behandlung, 80% all unserer Kranken können wir gut dazu zählen, 13% un-
 serer Kranken erhielten zum Teil eine ungenügende Behandlung oder vernach-
 lässigten die angefangene Behandlung. In einem Falle wurde der »Chancre«
 kauterisiert. Wir sehen hier, daß unsere Statistik das Gegenteil von denen
 beweist, die behaupten, daß die Salvarsan-Behandlung die progressive Paralyse
 erleichtert.

Wir stellen fest, daß manche Paralytiker, die in ihrer Anamnese keine
 Syphilis angeben konnten, während des Krieges nach ihrer Angabe an Krätze
 erkrankten; wir glauben, daß diese Hauterscheinungen die Symptome der
 zweiten Periode vorstellen.

Tatsächlich scheint die Mehrzahl dieser Kranken eine Inkubationszeit
 von 10—15 Jahren durchgemacht zu haben.

In den letzten Jahren begegneten wir manchen Fällen mit einer Inku-
 bationszeit von drei bis fünf Jahren.

Literatur.

E. Kräpelin, Lehrbuch der Psychiatrie, II. Band.

Rasit Tahsin, Geisteskrankheiten in der Türkei. 1910.

Ders., Lehrbuch der Psychiatrie, Türkisch.

Mazhar Osman, Geisteskrankheiten, Türkisches Lehrbuch. 1928.

Ders., Syphilis im Orient, Sihhiye mecmuasi, Türkisch.

Schükrü, Ahmet, Geisteskrankheiten in der Türkei, Sihhiye mecmuasi, Türkisch.

Fahreddin Kerim, Die Paralysefrage in der Türkei. Wiener klinische Wochenschrift 1926—32.

Ders., Syphilis nerveuse. Gutachten des III. Medizinischen Kongresses in Ankara. 1929.

Ders., Lehrbuch der Psychiatrie. Türkisch. I., II., III. Auflage. 1931.

Die Statistiken der Irrenanstalt Toptasi, von *Lutfi Akif*. 1925.

Neueres aus englischen Untersuchungen zum Kapitel „Alkohol und Geistesstörung“.

Eine aus hervorragenden Persönlichkeiten des englischen öffentlichen Lebens zusammengesetzte private Kommission zur Erforschung des derzeitigen Standes der auf die Alkoholfrage bezüglichen Verhältnisse Englands hatte einen Unterausschuß für die gesundheitlich-ärztlichen Seiten der Frage eingesetzt. Die Ergebnisse desselben liegen in einem stattlichen Bande: »A review of the effects of alcohol on man« (im vorigen Jahre bei Victor Gollancz Ltd., London W. C., erschienen, 300 S., 8½ sh.) vor. Das Buch enthält naturgemäß auch ein (ausführliches) Kapitel über »Alkohol und Geistesstörung« (mental disorder). Dieses beginnt zunächst kritisch und skeptisch: auf die Frage nach dem Zusammenhang zwischen dem Trunk und der Entstehung von Geistesstörung sei keine kurze und klare Antwort möglich, weil beide Begriffe zu schwer zu bestimmen, die Übergänge bei beiden Zuständen zu schwankend und gleitend seien. Demgemäß stellten auch die amtlichen Berichte und Irrenanstalts-Statistiken meist nur rohe praktische Schätzungen, Annäherungswerte dar, die nach örtlichen Verhältnissen und persönlichen Auffassungen variierten. Die Beziehungen zwischen Enthaltbarkeit und mäßigem Trinken und Geisteskrankheit oder andererseits von Alkoholismus wechselnden Grades zu den milderen und funktionellen nervösen Störungen seien wissenschaftlich noch zu wenig bearbeitet. Die Fälle von Geisteskrankheit müßten rückwärts auf Enthaltbarkeit, Mäßigkeit oder Unmäßigkeit untersucht werden im Vergleich zu den geistig Gesunden. Die Statistiken betreffend Trunk und Geisteskrankheiten in den verschiedenen Ländern seien unter sich nicht vergleichbar, meist ungenau, ohne verlässliche Grundlagen. In England selbst werde keine besondere Gruppe von alkoholischen Psychosen anerkannt, weil diese mit wenigen Ausnahmen nicht als eigene Klasse von Psychosen andern Ursprungs klinisch unterscheidbar seien.

Es wird dann aber fortgefahren, es liege doch ein gewisser breiter Boden der Übereinstimmung in den Ansichten derer vor, die sich mit

der Frage beschäftigt hätten. Alkoholismus sei zweifellos viel häufiger Ausdruck oder Begleiterscheinung als Ursache einer Psychose. Vorsichtiger und allgemeiner wird dann gesagt, während auf der einen Seite Alkoholismus zu manchen Arten von Geisteskrankheit führen könne, könnten andererseits manche Arten von letzteren zum ersten führen — Möglichkeiten, die im einzelnen Fall oft schwer zu entwirren seien. Häufig bestünden Wechselbeziehungen: sowohl Förderung und Verschlimmerung des einen durch das andere und des anderen durch das eine. Dann wird in mehr oder weniger positivem Sinne auf englische, amerikanische und schweizerische Statistiken eingegangen und dabei darauf hingewiesen, daß beziehungsweise fast überall bei den Männern mehr Geisteskrankheit auf den Alkohol zurückzuführen ist als bei den seltener trinkenden Frauen. Des weiteren wird auf die verschiedenen Typen der »abnormen geistigen Prozesse, die durch Alkoholismus verursacht werden«, bzw. »bei denen der Alkohol eine bestimmende oder eine mitwirkende Rolle gespielt haben kann« eingegangen: asoziales Verhalten, Verschlechterung des Gedächtnisses, geistige Verwirrung, Sinnestäuschungen der verschiedenen Arten, Verfolgungswahn u. dgl., epilepsieartige Krämpfe, chronischer Alkoholismus selbst, Demenz, Säuferwahn, Korsakowsche Psychose, pathologischer Rausch. Was Psychosen im allgemeinen anlange, so könne im einzelnen Falle nur der Kliniker, der den Kranken vor sich hat, entscheiden, ob eine wirklich alkoholische oder eine gewöhnliche Psychose vorliege, deren Ausbruch nur durch den Alkoholismus beschleunigt wurde. Weiter werden noch die Beziehungen zwischen Alkoholismus und *Dementia praecox*, *Paranoia*, manischer Schwermut, paralytischer und seniler Demenz, Selbstmord, Hysterie, Neurasthenie, Zwangszuständen (*Dipsomanie*) und geistigen Defekten kurz besprochen.

Zu ähnlichen psychiatrischen Ergebnissen kam eine etwas später von der englischen Regierung eingesetzte amtliche Kommission für das Schankerglaubnisswesen, deren ärztliche Gutachten und Feststellungen (16 namhafte Mediziner wurden darin gehört) Dr. C. C. Weeks in seinem gleichfalls im vorigen Jahre erschienenen Buche: »The medical evidence before the Royal Commission on Licensing, 1930«¹⁾ zusammengefaßt hat. Hier ist das Augenmerk besonders auf die Frage der geistigen Belastung der Nachkommenschaft gerichtet. Es wurde als wissenschaftlich erwiesen erachtet, daß übermäßiger Alkoholgenuß eine sehr schädigende Wirkung auf das Keimplasma habe (*Blastophthorie*), darum eine Dauermodifikation desselben verursachen und ein primärer Faktor bei der Entstehung geistiger Defekte, von Epilepsie und Jugendlichen-Straffälligkeit sein könne. Die Möglichkeit damit zusammentreffender, erbter geistiger Labilität müsse allerdings in Betracht gezogen werden, d. h.: der Alkohol könne bei übermäßigem Genuß selbst Ursache eines (ererbten oder erworbenen) Defektes oder einer Neurose sein, wirke aber auch manchmal als auslösende Ursache auf eine überkommene Vorbereitschaft, während sich andererseits zuweilen im Hang zum Alkoholmißbrauch seinerseits eine ererbte nervöse Labilität offenbare. Auch wird hervorgehoben, daß der Alkoholismus sich oft in der mittelbaren Weise verhängnisvoll auswirke, daß die Furcht und der Terror eines trunksüchtigen

1) Bei der National Temperance League, London W. C. (1 sh.)

Vaters dauernd nachteilige Wirkungen auf den Geist des Kindes haben könne. Andererseits seien Alkoholismus und Geistesstörung wahrscheinlich in der großen Mehrzahl der Fälle nur verschiedene Bekundungen der Ungesundheit des Stammes oder der Familie.

So weit wir übersehen, besteht heute unter den Klinikern und wissenschaftlichen Fachleuten der Trinkerfürsorge und -heilung über den weithin psychopathischen Charakter und Ursprung der Trunksucht Übereinstimmung und gehen nur über den Häufigkeitsgrad der Fälle dieser Art die Ansichten noch erheblich auseinander. Während die einen mit diesen englischen Bearbeitern im Alkoholismus in den allermeisten Fällen nur eine Wirkung und ein Anzeichen geistiger Störung sehen wollen, räumen nicht wenige andere, namentlich auch deutsche und deutschsprachige Gewährsmänner, die mit der praktischen Behandlung und Beobachtung der Trinker in lebhafter Fühlung stehen, dem Einfluß der Umwelt, der Trinkanschauungen und -sitten, der Gelegenheit und Versuchung, also den äußeren Ursachen, eine recht beträchtliche Rolle ein. Auffallen muß es im übrigen, daß in beiden Werken in den obigen Zusammenhängen die doch nach Umfang, wie nach Gewicht bedeutsame deutsche irrenärztliche Forschung so gut wie nicht berücksichtigt ist.

Dr. Flaig, Berlin-Zehlendorf.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

54. Jahresversammlung südwestdeutscher Psychiater am 24. und 25. Oktober 1931 in der Klinik für Gemüts- und Nervenranke Frankfurt a. M.

Vormittagssitzung vom 24. Oktober 1931. Vorsitzender: *Hoche-Freiburg*.

Teilnehmerliste: *L. Alexander-Frankfurt, Angerlinck-Offenbach, Aschaffenburg-Köln, Auerbach-Frankfurt, Beck-Frankfurt, Beetz-Stuttgart, Berberich-Frankfurt, Bernhard-Uchtspringe, Bethe-Frankfurt, Breuer-Heidelberg, Bohn-Frankfurt, Bühl-Offenbach, Budde-Marburg, H. Cohn-Frankfurt, Conrad-Hadamar, Creutz-Düsseldorf, Eliasberg-München, Ewald-Erlangen, Feuchtwanger-München, Fink-Frankfurt, Fleck-Göttingen, Fleischhacker-Frankfurt, Friedemann-Königstein i. T., Fünfgeld-Frankfurt, Georgi-Nieder-ramstadt b. Darmstadt, Gerngroß-Bad Wiessee, Gierlich-Wiesbaden, Glatzel-Göppingen, Grünthal-Würzburg, Grünberg-Gießen, Gruhle-Heidelberg, von Hagen-Frankfurt, Hahn-Frankfurt, Haymann-Badenweiler, Helsper-Düsseldorf, Herz-Frankfurt, Heyde-Würzburg, S. Hirsch-Frankfurt, Hirsch-Stern-Frankfurt, Hirsch-Tabor-Frankfurt, Hoche-Freiburg, Hoffmann-Tübingen, H. Holz-Frankfurt, Jacoby-Sayn, Jokisch-Frankfurt, Isserlin-München, Kalberlah-Frankfurt, O. Kant-Tübingen, Kihn-Erlangen, Kino-Frankfurt, Kleist-Frankfurt, Krauß-Kennenburg, Kresiment-Bonn, Kretschmer-Marburg, Kroiß-Würzburg, Kruse-Mainz, Kuttner-Uchtspringe, Leibowitz-Homburg v. d. H., Liebermann-Hamburg, Mannheimer-Frankfurt, Marx-Ahrweiler, Mauz-Marburg, E. Metzger-Frankfurt, Meyer-Bonn, A. Meyer-Frankfurt, H. Meyer-Frankfurt, Max Meyer-Köppern, Mörchen-Wiesbaden, Müller-Lohr, Neustadt-Düsseldorf, G. Oppenheim-Frankfurt, Oppenheimer-Frankfurt, Peters-Godelau, Rawack-Frankfurt, Reichardt-Würzburg, Riggenbach-Basel, Rinkel-Düsseldorf, Rosanes-Frankfurt, Rosenstein-Frankfurt, Rothschild-Köppern, Ruffin-Heidelberg, Ruppert-Neu-Isenburg, Scheele-Würzburg, Scheiderer-Frankfurt, Schenker-Heidelberg, Scheven-Frankfurt, Schmidt-Klingenmünster, Schmitz-Bonn, Schottky-München, Schultheis-Frankfurt, T. Schulze-Frankfurt, G. Schwab-Idstein, W. Seitz-Frankfurt, Gertrud Sioli-Düsseldorf, Sioli-Düsseldorf, Soentgeräth-Frankfurt, Staudenberg-Waldbreitbach, F. Stein-Frankfurt, Steinbrecher-Düsseldorf, Steinfels-Mannheim, Stern-Frankfurt, Stoeckle-Lohr, Strauß-Heidelberg, Hans Strauß-Frankfurt, Stutz-Basel, Thiel-Frankfurt, Thorne-Frankfurt, Trautmann-Frankfurt, Tréfousse-Frankfurt, Troeltsch-Haina, Veit-Offenbach, Wagner-Düsseldorf, Wahlmann-Eichberg, Wassermeyer-Alsbach, Wegscheider-Marburg, Wegener-Andernach, Weich-*

brodt-Frankfurt, Weidner-Merzig, Weinberg-Frankfurt, Westphal-Marburg, Widmann-Frankfurt, Wilhelmy-Bonn, Wilmanns-Heidelberg, Zeitlin-Frankfurt.

Kleist-Frankfurt a. M.: Ärztliche Gedanken zum Neubau der Frankfurter Klinik für Gemüts- und Nervenranke.

Meine Damen und Herren! Die Tagungen der südwestdeutschen Psychiater sind eigenartig verknüpft mit den Entwicklungsstufen der klinischen Einrichtungen für Geistes- und Nervenranke in Frankfurt. Als Sie sich im Oktober 1924 zum letzten Male in Frankfurt versammelten, war in der alten Klinik an der Feldstraße gerade der Hörsaal fertig gestellt worden, den die anfangs der 60er Jahre erbaute und nicht als Klinik gedachte Anstalt bis dahin entbehrte. Der Festsaal der Anstalt, in dem die Vorlesungen seit Gründung der Universität gehalten worden waren, war damals, nachdem ich eine Berufung nach Leipzig abgelehnt hatte, umgebaut und mit aufsteigenden Sitzreihen, Projektionsapparat, Filmkabine und Vorzimmer ausgestattet worden. Diese und andere im Laufe der Jahre erreichte Verbesserungen an den Laboratorien und den Krankenabteilungen änderten aber nichts Wesentliches an dem veralteten Zustande der ganzen Anstalt, deren weite Entfernung von den übrigen Kliniken und Instituten den Unterricht und die ärztlich-wissenschaftliche Zusammenarbeit innerhalb der medizinischen Fakultät schwer behinderte. Heute, da wir die südwestdeutschen Psychiater wieder in Frankfurt begrüßen dürfen, feiern Sie mit uns den 1. Geburtstag unserer gerade vor einem Jahr bezogenen neuen Klinik.

Als die Stadt im Sommer 1927 das Gelände der alten Anstalt an die I. G.-Farbenindustrie verkaufte, die dort ihr großes Verwaltungsgebäude errichten wollte, habe ich in einer Denkschrift vom Oktober jenes Jahres meine Gedanken zur Erbauung einer neuen Klinik entwickelt:

Im Vordergrund stand dabei meine Überzeugung, daß die neue Klinik keine reine Aufnahmeklinik werden durfte, wie es die Mehrzahl der verwandten deutschen Kliniken geworden ist. Als *Griesinger* im Jahre 1868 den Gedanken der Stadtasyle faßte, aus dem auch die »psychiatrischen und Nervenkliniken« hervorgegangen sind, konnte er nicht voraussehen, daß sich später an denselben ein sowohl der Behandlung wie der Erforschung der Krankheiten gleich abträglicher Schnellverkehr entwickeln würde. Wenn *Griesinger* Stadtasyle bezw. Kliniken für die akuten und rasch vorübergehenden oder sich in kurzer Zeit bessernden Geistesstörungen und für die Behandlung von Nervenranken verlangte, während die chronischen und unheilbaren Geistesranke bald in die Landesanstalten übergeführt werden sollten, so reichte doch der Umfang von 60—150 Betten, den *Griesinger* je nach der Größe der Stadt vorschlug, völlig aus, um die Kranken durchschnittlich 3 bis 4 Monate in der Klinik zu behalten; denn die Aufnahmen waren damals absolut und relativ zur Bevölkerung viel spärlicher als in den späteren Jahrzehnten. Auch die Kurve der Frankfurter Aufnahmen und Einwohnerzahlen (Abb. 1) läßt dies deutlich erkennen. Noch 1887 betrug die Aufnahmen bei 160000 Einwohnern nur wenig mehr als 100 im Jahr; sie stiegen dann allmählich mit der Bevölkerungszunahme bis zum Jahre 1900 auf 500 bei 260000 Einwohnern, um von da an die Einwohnervermehrung in raschem Aufstiege weit hinter sich zu lassen, so daß 1906 schon 1425 Aufnahmen bei

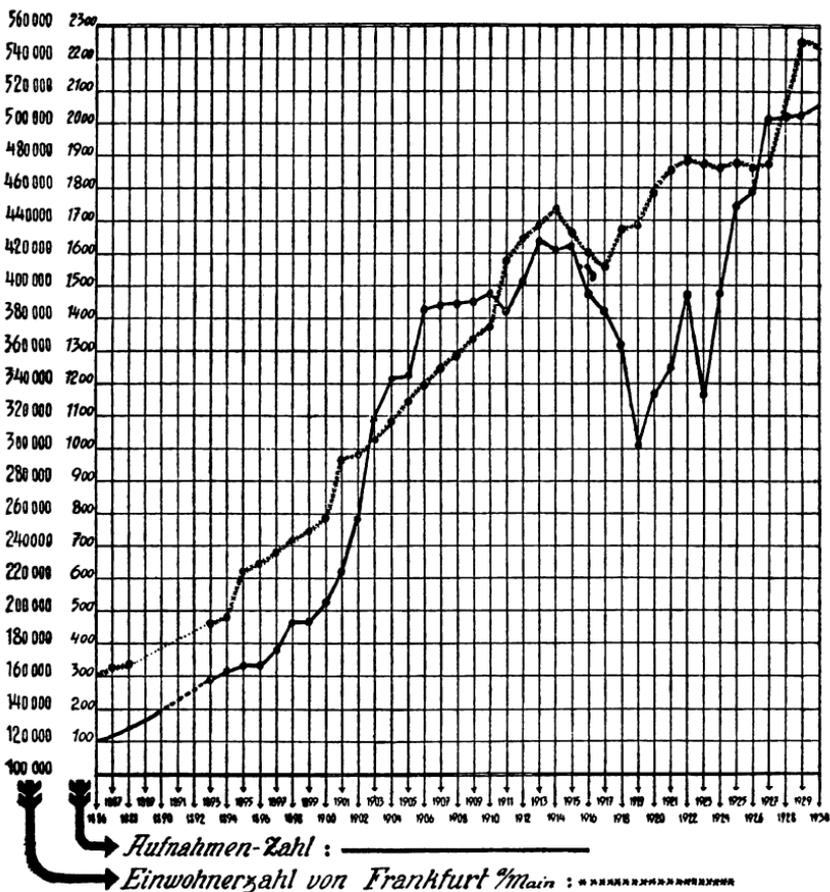


Abb. 1.

340000 Einwohnern erfolgten. Bis zum letzten Vorkriegsjahre (1913) waren es in etwas langsamerem Anstiege 1640 bei 440000 Einwohnern geworden. Der Krieg, die Inflation und andere wirtschaftliche Schwankungen führten dann zu vorübergehenden Senkungen, die aber rasch wieder stärkeren Auftrieben wichen, so daß 1929 im letzten Jahre der alten Klinik, die Zahl von 2021 Aufnahmen bei 551000 Einwohnern erreicht wurde.

Demgegenüber mußte verhindert werden, daß die neue Klinik einen zu kleinen Umfang erhielt; und das wäre der Fall gewesen, wenn man nach dem Muster der übrigen psychiatrischen und Nervenkliniken, wie sie zuletzt in Breslau, Königsberg und Marburg errichtet wurden, und deren Plan auch der im Bau begriffenen!) Münsterer Klinik zugrunde liegt, eine Bettenzahl

1) inzwischen fertiggestellten.

von 80—100 angenommen hätte. Das hätte zur Folge gehabt, daß die Kranken im Durchschnitt nur $2\frac{1}{2}$ Wochen hätten in der Klinik verweilen können. Unsere genauen Berechnungen ergaben dagegen, daß bei der Zusammensetzung des Frankfurter Krankenmaterials eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 7—8 Wochen die untere Grenze darstellt, bis zu der man gerade noch herunter gehen konnte, um den sozialen und therapeutischen Bedürfnissen, sowie den diagnostischen, wissenschaftlichen und unterrichtlichen Anforderungen zu genügen und auf ein ausreichendes Sektionsmaterial rechnen zu dürfen. Gerichtliche Begutachtungen dauern bis zu 6 Wochen; typische Behandlungen wie Malaria- und Salvarsankuren bei Paralyse, Brom- oder Luminalkuren bei Epilepsie, Morphinum-Entziehungskuren nehmen 6—8 Wochen in Anspruch. Kranke mit epileptischen Dämmerzuständen werden zwar meistens nach längstens 2 Wochen wieder klar, können aber wegen der Gefahr von Rückfällen nicht vor 4—6 Wochen entlassen werden. Das gilt auch für viele symptomatische Psychosen. Andere typische Abläufe dauern zwar wesentlich kürzere Zeit, Alkoholiker mit gewöhnlichen oder pathologischen Rauschen, Psychopathen mit Erregungszuständen und Anfällen können oft schon nach wenigen Tagen die Klinik wieder verlassen, ebenso manche Nervenranke, die zu bestimmten Untersuchungen (Lumbalpunktion!) zu genauerer Beobachtung oder zur Begutachtung aufgenommen wurden. Solchen kurzen Aufenthalten stehen aber zahlreiche andere Kranke gegenüber, deren regelmäßige Verläufe 4—6 Monate in Anspruch nehmen, die Melancholien und Manien, die heilbaren Verwirrtheiten, die Motilitätspsychosen, die akuten Phasen katatoner und schizophrener Erkrankungen. Diagnostisch unklare Fälle sollten, auch wenn die Krankheit länger währt, bis zum Abblaufe beobachtet werden, oder solange bis sich ein Dauerzustand herausgebildet hat.

Aus einer 7—8 wöchigen Aufenthaltsdauer bei 2000 Aufnahmen ergab sich die Notwendigkeit einer Bettenzahl von 250, die ich für die neue Frankfurter Klinik von Anfang an vertreten und gegen nicht geringe Widerstände schließlich durchgesetzt habe. Mit diesem Umfang wurde auch die Überlieferung der alten Frankfurter Anstalt soweit als möglich gewahrt. Bei ihrer Erbauung im Jahre 1863 als reichsstädtische »Heil- und Pflegeanstalt für Irre und Epileptische« unter *Heinrich Hoffmann* faßte sie 200 Betten und konnte nach ihrer Erweiterung und Umgestaltung als Stadtasyl unter *Sioli* im Jahre 1890 350 und mehr Kranke beherbergen. Die nach der Gründung der Universität (1914) beabsichtigten Veränderungen konnten unter der Ungunst der Zeit nur zu einer teilweisen Anpassung an die neuen klinischen Aufgaben führen. Seit einer 1920/22 unter meiner Mitwirkung durchgeführten Umstellung bestand die Anstalt aus der eigentlichen Klinik mit 190 Betten und einer Abteilung für chronische Hirn- und Nervenranke von 120 Betten, zusammen 310 Betten. Da von den Insassen dieser Siechenabteilung aber ungefähr die Hälfte für unterrichtliche und wissenschaftliche Zwecke entbehrlich war, ergaben sich auch von dieser Seite her 250 Betten als angemessene Zahl.

Schließlich bestand ein Vertrag zwischen der Stadt und dem Bezirk Nassau, der die Stadt verpflichtete, dem Bezirksverbande eine ursprünglich auf 200 angesetzte, später stillschweigend auf 80 ermäßigte Anzahl von landarmen Geisteskranken abzunehmen. Dieser Verpflichtung hätte die Stadt mit einer wesentlich kleineren Klinik nicht nachkommen können,

und noch weniger wäre dann ein Zuschuß des Bezirksverbandes zu den Baukosten der neuen Klinik zu erlangen gewesen. An diesem Zuschuß wäre der mir vorschwebende Klinikplan beinahe noch gescheitert, wenn ich nicht — die weiter schauenden Wünsche der Bezirksverwaltung erkennend — der Stadt geraten hätte, den Vertrag durch eine engere wissenschaftliche Zusammenarbeit zwischen Klinik und Bezirksanstalten in der Form von klinischen Fortbildungskursen, Ärzte- und Pflegeraustausch, Übernahme von Sektionen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen, gemeinsamen katamnestisch-erbbiologischen Nachforschungen u. ä. zu ergänzen.

Mit der Empfehlung einer verhältnismäßig großen Klinik von 250 Betten wollte ich keineswegs die Bedeutung des *Griesingerschen* Kliniktypus verleugnen. Habe ich doch selbst dessen Wert als Assistent der Halle'schen Nervenlinik, in der durch *Hitzig* zum ersten Male *Griesingers* Gedanken verwirklicht wurden, kennen gelernt und verdanke der Verknüpfung von Psychiatrie und Neurologie die Grundlagen meines fachwissenschaftlichen Denkens. Vielmehr lag mir daran, den Gedanken *Griesingers* durch Anpassung an die veränderten Verhältnisse wieder rein hervortreten zu lassen und in der neuen Frankfurter Klinik die Mängel zu vermeiden, die anderwärts durch eine ungemein gestiegene Aufnahmezahl bei gleichbleibendem Raum entstanden waren. Diese Nachteile sind mir selbst erst völlig klar geworden, nachdem ich als Oberarzt in Erlangen und als Professor in Rostock und Frankfurt eine andere Art von Kliniken kennen gelernt hatte, die man im Gegensatz zu den »Aufnahmekliniken« als »Anstaltskliniken« bezeichnen kann: Anstaltskliniken, weil die dort mit Absicht gelöste Verbindung zwischen Anstalt und Klinik erhalten geblieben war, sei es, daß eine ganze Anstalt als Klinik diene (Rostock, Frankfurt, Zürich, Düsseldorf, in gewissem Sinne auch Bonn und Göttingen) oder daß ein Teil derselben als Klinik verselbständigt wurde (Erlangen). Daß es den Anstaltskliniken schwer fällt, auch die Nerverkrankten und die psychisch-nervösen Grenzfälle zu gewinnen, habe ich selbst genugsam erfahren. Trotzdem schätze ich es als ein besonderes Glück meines Bildungsganges, daß er mich von der Nerven- und Aufnahmeklinik durch die Anstaltsklinik geführt hat. In Erlangen habe ich gesehen, daß ich in Halle von der Psychiatrie nur die Hälfte gelernt hatte. Erst dort und später in Rostock sah ich die chronischen und unheilbaren Erkrankungen, aber auch die langen und häufig rezidivierenden Verläufe nicht verblörender Psychosen, lernte die der Anstalt eigenen Arten der Fürsorge und Behandlung kennen und wurde so vor der gefährlichen Entfremdung zwischen klinischer und Anstaltspsychiatrie bewahrt. Meine Untersuchungen über klinische Formen und Verläufe der endogenen (schizophrenen) Defekterkrankungen und über deren eigenartige und diagnostisch entscheidende Ausfallerscheinungen, besonders auf gedanklichem und sprachlichem Gebiete wären ohne diese Erfahrungen unmöglich gewesen. Und erst im Besitz dieser Kenntnisse konnte mit Aussicht auf Erfolg versucht werden, den Kreis der Schizophrenien auf ihr wirkliches Herrschaftsgebiet zu beschränken und andere bis dahin irrig oder fraglich zu den Schizophrenien gerechnete Fälle abzuscheiden und als besondere Psychosen zu beschreiben, wie die Involutionsparanoia, die Motilitätspsychosen, die Verwirrtheiten, die episodischen Dämmerzustände und andere sog. Degenerationspsychosen. Die alte Frankfurter Anstaltsklinik ergänzte diese Beobachtungen nach der Einrichtung einer Siechenabteilung (1920) noch durch eine Fülle von herd-

artigen Hirnkrankheiten, bes. arteriosklerotischer Natur, die für die hirnpathologische Grundlegung psychischer und nervöser Einzelstörungen ein unschätzbbares Material lieferten und meine Kriegsbeobachtungen an Hirnverletzten wesentlich ergänzten.

Wenn die neue Frankfurter Klinik dem allem eine Heimstätte bereiten sollte, so konnte man nicht einfach die alte Anstaltsklinik erneuern und ihr eine Nervenklinik hinzugesellen, sondern es mußte etwas Neues und Einheitliches erdacht werden, das die Vorzüge beider Arten von Kliniken in der durch Unterricht und Forschung gebotenen Weite und Begrenztheit enthielt. Dazu war nicht nur ein größerer Umfang im Vergleich zu den meisten Aufnahmekliniken erforderlich, sondern auch eine weitergehende Gliederung in Abteilungen, die die auf *Griesinger* zurückgehende Gliederung in offene Nervenabteilung, ruhige und unruhige Wachabteilung genügt gegenüber der Mannigfaltigkeit des zu erwartenden Krankenmaterials und im Hinblick auf die verschiedenen Behandlungs- und Beschäftigungsweisen nicht. Es waren vielmehr 5 gesonderte Abteilungen, sowohl für Männer wie für Frauen erforderlich:

1. eine offene Nervenabteilung,
2. eine Wachabteilung für Hirnkranken (Gelähmte, Versteifte, Apraktische u. ä.),
3. eine Wachabteilung für Gemütskranke, vornehmlich für Melancholische u. a. ruhige Geisteskranke,
4. eine Wachabteilung für Erregbare, Unausgeglichene, sonst aber geordnete »Halbruhige«, d. h. hauptsächlich für Psychopathen, unter denen sich auch zugleich die größte Zahl arbeitsfähiger Kranker findet,
5. eine Wachabteilung für unruhige Geisteskranke.

Als 6. kam dazu die für Knaben und Mädchen gemeinsame Kinderabteilung.

Bei den Nervenkranken und den ruhigen Wachpatienten war eine Trennung in eine Abteilung der 3. Klasse und eine solche der 2. und 1. Klasse zu empfehlen, letztere mit Einzelzimmern.

Wünschenswert wäre auch eine Infektionsabteilung gewesen. Wegen der hohen Anlagekosten und der geringen Rentabilität einer solchen mußte man sich aber damit begnügen, einige Räume auf der halbruhigen Abteilung so einzurichten, daß sie im Bedarfsfalle als Infektionsabteilung benutzt und abgetrennt werden können. Da die Nerven-, Hirn- und Gemütskranken, sowie die abnormen Kinder allesamt ruhige Patienten sind, so war es gegeben, diese Abteilungen einander näher zu rücken oder sie in verschiedenen Stockwerken eines Baues unterzubringen. Ebenso mußten die Abteilungen der unruhigen und halbruhigen Kranken einander genähert und von den ruhigen Abteilungen abgesondert werden. Das Modell (Abb. 2) zeigt Ihnen, wie das vom Architekten verwirklicht wurde: je ein Männer- und Frauenbau, der sich in einen zweistöckigen hinteren Bauteil für die Unruhigen (Erdgeschoß) und die Halbruhigen (1. Stock) und einen dreistöckigen vorderen Bauteil für die Hirnkranken (Erdgeschoß), Gemütskranke (1. Stock) und Nervenkranken (2. Stock) gliedert. Der vordere Bauteil enthält außerdem in dem nach vorn vom Treppenhaus gelegenen Abschnitt im Männerbau die Kinderabteilung, im Frauenbau die Schwesternwohnungen (Erdgeschoß und 1. Stock), sowie jederseits die Wachabteilung für ruhige Patienten 1. und 2. Klasse (im 2. Stock).

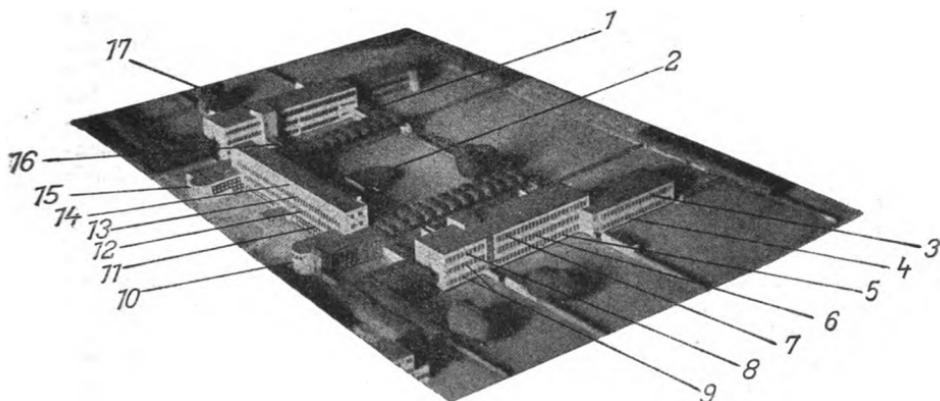


Abb. 2. Modell der Klinik.

1. Liegehalle; 2. Andachts- u. Versammlungsraum; 3. Halbruh-Abteilung; 4. Unruh-Abteilung; 5. Hirnkranken-Abteilung, III. Klasse; 6. Gemütskranken-Abteilung, III. Klasse; 7. Nerven-Abteilung III. Klasse; 8. Gemütskranken-Abteilung, I. u. II. Klasse; 9. Kinderabteilung; 10. Hörsaal; 11. Aufnahme, Poliklinik, Hauptbau; 12. Ärztliche Direktion, Verwaltung, Bücherei u. a., Hauptbau; 13. Laboratorium, Hauptbau; 14. Ärzte-Wohnungen, Hauptbau; 15. Küche; 16. Verbindungsgang; 17. Treppenhaus (Aufzug).

Der Gliederung der ganzen Klinik in Abteilungen steht die Raumverteilung innerhalb jeder einzelnen Abteilung gegenüber. Die Gesichtspunkte der Behandlung und Überwachung, der Beschäftigung und des Betriebes empfehlen eine Dreiteilung jeder Krankenabteilung (Abb. 3):

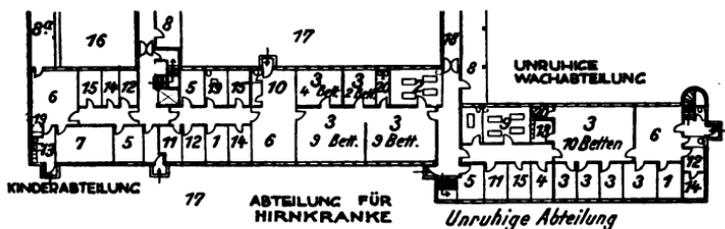


Abb. 3.

1. Untersuchungszimmer; 2. u. 9. Behandlungsbad; 3. Bettenräume; 4. Sonderbett; 5. Besuchszimmer; 6. Tagraum; 7. Schule; 8. u. 8a Liegehalle; 10. Werkraum; 11. Raum für schmutzige Wäsche; 12. Abstellraum; 13. Waschraum; 14. Garderobe; 15. Teeküche; 16. Kinder-Spielhof; 17. Garten; 18. Verbindungsgang; 19. Aufnahmebad; 20. Abort.

- Kranken-, bzw. Schlafräume größeren Umfanges, aber nicht über 10 Betten, daneben überall kleinere Zimmer mit 2—3 Betten, sowie Bade- und Waschraum;
- Tages- und Beschäftigungsräume mit Arbeitsgelegenheiten und Geräte- raum;
- Betriebsräume von möglicher Reichhaltigkeit (Untersuchungs- und Be- suchszimmer, Spülküche, Abstellraum, Kleiderkammer, Schwestern- zimmer, Raum für schmutzige Wäsche, Aufnahmebad).

Bezüglich der Kranken- und Tagesräume hat *Simons* Gütersloher Anlage, hinsichtlich der Betriebsräume *Heilbronners* Utrechter Klinik als Vorbild gedient. Jede Abteilung bildete somit eine kleinere Einheit der Klinik, ohne daß sie deshalb als Sondergebäude (Pavillon) erstellt werden mußte. Vielmehr dachte ich mir die ganze Anlage der Klinik als ein »verbundenes Pavillonssystem«, bei dem die Abteilungen gruppen- und stockwerkweise zusammengelegt und durch Treppen und Aufzüge, sowie durch außerhalb laufende, gedeckte und heizbare Gänge untereinander und mit den gemeinsamen zentralen Einrichtungen verbunden sein sollten.

Ich habe schon in meiner Denkschrift empfohlen, die gemeinsamen zentralen Einrichtungen für die Aufnahme, für gewisse Behandlungen und Untersuchungen (Elektro- und Hydrotherapie, Röntgen und Operationen), für Poliklinik, Laboratorien und Sektionen, für den Unterricht (Hörsaal mit Nebenräumen) und für die Bücherei, für Andachten und Unterhaltungen der Kranken und für die Leitung der Klinik in einem mehrstöckigen mittleren Baukörper mit den zentralen Wirtschaftsräumen (Küche, Fernheizanlage, Werkstätten) und mit den Wohn- und Umkleideräumen zu vereinen. Die Verwirklichung zeigt Ihnen das Modell (Abb. 2) in dem Hauptbau.

Die einzelnen technischen Einrichtungen der Abteilungen, der Laboratorien u. ä. Räume, bei deren Auswahl und Gestaltung der ärztliche Rat häufig entscheidend mitgewirkt hat, die grundsätzliche Vermeidung von Gittern, Zellen und allem Gefängnisartigen bei Wahrung der Sicherheit, das Wohnliche und Gefällige der Räume werden Sie auf dem Rundgang durch die Klinik sehen. Eine genaue Beschreibung wird in einer ausführlicheren Veröffentlichung erfolgen.

Zur Erholung, Bewegungen und Beschäftigung der Kranken waren geräumige Gärten erforderlich, und zwar Sondergärten der einzelnen Abteilungen und ein gemeinsames Garten- und Feldgelände. Jeder Abteilungsgarten sollte eine Liegehalle mit Vorplatz, eine Rasenfläche, Blumenbeete und — was hier auf meinen Rat zum erstenmal versucht wurde — eine kleineres Gemüseland erhalten, das von den Kranken der jeweiligen Abteilung zu bestellen war. Durch die Einbeziehung der Gartenarbeiten in die Abteilungen selbst hoffte ich viel mehr Kranke dieser besten aller Beschäftigungsarten zuzuführen, als wenn man nur das außerhalb der Abteilungen gelegene allgemeine Feldgelände zur Verfügung hätte, auf dem immer nur die weniger überwachungsbedürftigen Kranken beschäftigt werden können. Der Gedanke hat sich durchaus bewährt. Während die Gärten der Wachabteilungen — wenn auch nur mit halbhohen Hecken und verdeckten Drahtzäunen — abgeschlossen sein mußten, war für die Nervenkranken ein gemeinsamer offener Garten und eine Spielwiese vorzusehen. Außer den Sondergärten benötigte man ein größeres Feldgelände, einen Obstgarten, ein Gewächshaus und Frühbeete sowohl zur Nutzung, wie zur Beschäftigung. Wie alle diese Anlagen vom Architekten und vom Gartenbauer gestaltet wurden, zeigen Ihnen der Lageplan (Abb. 4), das Modell (Abb. 2) und der Überblick über die ganze Anlage, den Sie nachher von der Terrasse des Hauptbaus haben werden.

Der gesamte Flächenraum der Klinikanlage beträgt 4,75 ha, hat also einen weit größeren Umfang, als die sonstigen Nervenkliniken. Wir verdanken das dem Zusammentreffen mehrerer glücklicher Umstände: das städtische Krankenhaus mit den übrigen medizinischen Kliniken und Instituten,

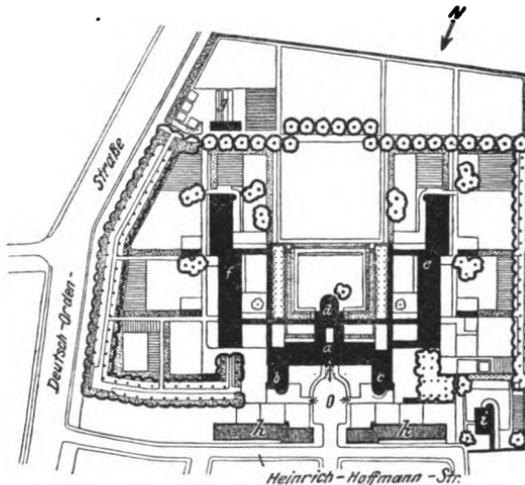


Abb. 4.

- a) Mittelbau; b) Küche; c) Hörsaal; d) Versammlungsraum; e) Männer- u. Kinderbau; f) Frauenbau; g) Gärtnerei; h) Wohnungen f. Beamte u. Angestellte; i) Direktor-Wohnhaus.

in deren Nähe die neue Nervenklinik errichtet werden sollte, lag schon am Rande der Stadt, und neben dem Krankenhausesgelände, zwischen ihm und der weiter westlich gelegenen orthopädischen Klinik (Friedrichsheim) befand sich ein umfangreiches freies stadteigenes Gelände, das für die neue Klinik wie geschaffen war.

M. Elsässer-Frankfurt a. M.: **Bauliche Gestaltung der neuen Frankfurter Klinik für Gemüts- und Nervenranke.**

Der Bau einer Nervenklinik ist ganz allgemein eines der schwierigsten Bauprobleme. Die Bauaufgabe enthält in sich einen gewissen Widerspruch, insofern die ärztliche Behandlung auch in den Baumaßnahmen einen Schutz des Kranken vor seiner eigenen Unzurechnungsfähigkeit verlangt, auf der anderen Seite aber für den Kranken das Gefühl möglicher Freiheit und freundlicher Versorgung verlangt, unter Vermeidung des Eindrucks des Gefängnishaften und des früheren traditionellen Irrenhaus-Charakters. Dieser Widerspruch ist für den modernen Architekten besonders schwierig zu überwinden, weil die innere Wahrhaftigkeit und die unmittelbare Gestaltung und Formung des Zweckes die ersten Voraussetzungen der heutigen Baugesinnung sind.

Das besondere Problem der Frankfurter neuen Klinik lag darin, daß sie weder eine reine Heil- und Pflegeanstalt, noch ein reines Universitäts- und Forschungsinstitut werden sollte, sondern gemäß den Traditionen der alten Heilanstalt und dem Universitätsvertrag eine Kombination von Universitätsklinik und Heilanstalt.

Für eine derartige Bauaufgabe gab es zunächst drei Lösungsmöglichkeiten:

1. Den mehrgeschossigen Stockwerkbau mit Korridorsystem, wie er bisher in Universitätskliniken und in älteren Heilanstalten üblich war.

Der Vorteil dieser Anordnung ist eine große Wirtschaftlichkeit und relativ geringe Baukosten. Die Nachteile eine Erschwerung weitgehender Differenzierung der einzelnen Abteilungen und gegenseitige Belästigung der verschiedenen Stationen durch den Verkehr auf den Korridoren; endlich die Unmöglichkeit, innerhalb der Station dem Kranken eine möglichste Bewegungsfreiheit zu geben.

2. Die Hochhauslösung, wie sie auch für Nervenkliniken neuerdings in Amerika wiederholt zur Ausführung gekommen ist.

Die Vorteile der Hochhauslösung liegen in der Möglichkeit starker Differenzierung der Abteilungen in je einem Geschoß, großer Bewegungsfreiheit innerhalb der Abteilung.

Die Nachteile liegen in großen Schwierigkeiten des senkrechten Verkehrs, insbesondere im Transport der Kranken auf Treppen und in Aufzügen; vor allem in starker Abschließung der Abteilungen von den Gartenanlagen, die für die Arbeitstherapie eines der wichtigsten Momente der modernen Nervenklinik bilden.

Über die Wirtschaftlichkeit in europäischen Verhältnissen liegen noch keine Erfahrungen vor.

3. Die Pavillonlösung wie sie in neueren Heilanstalten in den letzten Jahrzehnten durchgeführt wurde.

Hier liegen die Vorteile in der angenehmen Unterbringung der Kranken (Vermeidung des Anstaltscharakters) in der innigen Verbindung mit den Gartenanlagen und in der großen Bewegungsfreiheit innerhalb der einzelnen Stationen.

Diesen Vorteilen stehen auch große Nachteile gegenüber, vor allem die mangelhafte ärztliche Beaufsichtigung des Pflegepersonals; große Unwirtschaftlichkeit, hohe Baukosten und schlechte Verbindung der Krankenstationen mit dem Hauptbau, also mit Küche, Aufnahmestation, Operations-, Röntgen-, Filmräumen und Hörsaal.

Da alle drei Lösungen große Nachteile gegen sich hatten, wurde eine neue Lösung versucht durch ringförmige Anlage aneinandergereilter Pavillons mit unmittelbaren Durchgangstüren für den Arzt, enge Verbindung der Pavillons mit Einzelgärten, große Bewegungsfreiheit innerhalb der Abteilungen und trockener, wettersicherer Verbindung der Pavillons durch ein System von Korridoren zwischen Pavillons und Hauptbau.

Das erste Projekt erwies sich leider als zu teuer. Da ein schlechter Baugrund bei horizontaler Grundrißanlage die Baukosten unverhältnismäßig erhöhte, und da bei einer Bettenzahl von 250 Betten und einem umfangreichen Raumprogramm für das Forschungsinstitut eine Bausumme von 3,5 Millionen Mark inkl. Bauplatz und Nebenkosten von vornherein limitiert war, so mußte eine zweite einfachere Lösung versucht werden, die nach verschiedenen Reduktionen ausgeführt wurde und statt einzelner Pavillons zwei Krankenflügel mit drei Etagen vorsah, einen Hauptbau mit Küche, Verwaltung, ärztlicher Direktion, Poliklinik, Hörsaal, Operations-, Röntgen- und Filmräumen, sowie umfangreiche Laboratorien und Arztwohnungen. Die Krankenflügel sind mit dem Hauptgebäude durch ein System von Verbindungsgängen verbunden, durch die ein bequemer Verkehr und Krankentransport zwischen Station,

Aufnahme, Hörsaal, Operationsraum, Röntgen- und Filmräumen, Versammlungsraum und Küche gewährleistet wurde.

Die einzelnen Stationen mit den Krankenflügeln wurden nach dem Gütersloher System angelegt: jede Station erhält unmittelbaren Ausgang nach den Arbeitsgärten und doppelte Ausgänge und Treppenhäuser an beiden Enden der Station. Die besonderen Terrainverhältnisse und Lagebedingungen ermöglichten die Anlage eines Hochgartens, so daß die Krankenstation des ersten Stockes gleichfalls ebenerdige Verbindung mit dem Garten erhalten.

Im einzelnen wurden besondere Neuerungen durchgeführt in der Anlage der Fenster (bei denen durch eine geeignete Sprossenteilung die Anlage von gefängnisartigen Gittern überflüssig wurde), in der Anlage der Bäder und Waschgelegenheiten (mit gemeinsamer Bedienung unter Vermeidung von Mißbrauch und Selbstbeschädigung durch die Kranken) und in übersichtlicher und doch geschützter Anlage der Toiletten in den einzelnen Stationen.

Wenn auch die Beschränkung der Bausumme zu größter Sparsamkeit in der Durchführung des Baues zwang, so war es doch möglich, in verschiedener Hinsicht weitgehende Verbesserungen und Fortschritte gegenüber den bisherigen Nervenkliniken durchzuführen.

An die kurze Erläuterung des Modelles, des Grundrisses und des Lageplanes der baulichen Anlage schloß sich eine Führung durch das Gebäude an.

E. Herz-Frankfurt a. M.: Über den Film im Dienste der psychiatrisch-neurologischen Forschung und Lehre.

Der ursprüngliche Zweck der Kinematographie, den gesamten Ablauf von Bewegungsfiguren im Bild festzuhalten, kann durch die Verallgemeinerung des Films nicht verwischt werden. Die kinematographische Apparatur ist in der Hand des Bewegungsphysiologen ein spezifisches Hilfsmittel, mit dessen Hilfe bestimmte Fragestellungen besser als seither gelöst werden können. Bei der Bedeutung der Bewegungserscheinungen ist diese Methode auch in Psychiatrie und Neurologie ein unentbehrliches Forschungsmittel geworden, außerdem — mehr aus praktischen Gründen — ein nicht zu unterschätzendes Lehrmittel.

Der ursprünglichen Bedeutung entsprechend wird auch jetzt noch der Film in erster Linie dazu benutzt, Bewegungsabläufe zu fixieren. Doch nicht allein der spätere Betrachter des Films sondern in gleicher Weise der Arzt, der schon am Krankenbett den Vorgang beobachten konnte, wird bei der Filmbetrachtung manches erst sehen lernen, was ihm vorher entgangen ist. Bei weitem sicherer als die schwankende Aufmerksamkeit des Untersuchers arbeitet die mechanisch eingestellte Filmapparatur und registriert bestimmte Vorgänge, ganz gleichgültig, was sich sonst noch ereignet. Wesentlich erleichtert wird die Analyse durch Verwendung mehrerer Aufnahmeapparate, die außer dem Gesamtbild in Großaufnahmen die Bewegungen einzelner Teile demonstrieren. Hinzu kommt noch die Möglichkeit, denselben Vorgang sich mehrmals vorzuführen, wobei dann die Aufmerksamkeit auf den einen oder anderen Bewegungsanteil gelenkt werden kann.

Diese Art der Filmanalyse fand seither besonders nutzbringende Anwendung bei den hyperkinetischen Zustandsbildern der Geisteskrankheiten. Die zumeist verwickelten Bewegungserscheinungen an ver-

schiedenen Körperteilen konnten weitgehend differenziert werden, ähnliche Erscheinungen, die zu verschiedenen Zeiten zur Beobachtung kamen, konnten miteinander verglichen und so immer wiederkehrende Zustandsbilder herausgearbeitet werden. Die im Laufe der Jahre an zahlreichen Beobachtungen festgestellten Bewegungsbilder, wie expressive, stereotype, parakinetische Erregungen traten jedoch keineswegs wahllos bei den verschiedenartigen Krankheitsprozessen auf, vielmehr ließ schon das Aussehen der Erregungen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die Zugehörigkeit zu den heilbaren hyperkinetischen Psychosen, den von *Kleist* herausgestellten Motilitätspsychosen und Verwirrtheiten oder zu den ungünstig verlaufenden Katatonien vermuten. Zahlreiche andere Probleme sind auf diese Weise bearbeitet worden. Die Bewegungsstörungen der Idioten wurden einer genauen Betrachtung unterzogen, bei den epileptischen Erkrankungen, der Paralyse, Enzephalitis und anderen organischen und Herderkrankungen des Gehirns fanden sich gleiche oder ähnliche Bewegungserscheinungen wie bei den endogenen Psychosen: hierdurch war auch die hirnpathologische Betrachtung dieser verschiedenartigen Störungen angebahnt.

Bei den Unruheerscheinungen der Geisteskranken genügt zumeist die ein- oder mehrmalige Vorführung des Films, um die Besonderheiten der Bewegungsart zu erkennen: Ausdrucksbewegungen, Gegenstandsbewegungen, Reaktivbewegungen oder Parakinesen abzutrennen. Mannigfaltigkeit im Wechsel der Erscheinungen oder einförmige Wiederholung zu bemerken. Doch dann, wenn es sich nicht um bestimmte Bewegungskategorien sondern um regellos aneinandergereihte, jedoch ganz verschieden aussehende Einzelbewegungen und Abläufe handelt, können die Merkmale und Unterschiede erst durch eine feinere Filmanalyse festgestellt werden. Auf diese Weise wurden von uns die verschiedenen amyostatischen Unruheerscheinungen bei Nervenkranken gegeneinander abgetrennt. Im Laufe der letzten Jahre konnten zahlreiche Beobachtungen mit derartigen Bewegungsstörungen im Laufbild festgehalten werden. Schon bei der Vorführung dieser Filme waren gewisse Unterschiede von Chorea, Ballismen, Athetose, Myoklonien, Zittern und anderen Formen zu erkennen, wie ja auch am Krankenbett eine derartige Sonderung getroffen werden kann. Um jedoch die Merkmale jeder einzelnen Störung herauszuarbeiten, Bewegungsart, Tempo, Wechsel und Ablauf jeder einzelnen Bewegung und Bewegungsabfolge genau festzulegen, genügt die einfache Vorführung nicht. Einzelabläufe müssen bei langsamster Vorführung studiert werden, häufig Bild für Bild betrachtet und dabei Haltungen und Stellungen miteinander verglichen werden. Bei sehr schnellen Bewegungsarten, wie bei Zittern oder den Ticzuckungen konnte erst nach Verlangsamung der Bewegungen mit Hilfe der Zeitlupe an die Analyse herangegangen werden, da bei der gewöhnlichen Aufnahme nur unscharfe Bilder entstanden. Durch Abzählen der regelmäßig aufeinander folgenden Filmbilder kann auch der zeitliche Ablauf festgelegt, der Rhythmus von Abfolgen wie beim Zittern oder die Frage der Gleichzeitigkeit z. B. bei Mitbewegungen bestimmt werden. Nur durch eine genaue filmanalytische Sonderung der auch bei demselben Fall auftretenden Störungen wird es möglich sein, ganz bestimmt gearteten klinischen Ausfallserscheinungen auch bestimmte anatomische Läsionen gegenüberzustellen.

Schon die Verlangsamung des Tempos einer Bewegung durch die Zeitlupe liefert völlig andere Bilder, als das Auge bei der Untersuchung wahr-

nimmt. Nun gibt es aber eine Gruppe von Bewegungserscheinungen, deren Zusammensetzung wir mit Hilfe unseres Gesichtssinns überhaupt nicht wahrnehmen können. Wenn Bewegungsfiguren von Bewegungen mit geringer Exkursion gebildet werden und diese kurzen Bewegungen außerdem noch sehr schnell ablaufen, dann kann der Blick Einzelheiten überhaupt nicht mehr erkennen. Die motorischen Reaktionen beim Erschrecken (*Strauß*), Pupillenbewegungen (*Löwenstein*) oder auch Nystagmusbewegungen können allein bei eingehendem Studium der einzelnen Filmbilder analysiert werden. Auch das Studium der individuellen Motorik, der feineren Besonderheiten, die jedem Menschen sein charakteristisches Gepräge geben, wird nur mit Hilfe der Filmanalyse weiterkommen. — Bei der Gutachtertätigkeit und auch sonst als Beweismittel (Fixierung von epileptischen Anfällen) wird der Film eine Rolle spielen.

Doch der einzelne Forscher, der Filme dreht und sie zu seinen Analysen benutzt, muß sich darüber klar sein, daß damit der Zweck des für ihn wertvollen und kostspieligen Materials keineswegs erfüllt ist. Es ist nicht zu verantworten, daß die in den einzelnen Kliniken und Instituten hergestellten Filme nur einem verschwindend kleinen Kreis bekannt werden und dann in den Archiven lagern. Aus rein praktischen Gründen muß das vorhandene ungeheure Filmmaterial als Lehrfilme Verbreitung finden, die aus den geeigneten Fällen der verschiedenen Institute und Kliniken zusammengesetzt sind. Produktive Bearbeitung (Beschriftung, Einfügen von Trickzeichnungen usw.) verhilft zu einer erschöpfenden klaren Darstellung eines Themas.

Sowohl die Herstellung von Forschungsfilmen wie bes. die Produktion von Lehrfilmen ist mit großen nicht nur materiellen Schwierigkeiten verbunden, die der einzelne kaum überwinden kann. Nur ein Zentralinstitut ist den ungeheuren Aufgaben gewachsen, das zu erstreben, uns auch die jetzige schlechte Wirtschaftslage nicht verbieten kann. Eine derartige Zentralstätte müßte durch technische Hilfsmittel und geschulte Berater die einzelnen Institute unterstützen. Kostspielige Apparaturen (Zeitlupe, Zeitraffer, Tonfilm, mikrokinematographische Apparate) müßten von der Zentralstelle aus an den verschiedenen Stellen je nach Bedarf eingesetzt werden. Weiterhin müßte das schon geschaffene Material gesichtet und überarbeitet werden. Das Ministerium und die Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen haben sich schon bereit erklärt, an der Herstellung eines Katalogs der vorhandenen Filme mitzuarbeiten. Schließlich soll die Herstellung von Lehrfilmen systematisch betrieben werden, indem Aufnahmen an den verschiedenen Stellen angefertigt und dadurch das Material erfaßt und ausgenutzt wird.

Unterbau eines derartigen Zentralinstituts werden immer die Leistungen sein, die in den Filmen zum Ausdruck kommen. In der jetzigen Zeit wird die Durchführung der Pläne und die Schaffung von Arbeitsmöglichkeiten nicht allein von dem Maß wissenschaftlichen Eifers sondern in gleicher Weise von einer großen Portion Optimismus abhängig sein.

Blum-Frankfurt a. M.: Die Erscheinungsformen der psychischen Störungen bei experimenteller Epithelkörpercheninsuffizienz.
(Erscheint im Archiv f. Psychiatrie.)

R. Hahn-Frankfurt a. M.: Chorea- und Tic-artige Bewegungen bei Kindern.

Die psychomotorische Übererregbarkeit bei Kindern läßt sich weitgehend als Übersteigerung des typisch kindlichen Verhaltens verstehen. Fehlen die Hemmungen der Erziehung, so wird das »normale« Kind unruhig. Was zunächst als krankhafte Unruhe anmutet, ist sehr häufig nicht mehr als das Fehlen jeder Disziplin. Das Bild ist der Hypomanie sehr ähnlich, hat aber nosologisch natürlich nichts damit zu tun, auch nicht wenn die Hauptzüge rein zutage treten: heitere Stimmung, erleichterte Auslösung von Bewegungen, starke Ablenkbarkeit, leichte aber nicht nachhaltige Anregbarkeit. Handlungs- und Ausdrucksbewegungen erfolgen rasch, sind oft überschüssig kräftig und durchweg mit vielfachen und lebhaften Mitbewegungen verbunden. Diese »hypomanische« Unruhe macht durchaus den Eindruck mehr oder weniger sinnvoller Beschäftigung und asthenischen Affektes, meist heiterer, gelegentlich zornmütiger Stimmung. Ein anderer Typus psychomotorischer Unruhe ist charakterisiert durch Räkeln und an sich herumspielen, das in der Hauptsache den Eindruck der Verlegenheit macht. Dabei finden sich häufig — selten bei der unkomplizierten hypomanischen Unruhe — primitive Bewegungen von Charakter der Chorea und des Tics: ruckartiges Heben oder nach vorn bewegen einer Schulter, Streckbewegungen eines Armes, die sich oft nur als größere Stöße bei der Tremorprüfung mit gespreizten Fingern zeigen, kleine choreatische Bewegungen, der Finger und Zehen, kurzes Verziehen eines Mundwinkels, Herumwälzen der Zunge, häufiges tiefes Einatmen, Zuckungen im Platysma und Sternocleidomastoideus. Diese Bewegungen sind im Ausmaß sehr gering, oft ist es besonders im Gesicht nur wie ein flüchtiges Hinhuschen von Zuckungen. Ihrem Charakter nach sind sie primitiv, heben sich dadurch scharf ab von »psychomotorischen« Bewegungen (spielerische Handlungen, Reaktiv- und Ausdrucksbewegungen). Komplizierte Tics vom Charakter der automatisierten Abwehrbewegung habe ich bisher fast nur bei postenzephalitischen und idiotischen Kindern neben den primitiven Unruhebewegungen gesehen.

Diagnostisch ist mit folgenden Möglichkeiten zu rechnen: 1. Reste durchgemachter oder abortiv verlaufende infektiöse Chorea. 2. Organische Striatumschädigungen anderer Art. 3. Funktionelle Striatumstörung als Teilerscheinung kindlicher Psychopathie.

Unter 70 nicht ausgewählten Fällen der geschilderten chorea- und tic-artigen Unruhe finden sich 4, die der ersten Möglichkeit entsprechen: zweimal akuter, halbseitiger Beginn, der eine nach Halsentzündung, einmal schleichend mit rezidivierendem Gelenkrheuma, einmal nach Angina subakuter Beginn mit jahrelangen Schwankungen. In allen vier Fällen halbseitiges Überwiegen einzelner Erscheinungen auch später noch.

Der zweiten Möglichkeit entsprechen: 1. Chron. Hydrokephalus mit subakuter Verschlimmerung, Stauungspapille. Stiller Junge mit kleinen choreat. Gesichtszuckungen. 2. Epilepsie nach Meningo-Enzephalitis und zwei Fälle nach Schädeltrauma, alle drei zeigen neben den choreatischen auch atheotische Bewegungsstörungen. 3. Ein Fall mit langsamen, regelmäßig sich wiederholenden Pro- und Supinationsbewegungen der einen Hand und sich daran anschließenden choreatischen Fingerbewegungen. Cronischer striärer Prozeß?

Die große Mehrzahl ist nicht auf infektiöse oder andere organische Grundlage verdächtig. Sie haben durchweg ausgesprochen psychopathische Züge mit starker Beteiligung des epileptischen Formenkreises, der auch in der Belastung mit ca. 50% eine auffällige Rolle spielt. Die meisten sind von klein auf lebhaftere Kinder, choreatische und Ticerscheinungen treten aber selten im vorschulpflichtigen Alter auf. Mit der Pubertät verlieren sich die hyperkinetischen Erscheinungen regelmäßig. Bei Jugendlichen sind primitive chorea- und ticartige Zuckungen jedenfalls selten. Arzneibehandlung hat wenig Erfolg, am ehesten noch Brom mit Valeriana. Psychotherapeutisch-heilpädagogische Behandlung mit Herausnahme aus dem häuslichen Milieu, gelegentlich schon einfacher Erholungsaufenthalt führen oft — nicht immer — zu Besserung in ein bis zwei Monaten.

Hans Strauß-Frankfurt a. M.: Über paroxysmale Lähmung.

Vortr. zeigt im Film den Ablauf eines typischen Anfalles von paroxysmaler Lähmung. Die Erkrankung betrifft einen Jungen von nunmehr 6 Jahren, bei welchem der erste Anfall mit $2\frac{1}{2}$ Jahren auftrat. Bezüglich der Erblichkeit wird angegeben, daß der Vater leicht erregbar sei, ebenso dessen Vater. Zwei Schwestern des Vaters sind linkshändig. Die Mutter des Vaters leidet an Gicht. Die Mutter des Pat. hat während der Gravidität eine (anscheinend reaktive) Depression und einen Zustand schwerer körperlicher Erschöpfung durchgemacht. — Normale Geburt und ungestörte Entwicklung in den ersten beiden Lebensjahren. Der erste Anfall soll im Verlauf einer hochfieberhaften Erkrankung (Temperaturen bis 41°) unklarer Art aufgetreten sein, bei welcher der behandelnde Arzt keinen objektiven Organbefund erheben konnte. Die Anfälle sollen von da ab zunächst alle 3—4 Wochen, immer zusammen mit Fieberanfällen aufgetreten sein, begannen nachts und endeten am nächsten Vormittag zusammen mit dem Fieber. Seit 1929 hat sich der Anfallstyp insofern geändert als die Anfälle jetzt ohne Fieber verlaufen, der Pat. aber vom Beginn des Anfalles ab stark schwitzt, was bei den fieberbegleiteten Anfällen nicht der Fall war. Starke Häufung der Anfälle im letzten Jahr. — Beginn stets während der Nachtruhe gegen Mitternacht, allmähliche Rückbildung im Laufe des Vormittags. Lange durchgeführte Kontrolle der Nahrungsaufnahme zeigt, daß stärkere Kohlehydratzufuhr im Laufe des Tages das Auftreten des Anfalls in der nächstfolgenden Nacht begünstigt. Einschränkung der Kohlehydratzufuhr führt zum Seltenwerden der Anfälle. Blutzuckerspiegel im Intervall und im Anfall normal, ebenso Kalziumspiegel im Anfall. Insulingaben im Anfall haben keinen günstigen Einfluß. Einmal wurde sogar eine Verschlechterung des Zustandes nach Insulininjektion und Besserung nach darauffolgender Kohlehydratzufuhr beobachtet. Traubenzuckerinjektion löst einen Anfall nicht aus, ebensowenig Adrenalin oder Hyperventilation. Obwohl sicher eine Beziehung der Anfälle zum Kohlehydratstoffwechsel besteht, ist die Art dieser Beziehung zunächst noch völlig unklar. Während einer fieberhaften Grippe sistierten die Anfälle ungewöhnlich lange. — Im Intervall keinerlei auffallender Befund. Muskulatur o. B., auch keine Veränderung der Chronaxie. — Auf dem Höhepunkt des Anfalls sind an den Beinen nur kraftlose Rotation in der Hüfte und kraftlose Beugungen und Streckungen des Fußes möglich. An den Armen sind nur die Fingerbewegungen kraftlos ausführbar. Auch die Halsmuskulatur ist schwer paretisch, am wenig-

sten eingeschränkt sind die Rotationsbewegungen. Gesichts- und Augenbewegungen nicht gestört, Sprache aber nasal. Rumpfmuskeln frei. Muskulatur elektrisch völlig unerregbar. Bei der Rückbildung bleiben am längsten die Hüftstrecker und die Peronealmuskulatur betroffen. — Angesichts der Anamnese erschiene es möglich, daß die paroxysmale Lähmung im vorliegenden Falle eine postenzephalitische Erkrankung darstellt.

Leo Alexander-Frankfurt a. M.: Über gleichsinnige und symmetrische, durch passive Bewegungen und elektrische Reizung auslösbare kontralaterale Mitbewegungen. (Symmetrisches Mitbewegtwerden.) Mit Filmvorführung und einer Krankenvorstellung.

Es wird über zwei Fälle berichtet, bei denen der seltene Befund erhoben werden konnte, daß nicht nur durch aktive Bewegungen eines Armes im Handgelenk und in den Fingergelenken, sondern auch durch passive Bewegungen und durch elektrische Reizung in völlig gesetzmäßiger Weise gleichsinnige und symmetrische kontralaterale Mitbewegungen auslösbar waren. In dem einen Fall handelt es sich um eine zerebrale Kinderlähmung (Fall *Reu.*), in dem anderen um einen Fall von postenzephalitischer Starre, bei dem außerdem eine alte genuine Epilepsie vorlag (Fall *Möll.*).

Im Anschluß an die Filmvorführung wurde der eine der beiden Kranken (Fall *Reu.*) vorgestellt und an ihm die durch passive Bewegungen und durch elektrische Reizung auslösbaren kontralateralen Mitbewegungen demonstriert. Dabei gelang es insbesondere zu zeigen, daß starke faradische Reizung der Nerven und Muskeln des rechten Armes stets gleichsinnige, schwache faradische Reizung jedoch gegensinnige Bewegungen des entsprechenden homologen Gliedes des linken Armes auslöste.

(Erschienen im »Journal für Psychologie und Neurologie« Bd. 44, 1932.)

Eduard Beck-Frankfurt a. M.: Über eine eigentümliche amyotatische Störung (mit Krankenvorstellung).

Es wird der 52 jährige ehemalige Straßenbahnschaffner Nikolaus Man vorgestellt, der seit März 1925 Symptome einer arteriosclerotischen Erkrankung des Gehirns zeigt und sich wiederholt mit kürzeren Unterbrechungen in der Frankfurter Universitätsklinik befunden hat.

Es ließen sich zusammengefaßt folgende Symptome feststellen: Rechtsseitige Parese, das r. Bein ist bedeutend stärker paretisch als der r. Arm. Auch das l. Bein ist paretisch, aber nicht so stark wie das rechte. Ferner Rigor, untermischt mit Spasmen, im r. Bein deutlicher als im r. Arm; Gegenhalten, Zwangsgreifen im engeren Sinne (nach *Schuster*), ausgesprochenes Zwangslachen bis zur Explosion, lebhaftere Reizbarkeit bis zu Wutanfällen, Iterationen, Perseveration, *Démarche trepidante* Tachyrhythmie, hochgradige Dysarthrie mit iterativ logoklonischem Gestammel, Dyspraxie der l. Hand, Agraphie, Dyslexie, Wortfindungsstörung und Agrammatismus.

Das *Babinskische* Phänomen war meist erst dann auszulösen, wenn man mit dem Hammerstiel am äußeren Fußrand wiederholt rasch auf und ab strich.

Besonderes Interesse gewann der Patient durch eine Störung, die bei Ausföhrung bestimmter Bewegungen zutage trat. Forderte man den Patienten auf in die Hände zu klatschen, so tat er dies bei unauffälligem Ausmaß in

einem sehr schnellen Tempo, das er zunächst beibehielt. Allmählich wurde aber das Bewegungsausmaß immer kleiner, bis schließlich die Bewegung ganz sistierte. Nach kurzer Pause begann dann das »Spiel« von neuem. Verlangte man nun ein langsames Tempo, so zeigte sich Folgendes: Der Patient klatschte jetzt unregelmäßig und unrhythmisch ein bis zweimal, um dann sofort wieder in sein schnelles Tempo zu verfallen. Vorgegebene und auch vorgemachte rhythmische Änderungen wie $\cup\cup\cup$ oder $\cup\cup\cup\cup\cup$ oder gar $\cup\cup\cup\cup\cup\cup\cup$ gelangen erst recht nicht. Immer wieder verfiel der Patient in sein schnelles »Eigentempo«. Für die Erscheinung der schnellen rhythmischen Bewegungen schlagen wir den Terminus Tachyrhythmie vor.

Wir sind uns dabei wohl bewußt, daß in diesem Terminus nicht die Unfähigkeit zu langsamen rhythmischen Bewegungen zum Ausdruck kommt. Aber selbst wenn wir den Ausdruck Abradyrhythmie vorziehen würden, so käme wieder nicht heraus, daß der Pat. auch tachyrhythmisch ist. Konsequenter Weise müßte man also von einer Abradyrhythmie verbunden mit Tachyrhythmie sprechen.

Waren die rhythmischen Bewegungen, die vom Patienten verlangt wurden, komplizierterer Natur, wie z. B. rascher Faustschluß verbunden mit Handöffnung, so trat die Störung noch deutlicher hervor. Auch hierbei kam es nach anfänglich richtigem Ausmaß der Bewegung zu einer Verminderung desselben und schließlich zu einem Sistieren der Bewegung. Es hatte dann den Anschein, als ob man eine Art Kontraktionsnachdauer vor sich hätte, als ob ein Intentionskrampf bestünde. Mit der Kontraktionsnachdauer hatte diese Erscheinung aber nur das Außere gemeinsam. Eine myotonische Reaktion fand sich weder bei Spontanbewegungen noch bei mechanischen Reizen (auch nicht bei elektrischer Reizung).

Rasche Pro- und Supinationsbewegungen im Handgelenk, die wieder leichter sind als Faustschluß-Handöffnung, gingen beiderseits ausgezeichnet. Sobald man aber ein langsames Tempo verlangte, versagte der Patient. Es sah dann so aus, als hätte er eine Adiadokokinese.

Besonders eindrucksvoll ließ sich die Tachyrhythmie beim Gange nachweisen. Wie die Filmanalyse erkennen ließ, war der Gangmechanismus intakt. Trotzdem die einzelnen Gliedabschnitte alternierend innerviert wurden, kam kein lokomotorischer Effekt zu stande. Der Patient klebte förmlich am Boden. Er schob sich breitbeinig mit vorgestelltem rechten oder linken Bein höchstens um ein ganz geringes Ausmaß nach vorne.

In seltenen Fällen allerdings kam ein kleinschrittiger Gang zustande. Das geringste Hindernis aber, schon eine Türschwelle oder auch die Nähe einer Wand brachte diesen kleinschrittigen Gang zum Sistieren, und es ging dann nicht mehr vorwärts.

Bei dem Zustandekommen der eigenartigen Gangstörung wirken bei unserem Patienten deutlich erkennbar 2 Komponenten zusammen. Die erste ist die Parese. Sie erschwert an und für sich die richtige Lokomotion. Die zweite ist die Tachyrhythmie. Sie verkürzt die zwischen den einzelnen alternierenden Bewegungen liegenden Zeitintervalle so sehr, daß bei der Parese infolge des raschen Hin und Hers ein lokomotorischer Effekt gar nicht erst zustande kommen kann. Die Innervationsimpulse bleiben gewissermaßen »oberflächlich und flüchtig«.

Ähnlich verhielt es sich mit der Sprache. An sich konnte der Pat. Buchstaben und Worte leidlich verständlich, wenn auch dysarthrisch und

iterativ logoklonisch nachsprechen. Sobald er aber mehrere Worte oder einen Satz nachsprechen sollte, schlug er sein rasches Eigentempo an, er wurde immer undeutlicher und verstummte schließlich in einem Wortgestammel oder Gemurm, von dem nichts mehr zu verstehen war. Hier müßte man besser von Tachylalie und Abradylalie sprechen.

Auch bei sonstigen Bewegungen, seien es solche spontaner Natur oder solche nach Aufforderung, traten die Tachyrhythmien zutage. So z. B., wenn er sich auf die Brust klopfte, um zu zeigen, wie gesund er sei, oder wenn er auf die Uhr an der Wand zeigen sollte. Er tat dies dann iterativ im schnellen Rhythmus.

Die Tachyrhythmien stehen den Pulsionen (auch Sprachpulsionen) nahe, sind aber nicht mit ihnen identisch.

Die Ingangsetzung der Bewegung und das Sistieren derselben waren ungestört. Der Patient konnte sofort aufhören, wenn man es von ihm verlangte.

Nach Schluß der Vormittagssitzung fand eine Führung durch den Neubau der Klinik statt.

Nachmittagssitzung am 24. Oktober 1931. Vorsitzender *Aschafenburg* (Köln).

Hoche-Freiburg: Ist die Hysterie wirklich entlarvt? (Erscheint in der Deutschen med. Wochenschrift).

W. Eliasberg-München: Pathologisches Verhalten im Wirtschaftsleben. (Typen und Theorie.)

Zwischen der Wirtschaft und der individuellen Pathologie (Psychopathologie) besteht eine doppelte Beziehung. Die pathologischen Individuen wirken auf die Wirtschaftsvorgänge ein, und die Wirtschaft selbst gewinnt Beziehung zur Psychopathologie, indem sie a) psychopathologisches Geschehen entweder erzeugt oder b) seinen Inhalt bezw. Ablauf bestimmt, oder c) bestimmte psychopathologische Varianten eliminiert oder andererseits züchtet. (*Eliasberg*: Grundriß einer allgemeinen Arbeitspathologie, Lpz. 1924, sowie derselbe: Wirtschaft und Vertrauen, Schmollers Jahrbuch f. Ges. Geb. und Verw. Jg. 52. h. 6).

Wie immer man sich auch den Begriff der Wirtschaft und des Wirtschaftens zurechtlegen mag, ob man an das Sich-einrichten, Abschätzen, Vorsorgen, Verzicht-leisten, Sparen als eine Grundhaltung des Wirtschaftens, d. h. des Konsumierens oder an die mit der modernen Produktion verbundene Tendenz zur Steigerung des Absatzes, d. h. die Erhöhung des Bedürfnisstandards zuerst denkt, ob man endlich das formale, sogenannte wirtschaftliche Prinzip zugrunde legt, in jedem Falle bleibt für die in der Wirtschaft verflochtenen Wirtschaftssubjekte die Verpflichtung eine Dauerhaltung, eine Dauerform ihres Handelns und Verhaltens, eine Motivation auszubilden. Den äußeren Regeln, sofern solche vorhanden sind, muß eine innere Gerechtigkeit, eine Introception der Regeln entsprechen.

Je nach der Form dieser Motivation unterscheiden wir selbständige und abhängige Arbeit. Die Form der Motivation fällt zwar durchschnittlich, aber keineswegs immer mit dem zusammen, was wir als Rechtsform abhängige oder selbständige Arbeit nennen. Diese beiden Grundtypen der Motivation bestimmen auch den gesamten sozialpsychischen Habitus, (*Lederer*, Arch.

f. Soz. Wiss. Bd. 46, 1918) den Rhythmus der Existenz, der beim Selbstständigen durch die Abfolge der Generationen, beim Abhängigen durch Lohnperioden bestimmt ist.

Der Zusammenhang von wirtschaftlichem und pathologischem Geschehen ist schon von *Kraepelin* öfter meisterhaft geschildert worden. Jedoch beschränkt sich *Kraepelin* in der Deutung darauf, die physiologischen und pathopsychologischen Folgen des modernen Kampfes ums Dasein herauszuheben. *Hellpach* hat 1906 (»Nervenleben und Weltanschauung«) das Moment der Freiheit oder Unfreiheit in seiner Bedeutung für das pathopsychologische Geschehen näher analysiert; er spricht von Hysterie als der Krankheit der Unselbstständigkeit und Neurasthenie als der Erkrankung der mit Selbstständigkeit, Verantwortung überladenen Menschen.

Die Motivation läßt sich noch weiterhin danach gliedern, in welcher Sozialsphäre der Sitz der Störung liegt. Danach ist zu unterscheiden die eigentliche sozialpsychologische Sphäre der anschaulichen Beziehungen und die rein soziologische Sphäre, in welcher das Verhalten ganz allein an abstrakten Ordnungen orientiert ist. Für beide Verhaltensweisen ist eine Motivation notwendig.

An der Unfallneurose, ihrer Theorie und ihrer praktischen Behandlung kann gezeigt werden, welche Bedeutung diese Unterscheidungen gewinnen. Die typische Unfallneurose ist eine Störung des Verhaltens zu den Ordnungen. Nur wer in sich ein geordnetes Verhalten je ausgebildet hat, kann ein typischer Sozialneurotiker werden. Der »typische Psychopath« dagegen mit seinem jähen Wechsel der Stimmungen, ebenso der Jugendlichen haben noch keine Berufsmotivation und können deswegen auch nicht typische Sozialneurotiker werden. Ihre Neurosen sind Individualneurosen, sie sind gewissermaßen zufällig in das Räderwerk der Wirtschaft hineingelangt.

Ein typisches Beispiel für die positive Selektion individualpsychologischer Typen in der Wirtschaft gibt die Analyse der Beamtenparanoia, bezw. des Vertrauenspostens. Indem hier das Individuum als Ausgleich seiner wirtschaftlich zu leichten Existenz ein Übermaß an Hingabe, Vertrauensleistung zuwege bringt, indem es auf Grund bestimmter paranoider Anlagen sich selbst in die Rolle des Unersetzlichen hineinsteigert, leistet es denjenigen »Mehrwert«, ohne welchen in Wahrheit die Wirtschaft gar nicht bestehen kann; die Wirtschaft muß daher auch diesen Typus von Menschen (ältere Berufsangehörige sich erhalten; die sogenannte Verjüngungsbewegung in der Wirtschaft war zweifellos ein Fehlgriff.

An dem Beispiel remittierter Paralytiker (siehe *Mauz* »Zur Psychopathologie malariaremittierter Paralytiker« 55. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Psychiater in Baden-Baden 1930) wird gezeigt, daß das soziale Temperament allein für wirtschaftlich notwendige Funktionen nicht ausreicht. Die selbständige Stellungnahme zur Ordnung, das verantwortungsvolle Handeln ist bei den Paralytikern nicht mehr in dem Maße möglich, wie früher, während er andererseits lenkbarer und im unmittelbaren Kontakt anpassungsfähiger geworden ist.

Weichbrodt-Frankfurt a. M.: Unfall und Selbstmord.

In einer früheren Arbeit über den Selbstmord hat Ref. den Standpunkt vertreten, daß die Selbstmordhäufigkeit am stärksten vom Wirtschaftsleben beeinflußt wird und daß die Religiosität wohl die stärkste Hemmung

gibt. Das sehr starke Ansteigen der Frauenselbstmorde und der Selbstmorde bei den Juden wurden als Beweise angeführt. Da brauchbare Erhebungen über Selbstmörder sehr schwer zu erhalten sind — haben doch sehr oft die Angehörigen das allergrößte Interesse, die wirklichen Gründe nicht anzugeben —, so hat Ref. die Akten von Selbstmördern am Versorgungsamt Frankfurt a. M., verschiedener Lebens- und Unfallversicherungen und der Berufsgenossenschaften eingehend durchgearbeitet, und hier soll nur von den Fällen gesprochen werden, die von den Berufsgenossenschaften erledigt wurden. Nach der geltenden Rechtsprechung wird hier ein Selbstmord als Unfallfolge nur dann anerkannt, wenn der Selbstmord in einer Geisteskrankheit verübt wurde, die Folge des Unfalls ist.

In einer Reihe von Fällen wurde der Selbstmord im Betrieb vorgenommen, und es war nur zu klären, ob der Tod durch einen Unfall oder Selbstmord herbeigeführt war. In den meisten Fällen handelte es sich um Männer, die Verfehlungen (Unterschlagungen u. ä.) begangen hatten oder in schlechten Familienverhältnissen lebten.

Bei einer anderen Gruppe konnte man sich nicht erklären, wieso ein Selbstmord verübt wurde, und so suchte man nach Gründen und glaubte, ganz belanglose weit zurückliegende Unfälle ansuldigen zu können.

In einigen Fällen war der Selbstmord eine Reaktion auf das Unfallerebnis (Katastrophenreaktion). Es handelte sich in der Hauptsache um Führer von Kraftwagen, die ohne selbst nennenswert verletzt zu sein, nach einem Zusammenstoß sich das Leben nahmen.

Klar waren die Fälle, bei denen nach einem Unfall ein Fieberdelir auftrat und in diesem Delir ein Selbstmord verübt wurde. Die Krankenhäuser müssen besonders darauf hingewiesen werden, wie wichtig es ist, mit derartigen Möglichkeiten zu rechnen.

In wenigen Fällen wurde kurz nach dem Unfall aus Angst vor Verkrüpplung oder Erblindung Selbstmord begangen, ohne daß sich ein Anhaltspunkt dafür finden ließ, daß eine Psychopathie vorlag.

Relativ häufig wurde behauptet, daß der Selbstmord in einer postkommotionellen Psychose begangen wurde. Hier bestanden große Schwierigkeiten, sich auf Grund der Akten ein brauchbares Bild zu machen. Aber soviel kann wohl auf Grund der dem Referenten vorliegenden Fälle gesagt werden, daß in den ersten Wochen nach einer Gehirnerschütterung eine derartige Labilität vorliegen kann, daß mitunter Gedanken auftauchen, man werde nicht mehr arbeitsfähig werden.

Auffallend war die Feststellung, daß der Selbstmord viel häufiger vom Rentenverfahren als vom Unfall abhängig war. Die Einweisung in ein Krankenhaus, die Ankündigung einer Nachuntersuchung, geringfügige Rentenherabsetzungen, Angst vor Lumbalpunktionen geben häufig den letzten Grund zum Selbstmord. Aber hierbei konnte stets eine schon krankhafte Veranlagung vor dem Unfall nachgewiesen werden (Psychopathen, Epileptiker usw.). Diese Selbstmorde erinnern sehr an die der Soldaten im Weltkriege, die sich das Leben nahmen, um den Krieg nicht mitzumachen.

Unter den Spätfällen standen die meisten Selbstmörder im 6. Lebensjahrzehnt, also in einem Alter, wo auch sonst die relativ größte Selbstmordhäufigkeit besteht. Hier waren fast stets familiäre Verhältnisse die letzte Ursache. Relativ häufig hatten sich diese Männer, die jahrelang nichts mehr gearbeitet hatten, dem Trunke ergeben, auch aus diesen zahlreichen Akten

war zu erkennen, daß für sehr viele Fälle als wichtigste Ursache des Selbstmords die Entwurzelung angegeben werden muß.

Es sei festgestellt, daß Selbstmorde bei Unfallkranken bei der großen Zahl der Unfälle wohl nicht den Prozentsatz erreichen, der der Selbstmordhäufigkeit der Gesamtbevölkerung entspricht. In einer Lemnärat erscheinen den Monographie werden die einzelnen Gruppen eingehend geschildert werden.

G. Oppenheim-Frankfurt a. M.: Die Schallplatte im Dienste der Elektromedizin.

Soweit sich die Elektromedizin elektrischer Ströme von geringer Intensität und niedriger Spannung bedient, unterliegen ihrem Wirkungsbereich die elektrisch erregbaren Organe unseres Körpers, also im wesentlichen Nerven- und Muskelsystem, und ihre Aufgabe ist eine dreifache: Funktionsprüfung, Behandlung von Lähmungs- und Schwächezuständen, Schmerzbekämpfung.

Die wissenschaftliche Entwicklung geht dahin, an Stelle der bisher vorzugsweise angewandten galvanischen und faradischen Ströme andere Stromwirkungen zu ermöglichen, die den fortschreitenden Erkenntnissen von der Kompliziertheit der Nervenirregbarkeit entsprechen. Es handelt sich dabei um Ströme, von kompliziertem, aber zeitlich genau bestimmbarem Rhythmus, zu deren Anwendung immer wieder neue, kostspielige Apparaturen entstehen.

Die Schallplatte ist nach den Untersuchungen des Vortragenden berufen, hier einen grundlegenden Umsturz zu veranlassen, und zwar im Sinne einer Vereinfachung, Vervollkommnung und Verbilligung.

Denn die Schallplatte ist ja nicht nur zur Aufnahme und Wiedergabe von akustischen Vorgängen geeignet, sondern sie ist imstande — wie die moderne elektrische Aufnahme- und Wiedergabetechnik zeigt — jeden rhythmisch verlaufenden elektrischen Vorgang auch kompliziertester Art genau aufzuzeichnen und mit Zuhilfenahme von Elektroden und Röhrenverstärker als elektrischen Strom getreu wiederzugeben, sodaß der wiedergegebene Strom nach Frequenz und Rhythmus genau dem aufgenommenen Strom entspricht.

Dies führt dazu, daß man eine ganze Serie kostspieliger Apparate durch einen einzigen, einfachen Apparat ersetzen kann, der nach Art eines elektrischen Grammophons gebaut ist und je nach Art der aufgelegten Platte sämtliche heute gebräuchlichen und in Zukunft denkbaren rhythmischen Stromformen zu liefern vermag.

Außerst interessant sind nun die Ergebnisse, wenn man mit einem solchen Apparat die von normalen Schallplatten erhältlichen Ströme auf den menschlichen Körper einwirken läßt. Diese Ströme haben naturgemäß Frequenz und Form der auf den Schallplatten enthaltenen Tongebilde, weshalb sie als »Tonfrequenzströme« bezeichnet werden. Sie lassen sich sowohl als modulierte Gleichströme wie auch als Wechselströme verwenden. Außerst wertvoll waren bei diesen Versuchen die sog. Meß- oder Frequenzplatten, die dem Vortragenden von der Kulturabteilung der Firma Lindström in dankenswerter Weise zur Verfügung gestellt wurden. Von solchen Platten erhält man Stromwirkungen, die bisher zwar z. T. schon theoretisch festgestellt, aber in der Praxis nicht zu erzielen waren. So erzeugen Tonfrequenzströme innerhalb der Frequenzbreite von 600 bis 3000 Hertz in den durchströmten Nervengebieten während des Stromdurchgangs eine Anästhesie, die

an kleineren Körperteilen sogar schmerzlose chirurgische Eingriffe erlauben dürfte, an umfangreicheren Körperteilen immerhin zur Beseitigung vorhandener Schmerzzustände dienen kann. Andere Meßplatten liefern Ströme, die genaueste Messung der Muskeleerregbarkeit gestatten (Prüfung der »Chronaxie«). Unübertrefflich sind jedoch die von Schallplatten erhältlichen »Tonfrequenzströme«, wenn es sich um die elektrische Behandlung von Lähmungs- und Schwächezuständen der Muskeln handelt. Hat man erst festgestellt, bei welcher Frequenz und Stromstärke die aufgesetzte Elektrode den Muskel am besten in Bewegung versetzt, so liefert die Schallplatte jeden Rhythmus, der geeignet erscheint, den gelähmten Muskel entsprechend seiner natürlichen Funktion zu bewegen. Es ist ohne weiteres klar, daß Marsch- und Tanzrhythmen den Bewegungen der Beine angepaßt sind, während die Rhythmen des gesprochenen oder gesungenen Wortes den feineren Bewegungsvorgängen der Lippen-, Mund- und Kehlkopfmuskeln entsprechen. Je nach dem Sitz der Lähmung ist daher die Auswahl rhythmisch betonter Platten möglich, deren Tonfrequenzströme das gelähmte Organ in seinem natürlichen Rhythmus bewegen und so ein elektrisches »Training« mit dem Ziel der Wiederherstellung oder Kräftigung der Funktion gestatten. Selbstverständlich lassen sich auch normale Muskeln auf diese Weise kräftigen und trainieren. Ferner lassen sich auch unwillkürliche Muskeln, wie die des Darms durch die Ströme geeigneter Platten in Bewegung setzen und zu ihrer natürlichen Funktion anregen. Besonders deutlich ist dies bei Fällen von Magen- und Darmatonie vor dem Röntgenschild festzustellen, wo man direkt beobachten kann, wie unter der Einwirkung rhythmischer Tonfrequenzströme Magen und Darm in peristaltische Bewegung geraten und den Inhalt peripherwärts weiterbefördern. (Vortragender demonstriert entsprechende Röntgenaufnahmen.)

Durch diese Beispiele lassen sich die neuen Wege und Möglichkeiten, die der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie durch die Schallplatte erschlossen werden, nur andeuten. Außer für die Lähmungsbehandlung erscheint das Verfahren besonders wichtig für die Unfallheilkunde, wo es sich darum handelt, nach Knochen- und Gelenkverletzungen die gefürchtete Muskelatrophie zu verhindern.

Es erscheint als lohnende Aufgabe für die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Technik, die für die ärztliche Behandlungspraxis erforderlichen einfachen Apparaturen zu schaffen und aus der vorhandenen Plattenliteratur das medizinisch wertvolle und wirksame Material auszusuchen, um daraus die Grundlagen für die Herstellung besonderer Platten für Behandlungszwecke zu gewinnen .

Max Meyer-Köppern: Experimentelle Untersuchungen zur Bromtherapie bei chronischer Epilepsie (gemeinsam mit Dr. phil. *Kohlstaedt*).

Anschließend an die bei der letzten Tagung in Mainz mitgeteilten Schwankungen des Kochsalzgehaltes und im Wasserhaushalt bei chronischen Epileptikern, als Ausdruck von Quellungserscheinungen in den Geweben, die keineswegs hinsichtlich Wasser- und Kochsalzausscheidung stets gleichsinnig zu sein pflegen und auf die gerade für den chronischen Epileptiker kennzeichnende Labilität bestimmter Stoffwechselforgänge hinweisen, werden diesmal die Bromausscheidungsverhältnisse in Zusammenhang mit der

Kochsalzausscheidung bei Darreichung kochsalzreicher Kost und gleichzeitiger Verabfolgung von Bromhosal (synthetisches Salz, das ein Ca-Na-Doppelsalz von Polyaminosäure mit niedermolekularen Fettsäuren darstellt und mit ionisiertem Brom — 60% gekuppelt ist und von den Chemisch-Pharmazeutischen Werken Bad Homburg dargestellt wird) besprochen.

Die Bedeutung der Bromtherapie ist im Laufe der beiden letzten Jahrzehnte gegenüber dem Luminal, dessen Nachteile bei chronischer Darreichung besprochen werden, stark zurückgetreten. Eine Anzahl neuerer Arbeiten über die Bedeutung der einzelnen Halogene spez. des Chlors und Broms lassen eine Revision unserer bisherigen Anschauungen spez. über die Frage der Bromanreicherung und Ausscheidungsverhältnisse beim Menschen notwendig erscheinen, da deren Ionen-Wirkung schon nach den Grundsätzen der *Hofmeisterschen* Ionenreihe hinsichtlich der Quellenvorgänge keineswegs gleichsinnig zu erachten ist. Es wird auf neuerliche Untersuchungen im *Straubischen* Laboratorium von *Baur* und *Oppenheimer* und die Arbeiten des Pharmakologen *Lipschitz* eingegangen, mit welchen sich die Ansichten der Schweizer Forscher über den Schwellenwert des Wirkungseintrittes kleiner Brommengen nicht mehr vereinigen lassen.

Versuche gemeinsam mit Dr. *Kohlstaedt* haben ergeben, daß bei Anwendung von Bromdosen von ca. 2 g pro Tag eine gleichmäßig quantitativ übersehbare Ausscheidung des Broms nach neueren Methoden nicht zu erreichen ist und bei dem für den Epileptiker in Betracht kommenden Bromdosen eine Regulierung des Brom-Chlorhaushaltes praktisch zurzeit noch nicht erzielt werden kann, da die im Vorjahr besprochenen Schwankungen im Cl. auch bei Bromdosen, wenn auch in geringerem Grade aber nicht gleichmäßig sich nachweisen lassen.

Wir wissen aus neueren Untersuchungen an Tieren von *Toxopeus*, daß die Bromverteilung unter bestimmten hormonalen Einflüssen verändert wird und zudem die Wirkungsweise des Brom Ions in der Verteilung zwischen Serum und Blutkörperchen sowie zwischen Serum und Geweben von jener des Chlors, kolloidchemisch betrachtet, durchaus verschieden ist, was wohl u. a. auch darauf beruht, daß das Bromid viel leichter oxydierbar ist, als das Chlorid.

Zum Schluß wird auf die Verschiedenheit der lokalisatorischen Wirkung der Bromide gegenüber dem Luminal im Sinne der *E. Pichs*chen Arbeiten hingewiesen, nach welchen die Brom-Ionen die pathologisch gesteigerte Erregbarkeit spez. in der Hirnrinde herabsetzen bez. solche Stoffe, welche die Hirnrinde erregen, dämpfen. Demgegenüber lähmt das Luminal, als eigentliches Hirnstammnarkotikum bereits in geringer Konzentration durch Schlaferzeugung die in den Hirnstamm zu verlegenden Regulationen. Wie es gelingt, durch gleichzeitige Darreichung mittels Kombination sowohl thalamisch wie kortikal wirkender Mittel eine potenzierte Schlafwirkung im Sinne des physiologischen Synergismus zu erzielen (Luminal-Skopolamin-Schlaf) empfiehlt sich bei Epilepsie die gleichzeitige Darreichung von Luminal und Bromhosal bei kochsalzreicher Kost, was an einzelnen Beispielen erläutert wird.

M. Wassermeyer-Alsbach: Seltenerer Formen von Schlafmittelvergiftung, insbesondere bei Morphinumtziehung.

Vier Fälle von Delirien nach Schlafmittelmisbrauch.

1. Fall: Ausbruch des Deliriums bei früherer Morphinistin nach erheblicher Steigerung der gewohnten Phanodormdosis.

2. Fall: Wiederholt rückfälliger Morphinist, daneben Medinal, zuletzt in großen Dosen, nach Entzug Delirium.

3. Fall: Morphinist, regelmäßig Schlafmittel, vor allem Luminal; Beginn des Deliriums nach Vermehrung des Luminals oder vielleicht durch Isopral verursacht.

4. Fall: Delirium nach Morphiumentziehung bei gleichzeitig chronischem Gebrauch von hohen Luminaldosen nach Absetzung des in den letzten Tagen als Ersatz verabreichten Pernoctons.

Außer Fall 3 Beginn unmittelbar nach Entziehung der Schlafmittel, aber schon vorher Anzeichen gesteigerter Giftwirkung. Dauer der zwei ersten Fälle acht und neun Tage, allmähliches Abklingen, Temperatursteigerung, starker Schweißausbruch, keine Reflexstörungen, kein Eiweiß im Urin. Im Fall 4 ohne körperliche Erkrankung unter Anstieg der Temperatur bis 40,7, Exitus am fünften Tag, auch hier Reflexe und Urin in Ordnung. Bei allen Fällen während des Deliriums, das im übrigen dem Alkoholdelirium ähnlich war, Zeichen großer Müdigkeit, Sprach- und Gleichgewichtsstörungen. Fall 3 nicht zu Ende beobachtet.

Für Entstehen der Delirien ist wohl in erster Linie eine plötzliche Steigerung der Schlafmitteldosis bei chronischem Gebrauch verantwortlich zu machen, während dem Entzug nur sekundäre Wirkung zukommt. Die einzelnen Barbitursäurepräparate scheinen sich in der Wirkung auf das Gehirn, in erster Linie den Hirnstamm, sehr nahe zu stehen, so daß ein Wechsel unter ihnen eine Gefahr der Kumulierung nicht beseitigt.

In Hinsicht darauf, insbesondere auf den unglücklich verlaufenen vierten Fall, scheint es bedenklich, bei der Morphiumentziehung bei Kranken, die außer Morphium gewohnheitsmäßig Schlafmittel nehmen, letztere zu steigern; daher ist in gleichen Fällen die Verwendung größerer Dosen von Pernocton und Somnifen zur Erzeugung eines Dauerschlafs als bedenklich anzusehen.

Diskussion: *Aschaffenburg* kennt den einen der von Herrn *Wassermeyer* erwähnten Fälle und glaubt ihn als Isopraldelirium ansehen zu müssen; einmal wegen der Ähnlichkeit der Erscheinungen mit einem vor Jahren beobachteten Isopraldelirium, ferner, weil die bisher bekannten Veronaldelirien bei Entziehung des Veronals aufgetreten sind und vorher die toxischen Erscheinungen (Benommenheit, taumelnder Gang) erheblich stärker waren. Davon konnte in diesem Falle keine Rede sein, insbesondere mußte später wieder wegen äußerst heftiger körperlich bedingter Schmerzen und völliger Schlaflosigkeit Veronal verabreicht werden, ohne daß auch nur die geringsten Störungen auftraten.

Bei der Gelegenheit möchte *A.* sich dahin aussprechen, daß er die Ablehnung der Abstinenzdelirien auch beim Alkohol nicht für berechtigt halten könne. So gewiß man in der Regel unbedenklich auch bei schwerstem Alkoholismus sofort jeden Alkoholgenuß aussetzen könnte, so sei doch, wenn auch in seltenen Fällen, der Ausbruch eines Delirs nur durch die plötzliche Entziehung von *A.* beobachtet worden.

Mader-Frankfurt a. M.: Endolumbale Piqûre.

Endolumbale Eingriffe verschiedener Natur z. B. Heilinjektionen von Ringer- und physiologischer NaCl.-Lösung, von Immunsrum und Einleitung von Luft zu encephalographischen Zwecken rufen nicht nur typische Liquorveränderungen hervor, sondern führen auch zu einem charakteristischen meist sehr steilen Blutzucker- (bis 200 mg%) und Temperaturanstieg (bis 39° und darüber), die in ihrem reversiblen Ablauf das Profil der klassischen Piqûre und des Wärmestichs in zeitlicher und biologischer Verbundenheit zeigen. Die zerebrale Hyperglykämie ist durch Vorbehandlung mit Insulin unterdrückbar. Bei der Hyperthermie ist von zerebral angreifenden Fiebermitteln eine analoge Wirkung zu erwarten, nicht aber z. B. vom Chinin, das in die chemische Wärmeregulation eingreift. Wahrscheinlich kommt es bei derartigen Eingriffen auch zu Verschiebungen noch anderer vegetativer Konstanten, z. B. der Mineralien. Allerdings wird gerade bei diesen z. B. beim Chlor ihrer sehr viel größeren Stabilität wegen nicht mit stärkeren Ausschlägen zu rechnen sein. Die Untersuchungen zeigen, daß es nicht einer Verletzung der Nervensubstanz und besonderer Versuchsbedingungen bedarf, um die beschriebenen Veränderungen hervorzurufen, sondern daß sie regelmäßig als Begleiterscheinungen schon bei den gebräuchlichen therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen im Liquor auftreten. Demonstration von 13 Kurven.

Diskussion: 1. *Fleischhacker*: Fl. weist darauf hin, daß Luftblasungen in den Liquorraum Vermehrungen der Zellzahl und möglicherweise Veränderungen der Permeabilität zur Folge haben. Die Zuckervermehrung kann u. a. Folge einer Druckvermehrung sein.

2. *H. P. Kuttner-Uchtsprunge*: Störungen der Wärmeregulation können unter verschiedenen Bedingungen auftreten: durch krankhafte Prozesse im Hypothalamus, besonders in der Gegend des Tuber cinereum (Zentrenhyperthermie), nach allen Eingriffen, die mit einem Liquorverlust einhergehen (Hypotensionshyperthermie), bei plötzlicher, nicht selten postoperativ eintretender Erhöhung des intracranialen Druckes infolge Hirnoedems oder Liquorstauung (Hypertensionshyperthermie) und durch chemische Reizung, z. B. nach Einführung von Jod in das Liquorsystem oder bei Intoxikation des Organismus durch Pharmaka. Klinisch ist die zentral nervös bedingte Hyperthermie charakterisiert durch außerordentlich rapiden und meist sehr hohen Anstieg der Körperwärme ohne die subjektiven Allgemeinerscheinungen hohen Fiebers, durch das Ausbleiben einer der Körperwärme entsprechenden Erhöhung der Puls- und Atemfrequenz, durch eine Dissoziation zwischen Körperwärme und Gefäß- und Schweißreaktion und durch Fehlen einer Leukocytose. Eine gleichzeitige Störung der Zuckerregulation konnte beim Erwachsenen nur in einigen Fällen andeutungsweise gefunden werden. Es ist durchaus möglich, daß sich der Organismus des Säuglings und Kleinkindes in dieser Beziehung anders verhält. Der therapeutische Erfolg zentral angreifender Antipyretica ist wenigstens in der üblichen Dosierung außerordentlich gering. Am besten wirken kalte Packungen.

Fleischhacker-Frankfurt a. M.: Einige Wirkungen intravenös injizierten Insulins auf das Nervensystem. 35 Untersuchungen an 31 Vp. (Psychopathen, Alkoholiker, Epileptiker, einige Herd Kranke) nach intravenös-

ser Injektion von 0,1 Einheiten Insulin (Höchst) pro 1 kg Körpergewicht im Anschluß an Ausführungen Isaacs über Konstitution, vegetatives Nervensystem und Blutzuckersenkungskurve. Blutzuckerbestimmungen (Dr. Scheiderer, Methode Hagedorn-Jensen) nüchtern vor, 20, 30, 40, 60 und 80 Min. nach Insuliniinjektion. Während dieser Zeit (an Stelle des Grundumsatzes [Isaac]) Untersuchungen vegetativ- und alternativenervöser Funktionen in Abständen von 5 Min. Hinweis auf Fehlerquellen der chem. u. klin. Untersuchung an Hand von 4 Kurven. Die gestellte Frage, ob den verschiedenen Formen der Psychopathien bestimmte Typen von Blutzuckersenkungskurven zugeordnet sind, kann auf Grund des kleinen Materials noch nicht beantwortet werden. Nach und unter mehrfachem Hinweise auf Befunde der Voruntersucher Querschnitt der eigenen Befunde (die individuellen Verschiedenheiten sind quantitativ und qualitativ groß).

Veränderungen der Atmung, der Pulszahl und -regelmäßigkeit, des systolischen und diastolischen Blutdrucks, der Dermographie, der Pupillenweite, der Temperatur, der Blutungsdauer. U. U. Schweiß, oft Hunger, Durst, Mattigkeit, Schläfrigkeit, Schlaf gelegentlich mit typischer Schlafstellung. Keine Veränderung des Chvostec'schen Phänomens. Bulbusdruckversuch (Aschner) nur dann positiv, falls schon von vornherein vorhanden. Ordnung und Einteilung der in Kurven zusammengestellten Ergebnisse ist nicht einfach. Hinweis auf die verschiedenen, nicht immer gleich gerichteten Komponenten der Konstitution und individuellen vegetativ-nervösen Regulation. Erinnerung an Wichtigkeit des Zustandes der Peripherie. Trotzdem Beibehaltung der Bezeichnungen vagotonisch, bezw. sympathichypotonisch und sympathicotonisch. Bei zusammenfassendem Vergleich von Pulszahl + systolischem Blutdruck mit diastolischem Blutdruck bezw. Blutzuckersenkung ergibt sich eher die Möglichkeit schematischer Einteilung. In Wirklichkeit sind reine Typen selten, Mischformen häufig. Schnelle Blutzuckererholung geht im wesentlichen einher mit relativ schneller Senkung des diastolischen Blutdrucks bei geringen Veränderungen von Puls und systolischem Blutdruck. (Hinweis auf Möglichkeit einer Lebensschädigung.) Bei langsamer Blutzuckererholung: Ansteigen von Puls und systolischem Blutdruck, Absinken des diastolischen dagegen rel. weniger stark. Das anscheinend paradoxe Verhalten von Blutzucker und Kreislaufreaktion kann verständlich werden durch die Theorie der reparatorischen Adrenalinausschüttung ins Blut auf den Reiz der Hypoglykaemie. Kurven mit relativ hohen Werten von Pulszahl und systolischem Blutdruck gegenüber dem diastolischen Blutdruck (»mehr sympathicotonische« Ausgangswerte treffen meist zusammen mit relativ rascher Erholung des Blutzuckers). Kurven mit relativ niedrigen Werten von Pulszahl und systolischem Blutdruck gegenüber dem diastolischen Blutdruck (mehr »vagotonische Ausgangswerte«) treffen meist zusammen mit langsamer Erholung des Blutzuckers. Auf das Verhalten dieser Funktionen während der Hypoglykaemie wird besonders aufmerksam gemacht. Nach Hinweis auf die fast ausschließlich von Internisten beschriebenen neurologischen und psychischen Zustandsbilder während der hypoglykaemischen Reaktion Eingehen auf die eigenen Ergebnisse: Es wurde bisher beobachtet: Auftreten von Nystagmus, Abschwächung evtl. Aufheben der Sehnenreflexe (meist bei Alc. chron.), der Bauchdeckenreflexe, des Mayerschen Reflexes, des Tonus. Kein Auftreten pathologischer Reflexe. Nachlassen bezw. Aufheben der Mitbewegungen bei starkem Händedruck (Nachlassen der groben

Kraft) und der Fußreflexe. Keine Halsreflexe, kein Gegenhalten, Stützreaktion, Hakeln und Greifen, falls nicht Neigung vorhanden. Kein spontanes Zittern, keine sichere Veränderung organischen Zitterns, Beseitigung funktionellen Zitterns zweier Hysteriker. Keine Krämpfe bei drei Epileptikern (ein Dämmerzustand). Pathologische Phaenome können sich verstärken oder überhaupt erst deutlich werden bezw. abschwächen, sogar verschwinden (z. B. Nystagmus, Zwangslachen); dabei nicht immer gleiches Verhalten gewöhnlich parallel laufender Erscheinungen, oder Verstärkung eines bei gleichzeitiger Abschwächung eines andern Phaenomens. Unter Umständen Auftreten verschwundener normaler Funktionen. Soweit am Zustandekommen der nervösen Erscheinungen Hypoglykaemie beteiligt ist, muß nicht nur der Geschwindigkeit und Stärke der Blutzuckersenkung, sondern auch ihrer Dauer ein Einfluß eingeräumt werden.

Diskussion: *Albert Oppenheimer*-Frankfurt a. M. Nicht nur peripher-viscerale Einflüsse sind für den Blutzucker entscheidend, auch Leberglycogenbestand und Einflüsse aus dem Mittelhirn, sind zu berücksichtigen. Hinweis auf Insulinspsychosen.

G. Scheiderer-Frankfurt a. M.: Magnesium-Bestimmungen im Blut und Liquor.

Die bisher üblichen Methoden der Mg.-Bestimmung, die aus einer kolorimetrischen bezw. nephelometrischen Bestimmung der Phosphorsäure bestehen, werden unter Begründung der Fehlerquellen als nicht befriedigend abgelehnt. Es wird eine Modifikation der Methode von *F. L. Hahn*¹⁾, die eine direkte Bestimmung des Magnesiums ermöglicht, empfohlen. Die Brauchbarkeit dieser Methode wurde durch Mg.-Einwägen sowohl in wässrigen als auch halogen- und eiweißhaltigen Lösungen bewiesen. Es wurden 184 Liquoren und 55 Seren untersucht. Der Mg.-Gehalt des Liquors bei progressiver Paralyse und Lues cerebri erscheint in großen ganzen gegenüber dem anderer Erkrankungen etwas erhöht, er beträgt bis auf einige Ausnahmen 1,8—2,5 mg %, während er bei dem Großteil anderer Krankheiten zwischen 1,3 und 1,8 mg % liegt. Ein Einfluß des Mg.-Gehaltes im Liquor auf den Ausfall der Wassermann- und Goldsolreaktion durch künstliche Erhöhung des Mg.-Gehaltes Wa.-R. negativer Liquoren, ohne die übliche Konzentration wesentlich zu verändern, wurde nicht festgestellt. Bei Serum wurden keinerlei Unterschiede des Mg.-Gehaltes zwischen Wa.-R. positiven und Wa.-R. negativen gefunden. Die Werte bewegen sich ohne Rücksicht auf die Erkrankung zwischen 1,0 und 2,3 mg %. Übereinstimmend mit der Literatur wurde gefunden, daß der Liquorwert im allgemeinen etwas höher ist als der Serumwert. Ausführliche Veröffentlichung erfolgt demnächst.

Vormittagssitzung am 25. Oktober 1931. Vorsitzender: *Wilmanns*-Heidelberg.

Westphal-Marburg: Zur Klinik der Crampusneurose.

Es wird an Hand einer Literaturübersicht und an 3 Fällen eigener Beobachtung gezeigt, daß die Crampusneurose weder eine periphere Neuritis, wie *Wilder* und *Wernicke* meinen, noch eine rein striäre Erkrankung, wie

1) Mikrochemie, Pregl-festschrift, 127.

vor allem Förster annimmt, sein kann. Dazu ist das Zustandsbild zu komplex: Neben vereinzelt peripher neurologischen finden sich eine Reihe der verschiedensten zerebralen Symptome. Außerdem weisen die meisten Crampuskranken eine besondere psychische Struktur auf: Sie sind ausgesprochen gutmütig und hilfsbereit auf der einen von explosiver, ungebremster Reizbarkeit auf der anderen Seite. In schweren Fällen wie z. B. in dem von Bürger publizierten und vom Vortragenden katamnestizierten Fall kommt es zu einer Form der Demenz, die der epileptischen äußerst ähnlich ist. Erbbiologisch findet sich eine gehäufte Belastung mit Epilepsie, Trunksucht und Schwachsinnformen. Konstitutionell überwiegen athletische und auch dysplastische Typen. Es wird, da bei der geringen Zahl der bisher beobachteten Fälle die nosologische Stellung des Krankheitsbildes noch unklar bleibt, ein Vorschlag Gaupps jr. aufgenommen, vorerst nur von einem Crampussyndrom zu sprechen. Crampusneurose ist schon wegen des heutigen Doppelsinnes des Wortes Neurose nicht geschickt.

Diskussion: *Neustadt-Düsseldorf*: Mitteilung über einen Fall von Crampusneurose, dessen Crampi ihren örtlichen und zeitlichen Ausgang von einer Schußverletzung des rechten Unterarms nahmen; Anerkennung als K. D. B., diätetische Behandlung mit kochsalzreicher Diät blieb erfolglos.

Scheele-Würzburg: Über psychopathieähnliche Zustände und Selbstmordneigung bei der Huntington'schen Krankheit.

Es werden zwei Fälle von jugendlichen Mitgliedern zweier Huntingtonfamilien mitgeteilt, die den von *Meggendorfer, Rosenthal* u. a. in derartigen Familien beobachteten »Psychopathen« entsprechen. Es zeigte sich, daß es sich hierbei nicht um echte Psychopathie sondern um Zustände handelt, die anderen pseudopsychopathischen Zuständen bei organischer Hirnkrankheit gleichzusetzen sind. Hervorzuheben ist die starke Selbstmordneigung. Beide Kranke endeten durch Selbstmord. In ihren Familien ließ sich eine auffällige Häufung von Selbstmorden feststellen.

(Ausführlicher dargestellt in einer demnächst in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie erscheinenden Arbeit.)

Otto Kant-Tübingen: Über den Liebeswahn einer Prozeßschizophrenen.

Bei einem Fall von schwerer Prozeßpsychose wird die Dynamik des inhaltlich im Vordergrund stehenden Liebeswahns untersucht. Der »Prozeß« ist hier die wesentliche Ursache des Wahns. Obwohl dieser also nicht aus irgendwelchen Erlebnissen verständlich ist, so erfolgt doch keine »Beziehungsetzung ohne Anlaß«, sondern der Prozeß bedingt eine Änderung der Persönlichkeitsgesamtstruktur und wirkt dadurch in dreifacher Weise als Aufbaumoment:

1. Der Prozeß verursacht eine Auflockerung der obersten Persönlichkeitsschicht und damit ein Hervorbrechen bisher unterdrückter Triebregungen. Patientin lernt im Beginn der Psychose erstmals ein ausgesprochen erotisches Erleben kennen, das sie bald in einen Liebeswahn hineinverwebt. Gegen die Annahme eines zufälligen Zusammenfalls des Psychosebeginns mit dem Auftauchen der erotischen Erlebniszähigkeit aus äußeren Gründen spricht der nun erfolgende mehrfache Wechsel des Liebesobjekts und die dadurch

bewiesene verhältnismäßige Belanglosigkeit des jeweiligen Partners. Wichtig ist dagegen, daß die Erlebnisfähigkeit erst dann zum Vorschein kommt, als infolge der Prozeßveränderung die Voraussetzung für ein »gefährlose« Erfüllung in der irrealen Wahnwelt gegeben ist.

2. Das prozeßhaft bedingte, unerträgliche allgemeine Insuffizienzgefühl fordert jetzt, wo das Selbstwelterleben erschüttert ist, zur Erreichung eines neuen Halts gebieterisch die Erfüllung sogen. persönlicher Gefühlsstrebungen. Verf. verweist hier auf die Parallele, das leidenschaftliche Gefühlserlebnisse wohl stets erst einer psychopathischen Auflockerung ihr Dasein verdanken.

3. In strukturellem Zusammenhang mit der Neigung zum Autismus und der beginnenden Denkstörung erfolgt die Loslösung von der Wirklichkeit und die Hinneigung zu einer eigenen irrealen Welt. Das erotische Erleben kann nur auf irrealer Weise in der Wahnwelt befriedigt werden, da die Bindungen der früheren Persönlichkeit nur zum Teil zerstört sind und die Ambivalenz gegenüber der eigenen Triebhaftigkeit noch durch den aus der Ehesituation erwachsenen Konflikt genährt wird.

E. Fünfjeld: Die Symptomengestaltung der Involutionspsychosen auf Grund klinisch-anatomischer Untersuchungen. Für die klinische Besonderheit der Psychosen des Involutionsalters sind von den verschiedensten Autoren involutive Prozesse oder vaskuläre Schädigungen vermutet worden; anatomisch nachgewiesen ist davon bisher noch nichts. Unter meinem Material von Kranken über 49 Jahren sind 11 Fälle, die nach Symptomatologie, früher aufgetretenen Phasen, teilweise Heredität einwandfrei dem zirkulären Formkreis zugehörten. Bei 5 Kranken fanden sich anatomisch keinerlei als pathologisch zu wertende Erscheinungen, bei 3 Fällen, älteren Personen, waren vereinzelte typische Drusen oder eine geringe Hirnarteriosklerose vorhanden. Klinisch war dieser Befund in keiner Weise zum Ausdruck gekommen. Bei 3 weiteren Fällen waren Verlauf, vielleicht auch Auftreten der Psychose durch eine organische Hirnschädigung offensichtlich beeinflusst. In einem Falle hatte eine Arteriosklerose des Gehirns mit alten Narben und frischeren Erweichungen zu einem Zustand depressiv akinetischer Erstarrung nach dreijährigem Krankheitsverlauf geführt, in einem weiteren Falle war ein depressives Zustandsbild — die Kranke hatte mehrere depressive Phasen durchgemacht — auffällig einförmig und nihilistisch gefärbt. Im 3. Fall endete eine bereits zum 3. Mal aufgetretene hypochondrisch ängstliche Psychose nach einjähriger Dauer in einem Zustand schwerster angstvoller Erregung mit ganz phantastischen hypochondrischen und paranoiden Ideen. In beiden Fällen lag ein deutlicher seniler Prozeß vor. In diesen 6 Fällen handelt es sich offenbar um echte Kombinationen eines zirkulären Leidens mit einer organischen Hirnkrankheit, die dreimal auch aus der Symptomatologie zu erkennen war.

Bei 5 weiteren Kranken zwischen 49 und 50 Jahren, deren präpsycho-tische Persönlichkeit keine dem zirkulären Formkreis zugehörigen Erscheinungen aufwies, begann das Leiden mit einem Vorstadium ratloser Verstimmung mit Beziehungsideen, phantastischen Verkennungen und flüchtigen Wahnbildungen allgemeiner Angst. Die Psychose, deren Ausbruch sich zweimal an reaktive Anlässe anschloß, ging in 3 Fällen mit angstvoller Erregung, Verkennungen, starker Ratlosigkeit einher, dazwischen schoben sich Stunden

einer merkwürdig gleichgültigen Euphorie; von vorneherein fiel eine durch die Angst nicht erklärte Starre auf. Zwei weitere Fälle boten Zustände schwerster motorischer Erregung mit psychomotorischen Beimengungen, teilweise ganz einförmigen Gliedbewegungen. Die Dauer der akuten Phase betrug 1—1½ Monate. Im Gehirn aller Kranken fanden sich teils diffus, teils in Herden Drusen, und zwar größtenteils solche, die noch nicht silberavide waren, sondern sich als zarte Verdichtungen der Grundsubstanz darstellten. Die Symptomatologie unterscheidet sich von der dem zirkulären Formkreis zugehörigen Psychosen vor allem durch die Starre und Unlebensfähigkeit des Affektes, ferner dadurch, daß die zahlreichen paranoischen und halluzinatorischen Beimengungen sich nicht um die affektive Verschiebung zentrieren, wie das bei den Affektpsychosen zu sein pflegt. Art und Dauer der Psychosen, sowie der Hirnbefund sprechen dafür, daß engste pathogenetische Beziehungen zu dem nachgewiesenen senilen Prozeß vorliegen. Selbstverständlich sagt der Hirnbefund nichts über die Besonderheit der Symptomatologie. Über eine 3. Gruppe von Fällen, die anatomisch den von *Oksala* im Anschluß an Befunde von *Nißl* und *Alzheimer* beschriebenen Fälle aus der *Kräpelin*-schen Klinik gleichen, ist z. Z. ein abschließendes Urteil nicht möglich. Endlich ließen sich in 2 Fällen von Involutionssparanoia, von denen der eine 77 Jahre alt war, Drusen nicht auffinden, dagegen ein uncharakteristischer Degenerationsprozeß der Ganglienzellen in der 2. und oberen 3. Rindenschicht, deren Zusammenhang mit den psychotischen Erscheinungen vorläufig dahingestellt bleiben muß. Vielleicht ist es auf Grund dieser klinisch-anatomischen Richtlinien möglich, aus der Gruppe der zwischen seniler Demenz und zirkulärem Irresein stehenden, wie *Runge* sie nannte, »intermediären« Psychosen wohl umschriebene Krankheitsbilder herauszuschälen.

Diskussion: *Fleischhacker*-Frankfurt fragt unter Hinweis auf Arbeiten von *F. H. Lewy*, ob ein Zusammenhang zwischen Ausfall der Sexualdrüsen und der spezifischen Art der anatomischen Veränderung möglich ist.

Grünthal-Würzburg fragt, ob die beginnenden Drusen auch mit anderen Methoden als mit der von *Lewaditi* gesehen worden sind. Ist über Hirnschrumpfung in Fällen mit solchen Drusen etwas bekannt? Die histopathologischen Bilder, die *Fünfgeld* herausgearbeitet hat, erscheinen blaß und uncharakteristisch. Bedauerlicherweise hat *F.* keine Bilder gezeigt.

Schlußwort *Fünfgeld*: Die anatomischen Veränderungen haben keinerlei Beziehungen zu dem Ausfall der Sexualdrüsen. — Die als beginnenden Drusen bezeichneten Gebilde sind mit der *Braunmühl*-Methode und der *Bielschowsky*-Methode ebenfalls nachzuweisen. Da es sich um allgemeine und speziellere Rückbildungserscheinungen des Gehirns handelt, ist eine Spezifität der anatomischen Bilder nicht zu erwarten. Eine Hirnschrumpfung bestand nicht.

Isserlin-München: Über Sprache und Sprechen. (Erscheint ausführlich im Nervenarzt.)

S. Hirsch-Frankfurt a. M.: Der Schlaganfall als Unfallfolge im Lichte der neueren pathogenetischen Forschungen.

Die früher herrschende rein mechanische Theorie der Entstehung des apoplektischen Insultes ist in letzter Zeit abgelöst worden durch den Versuch

einer funktionellen Erklärungsweise. Es besteht nach den neueren Untersuchungen, besonders von *Rosenblath*, *Schwartz*, kein prinzipieller Unterschied zwischen der Entstehung einer Blutung und dem nach Gefäßverschluss auftretenden Infarkt. Sitz der primären Schädigung ist auch bei der Blutung nicht das Gefäß, sondern die Hirnsubstanz. Diese Schädigung der Substanz kann durch Gifte, mangelhafte Ernährung, regionäre Spasmen der Gefäße erfolgen.

Solange man der Auffassung war, das die häufigste Ursache der Apoplexie das Platzen eines Hirngefäßes infolge krankhafter Veränderung der Gefäßwand sei, mußte jede von außen wirkende schädigende Kraft an Bedeutung für die Entstehung eines Insultes zurücktreten gegenüber der Gefäßwunderkrankung.

Die Katastrophe der Gefäßruptur erschien nach den Gesetzen der Mechanik bei kontinuierlichem Fortschreiten der Zerstörung der Gefäßwand unausbleiblich, schicksalsmäßig bestimmt.

Nach der neueren Theorie, wonach es sich bei der Hirnblutung um die Folge eines Geschehens handelt, indem wechselnde funktionelle Faktoren die Entwicklung bestimmen, kann eine wesentliche Mitwirkung von Umwelteinflüssen in vielen Fällen nicht bestritten werden. Jede krampfauslösende oder an der Regulation des Blutdruckgefälles angreifende Kraft ist danach imstande, die Vorbedingungen für eine Erweichung des Gehirngewebes und für eine Blutung zu schaffen.

Es ist ohne weiteres klar, daß hiernach exogene Faktoren oft eine wesentliche, ja ausschlaggebende Rolle bei der Entstehung des Schlaganfalles spielen müssen. Die Apoplexie ist also in vielen Fällen nicht der letzte Akt eines unaufhaltsam fortschreitenden Dramas, sondern das Resultat einer unglücklichen funktionellen Konstellation, zu der die exogene Schädigung in gleichem Maße wie die endogene Krankheitsdisposition geführt hat. In gleicher Weise wie bei der Embolie muß daher nach der neueren Forschung in manchen Fällen die Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Apoplexie und körperlicher Überanstrengung, seelischer Erregung und jeder äußeren Schädigung, die krampferregend oder blutdruckverändernd wirkt, bejaht werden. Diese Einstellung bedeutet keinesfalls eine grundsätzliche Anerkennung des Zusammenhanges zwischen jedem Trauma und Apoplexie. Notwendig ist aber eine gründlichere Analyse der Bedingungen des Einzelfalles, als sie bisher bei der Begutachtung üblich war.

Ref. weist noch darauf hin, daß die Bejahung des Kausalzusammenhanges im konkreten Falle nicht der Frage gleichzusetzen ist, ob ein »Betriebs«unfall vorgelegen hat. Ob die äußere Schädigung als Betriebsunfall zu gelten hat, ist eine reine Rechtsfrage. Ärztliche Aufgabe aber kann es sein, abzuwägen, ob ein bestimmtes Ereignis oder eine bestimmte Verrichtung kurz vor der Apoplexie im Hinblick auf die Konstellation des Geschädigten eine ungewöhnliche Arbeitsleistung darstellt. Hierbei kommt es nicht nur auf die Beurteilung von groben mechanischen Kraftverhältnissen an, sondern auch auf Begleitfaktoren, wie Temperatureinflüsse, Sättigungszustand, Arbeit zur ungewohnten Tageszeit usw.

Hinsichtlich der Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Apoplektikers weist Ref. besonders darauf hin, daß es nicht angeht, einen Hemiplegiker, etwa wie einen Bein- oder Armverletzten zu beurteilen.

Jeder Mensch, der eine Apoplexie durchgemacht hat, ist wie ein Hirnverletzter anzusehen. Leistungsfähigkeit ist oft mehr als durch den Funktionsausfall einer Extremität durch Symptome der allgemeinen Nervenschwäche, rasche Ermüdbarkeit, Stimmungsschwankungen, mangelnde Anpassungsfähigkeit, Hitzeüberempfindlichkeit usw. beeinträchtigt. Ref. warnt davor, diese sogenannten Nebensymptome als Rentenbegehungszeichen zu werten. Auch eine nach einem Insult hervortretende Alkoholintoleranz darf nicht dazu verführen, alle Krankheitserscheinungen, evtl. sogar die zurückliegende Apoplexie auf Folgen von Alkoholismus zu beziehen, wie es in der Begutachtungspraxis des Ref. schon wiederholt vorgekommen ist.

Hans Strauß-Frankfurt a. M.: Hemianopische Aufmerksamkeitschwäche und optokinetischer Nystagmus.

Der optokinetische Nystagmus (o. N.) ist sicher kein paläoenzephaler Reflex, wie es z. B. *Bartels* immer noch annimmt, sondern ein zerebraler Reflex. Die wichtigste Frage für die neurologische Diagnostik ist die nach der Lokalisation der Herde, bei welchen ein Ausfall des horizontalen o. N. nach einer Seite auftritt. Ein solcher Ausfall wird nicht bedingt durch die komplette Unterbrechung aller sensorischen Zuleitungen für eine Gesichtsfeldhälfte. Ein Ausfall des o. N. nach einer Seite findet sich als Begleitsymptom von Blicklähmungen, er findet sich aber auch ohne gleichzeitige Blicklähmung, also gewissermaßen in reiner Form, bei Läsionen von Bahnen, die vom Okzipitallappen abwärts führen. Umstritten ist immer noch die Frage, ob die für das Zustandekommen des o. N. unbedingt notwendigen Bahnen in den vom Okzipitallappen direkt abwärts führenden optisch-motorischen Bahnen zu sehen sind (zuerst vom Vortr. 1925, später vor allem von *Cords* und *Ohm* vertretene Ansicht) oder ob hierzu die Funktionstüchtigkeit des frontalen Blickzentrums und die Intaktheit von Assoziationsbahnen zwischen diesem und dem Okzipitallappen nötig ist (zuerst von *Stenvers*, später u. a. von *Brunetti*, *Carmichael*, *Fox* und *Holmes*, *Kroll* vertretene Ansicht). — Eigene Beobachtungen, von welchen die anatomischen Befunde vorliegen, haben ergeben, daß bei völliger Zerstörung eines frontalen Blickzentrums der o. N. nach beiden Seiten normal auslösbar sein kann. Dagegen führt Zerstörung einer optisch-motorischen Bahn sicher zu einem Ausfall des o. N. nach der Gegenseite. Der unbedingt nötige Reflexbogen für das Zustandekommen des o. N. nach einer Seite verläuft also nicht über das Stirnhirn, sondern über die optisch-motorische Bahn. Zerstörung des frontalen Blickzentrums führt nur dann zu einer Aufhebung des o. N. nach der Gegenseite, wenn es sich um eine akute Läsion handelt. Bei Vorliegen akuter Läsionen ist also der Ausfall des o. N. nach einer Seite lokaldiagnostisch schlecht verwertbar. Im übrigen verweist er auf einen Herd im Bereich der optisch-motorischen Bahn der Gegenseite. — Bei akuten Schädigungen kann es sogar geschehen, daß der o. N. nicht nach der herdgekreuzten, sondern nach der herdgleichen Seite ausfällt. Vortr. hat dieses Verhalten beobachtet bei einer frischen Hirnblutung, die in nächster Nachbarschaft der linksseitigen Sagittalstraten lag, während die rechtsseitigen Sagittalstraten auch mikroskopisch intakt waren. In diesem Falle fehlte der o. N. nach der herdgleichen Seite, also nach links. Der Kranke zeigte gleichzeitig auch eine hemianopische Aufmerksamkeitschwäche nach links. Auch die hemianopische Aufmerksamkeitschwäche nach einer Seite kann also bei Vorliegen akuter

Läsionen durch gleichseitige Herde bedingt sein. — Hemianopische Aufmerksamkeitsschwäche nach einer Seite und Fehlen des o. N. nach der gleichen Seite gehen nicht Hand in Hand, wie *Fox* und *Holmes* im Gegensatz zu der früher geäußerten Ansicht des Vortr. festgestellt haben. Danach ist anzunehmen, daß es verschiedene anatomische Substrate sind, deren Läsion hemianopische Aufmerksamkeitsschwäche bzw. Fehlen des o. N. nach einer Seite verursacht. Für die Verursachung der hemianopischen Aufmerksamkeitsschwäche kommen wahrscheinlich in Betracht Läsionen der von *Brouwer* und *Biamond* sichergestellten Verbindung zwischen Calcarina und Corp. genic. externum.

Diskussion: *Kuttner-Uchtspringe*.

Der Ausfall des horizontalen optokinetischen Nystagmus nach Exstirpation des frontalen Augenfeldes wird fast regelmäßig postoperativ vorübergehend beobachtet. Es ist anzunehmen, daß die Ursache dieses Ausfalles das postoperativ auftretende Hirnödem ist, das die optomotorische Bahn zeitweise außer Funktion setzt. Für diese Auffassung spricht auch die Flüchtigkeit dieses Symptoms.

Alice Rosenstein-Frankfurt a. M.: Über Störungen der Selbstwahrnehmung bei organischen Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems.

Die Störungen der Selbstwahrnehmung umfassen vier voneinander verschiedene Gruppen: 1. der Ausfall einer Sinneswahrnehmung oder einer motorischen Leistung wird nicht bemerkt (Blindheit, Taubheit, Lähmung u. ä.). 2. Ein tatsächlich noch vorhandener Gliedabschnitt wird als nicht mehr existent empfunden. 3. Eine in ihrer Funktion erhaltene oder auch gestörte Extremität wird nicht mehr als körpereigen, sondern als körperfremd und störend empfunden. 4. Ein tatsächlich amputiertes Glied wird als noch vorhanden gespürt.

Über sämtliche Phänomene, besonders das unter 1. aufgeführte »Antonische Symptom« i. e. S. existiert eine große Literatur mit zahlreichen Erklärungsversuchen, die sich ihrerseits wieder in zwei Gruppen ordnen lassen, nämlich solche, die rein psychologische Motivierungen zugrunde legen (Verdrängung, Widerstreben der Persönlichkeit, affektives Ignorieren usw.), und solche, die eine bestimmte anatomische Lokalisation vermuten. Die psychologische Motivierung versagt bei den nicht ganz seltenen Fällen, bei welchen von mehreren gestörten Funktionen nur eine als nicht gestört bezeichnet wird, und auch dann, wenn sich bei längerer Erkrankung das Nichtwahrnehmen oder das Nichtwahrnehmenwollen sich erst langsam herausdifferenziert. Aber auch die anatomische Lokalisierung begegnet großen Schwierigkeiten, indem Herde der verschiedensten Lokalisation dem Phänomen zugrunde gelegt worden sind. Man kann heute auch nicht mehr an ein »Zentrum« in der rechten Hemisphäre glauben, nachdem Verf., wie bereits früher mitgeteilt, das Nichtbemerken auch bei einer rechtsseitigen Hemiplegie beobachten konnte. Es muß also offenbar noch eine besondere Eigenschaft der lokalen Schädigung vorhanden sein, die das Phänomen der Selbsttäuschung zum Vorschein kommen läßt, und diese ist, wie aus der Analyse der Fälle hervorgeht, der totale Verlust der spezifischen afferenten Zuflüsse, d. h. eine Blindheit wird erst geleugnet, wenn sie komplett ist, während die

Schwachsichtigkeit niemals so verkannt wird. Dasselbe gilt sinngemäß für die Bewegungsstörung, die dann erst übersehen wird, wenn das Lagegefühl total erloschen ist.

Auch zum Zustandekommen der unter zwei und drei genannten Phänomene ist der Verlust der Lagegefühlsempfindung unerlässlich. Wir dürfen also annehmen, daß es das Lagegefühl ist, das die Aufgabe hat, uns über die Funktionsfähigkeit unserer Gliedmaßen zu unterrichten.

Wie aus neueren Untersuchungen hervorgeht, spielt die Sensibilität auch beim Zustandekommen der »Phantomglieder« (der Gruppe 4) eine entscheidende Rolle, insofern als es kein Phantomglied gibt, welches nicht schmerzt, und es nur Phantomglieder gibt, solange es schmerzt. (*Foerster, Gallinek.*)

Die besondere Gestaltung der Phantomglieder ist vielfach Gegenstand von Untersuchungen gewesen, *Riese* sah in ihnen die festgehaltene letztinnegehabte Stellung, *Foerster* den Ausdruck der bei der Verletzung entstandenen Plexusreizung. Allen Phantomarmen ist ausnahmslos gemein: sehr geringe Bewegungsmöglichkeit, die sich so gut wie stets in etwas Fingerbeugung oder Handbeugung erschöpft (niemals Supination oder Streckung!), und eine charakteristische Haltung, die mit Abduktion des Oberarms, Beugung und Pronation des Unterarms, Beugung von Hand und Fingern genau der Stellung entspricht, die der hemiplegische Arm, und zwar besonders der der infantilen Hemiplegie einnimmt.

Es wird daher versucht, unter Hinweis auf die *Foerstersche* Theorie von dem phylogenetischen Prinzip in der spastischen Lähmung, das Phantomglied als den Ausdruck einer früheren Entwicklungsstufe zu erklären.

A. Merzbach-Frankfurt a. M.: Frühgeschichtliche Ich-Vorstellungen in sprachpsychologischer Betrachtung.

Gemäß der Funktion der Sprachprägungen als Bedeutungs- und Bestimmungssymbole im Sinne *Cassirers* eröffnet die vergleichende Sprachwissenschaft bei psychologischer Durchdringung auch der allgemeinen Psychiatrie neues wertvolles und dabei exaktes Material für die Erkennung der besonderen Denkformen, Vorstellungsinhalte und der sinnlichen Welt-erfassung der verschiedenen Kulturstufen.

Zur Analyse der ursprünglichen Ich-Struktur und als Prüfstein für den oft gezogenen Vergleich zwischen sogenanntem schizophrenem und archaischem Weltbild ist die Formenlehre, besonders der Personalsymbole des altsemitischen Sprachkreises vor etwa 4000—5000 Jahren, der frühesten bekannten Periode menschlicher Sprachbildung, heranzuziehen.

Diesbezügliche, auch ausgedehnte eigene semitologische Untersuchungen ergeben nun in vielen Einzelheiten, daß die Ich-Struktur und die Erlebensform von der heutigen verschieden ist. Die Körpersphäre, insbesondere die Geschlechtszuordnung, steht dem Ichzentrum näher als bei uns. Ferner zeigen sprachliche Eigenheiten, daß das Ich nicht unmittelbar vom Vorstellen seiner Selbst gelangt, sondern erst auf dem Wege der Akkognosierung, der Selbstreflexion und einer gleichzeitigen Subjekt-Objekt-Betrachtung der Personen. Parallelen zur Ich-Erfassung des Kleinkindes ergeben sich hierbei. Die Umwelt ist in eine personale Raumwelt und eine substantielle Dingwelt gegliedert; der ersteren gehört die Ich-Du-Gruppe als engerem Erlebnis-Umkreis an, in der letzteren verschwindet die dritte Person neben dem Es. Dabei wird das Du nicht als ein Selbst gleich dem Ich erfaßt, sondern vom Ich

aus erst durch seine Erscheinungsform her vermittelt eines motorischen Symbols, das wohl die Lebendigkeit des Du kennzeichnen soll. Dafür wird der Begriff des Dein, getrennt vom Du, aber im Rahmen der sonstigen Du-Beziehungen vom Ich her abgewickelt, während die Besitzsphäre des Ich noch innerhalb des Ich aus einer erhöhten Ich-Bezüglichkeit gegenüber den Objekten der Außenwelt erscheint.

Das Zusammentreten mehrerer besonderer Ausdruckselemente mit dem engeren Ich-Symbol weist auf eine Vielfältigkeit der Ich-Darstellung je nach der jeweilig vorherrschenden Erlebnissphäre des Ich. Einzelne Nebenformen der Personalsymbole stehen möglicherweise mit Ausnahmezuständen des Persönlichkeitserlebnisses in Beziehung.

Der Vergleich mit heutigen psychopathologischen Anschauungen scheint die von *Kleist* in dessen letzten Arbeiten vorgenommene Schichtung der Ich-Struktur von der sprachlichen Seite her zu bestätigen, wobei noch Gesichtspunkte für weitere Differenzierung sich ergeben. Für die Charakterisierung des archaischen Weltbildes als schizophrenie-ähnlich findet sich, soweit sich aus den Sprachvorstellungen der vor- und frühgeschichtlichen Zeit schließen läßt, kein Anhalt, hingegen scheinen die aufgedeckten »archaischen« Erlebnisweisen den seelischen Mechanismus gewisser Psychosen des zykliden Formenkreises (Ichpsychosen) ähnlich, und somit sind vielleicht diese als ursprüngliche seelische Haltungen anzusehen. Auf jeden Fall ist die Ich-Struktur in der Geistesgeschichte der Menschheit nicht konstant, im Fortschritt der Entwicklung kann man eine Loslösung vom Einzelerlebnis und Konkreten, zugleich einer Tendenz zur Versachlichung und zum Abstrahieren sprachpsychologisch ableiten.

Nach Autorreferaten zusammengestellt von
E. Herz-Frankfurt a. M.

Kleinere Mitteilungen.

Die nächste Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie soll Donnerstag den 20. und Freitag den 21. April 1933 in Würzburg stattfinden.

Referatenthemen: 1. Die Errichtung psychiatrisch-neurologischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern. Referenten: Professor Dr. *Johannes Lange*-Breslau und Professor Dr. *Hoffmann*, Direktor am Hauptgesundheitsamt Berlin.

2. Organische Grundlagen des manisch-depressiven Irreseins. Referent: Dr. *Christel Roggenbau*-Berlin.

Anmeldung von Vorträgen (Dauer 15 Minuten) bis Mitte Februar 1933 erbeten an Dr. *G. Ilberg*-Dresden-Bl., Schubstr. 41.

Die badische Heil- und Pflegeanstalt Illenau beging am 21. September 1932 die Feier ihres 90-jährigen Bestehens. Obermedizinalrat Dr. *Roemer*, der

gegenwärtige Anstaltsdirektor, gedachte der Verdienste der früheren Direktoren *Roller*, *Hergt*, *Schüle* und *Thoma* und betonte deren ärztliche, wissenschaftliche und organisatorische Verdienste; in mancher Beziehungen müssen die Genannten als Vorläufer der gegenwärtigen sozialpsychiatrischen Bestrebungen gelten. Obermedizinalrat Dr. *Schmelcher* überbrachte die Glückwünsche des badischen Ministeriums des Innern und Direktor *Groß-Wiesloch* die Grüße der Schwesteranstalten. Am *Schüle-Denkmal* wurde ein Kranz niedergelegt.

Personalia.

- Verstorben: Privatdozent Dr. *Kurt Blum*-München,
 Professor Dr. *Claus-Gent*, Ehrenmitglied der Gesellschaft für Neurologie und Psychologie in Groß-Hamburg,
 Geh. Sanitätsrat Dr. *Haupt*, früherer Leiter und Besitzer der Nervenheilanstalt *Tharandt i. Sa.*,
 Oberarzt Dr. *Schindler-Neustadt* (Holstein) und
 Oberarzt Dr. *v. Sydow*-Ückermünde.
- Ernannt: 1. Oberarzt Dr. *Spliedt-Görden* zum Direktor der Landesanstalt *Landsberg a. d. W.*, Obermedizinalrat Dr. *Sagel-Arnsdorf* zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalt *Großschweidnitz*,
 Anstaltsarzt Dr. *Panse-Berlin-Wittenau* zum Oberarzt,
 Oberarzt Dr. *Pretzsch-Neuruppin* zum 1. Oberarzt daselbst,
 Oberarzt Dr. *Großmann-Görden* zum 1. Oberarzt an der Landesanstalt *Eberswalde*, Hilfsarzt Dr. *Haas-Arnsdorf* zum Reg.-Medizinalrat,
 Oberarzt Dr. *Trapet-Bedburg-Hau* zum Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt *Johannistal bei Süchteln*, und
 Assistenzarzt Dr. *Vagt-Bayreuth* zum Oberarzt daselbst.
- Versetzt: Anstaltsdirektor Obermedizinalrat Dr. *Maaß* von *Großschweidnitz* nach *Arnsdorf* in gleicher Eigenschaft, 1. Oberarzt Dr. *Brandt-Teupitz* nach der Landesanstalt *Görden*, Oberarzt Dr. *Homann* von Landesanstalt *Potsdam* nach *Neuruppin*, Reg.-Medizinalrat Dr. *Dürr* von *Waldheim* nach *Großschweidnitz* und Assistenzarzt Dr. *Ludwig* von Landesanstalt *Potsdam* nach Landesanstalt *Görden*.
- Professor Dr. *Spielmeier* erhielt die Erbmedaille verliehen.
 Dozent Dr. *Wilhelm Hische*, Direktor des städtischen Psychologischen Instituts in *Hannover* wurde zum Honorarprofessor für Psychologie und Psychotechnik in der Fakultät für Maschinenwesen an der Technischen Hochschule *Hannover* ernannt. Dr. *Heinze* habilitierte sich für Neurologie und Psychiatrie an der Universität *Leipzig*.

UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 06220 6712

BOUND

SEP 17 1985

**UNIV. OF MICH.
LIBRARY**

