

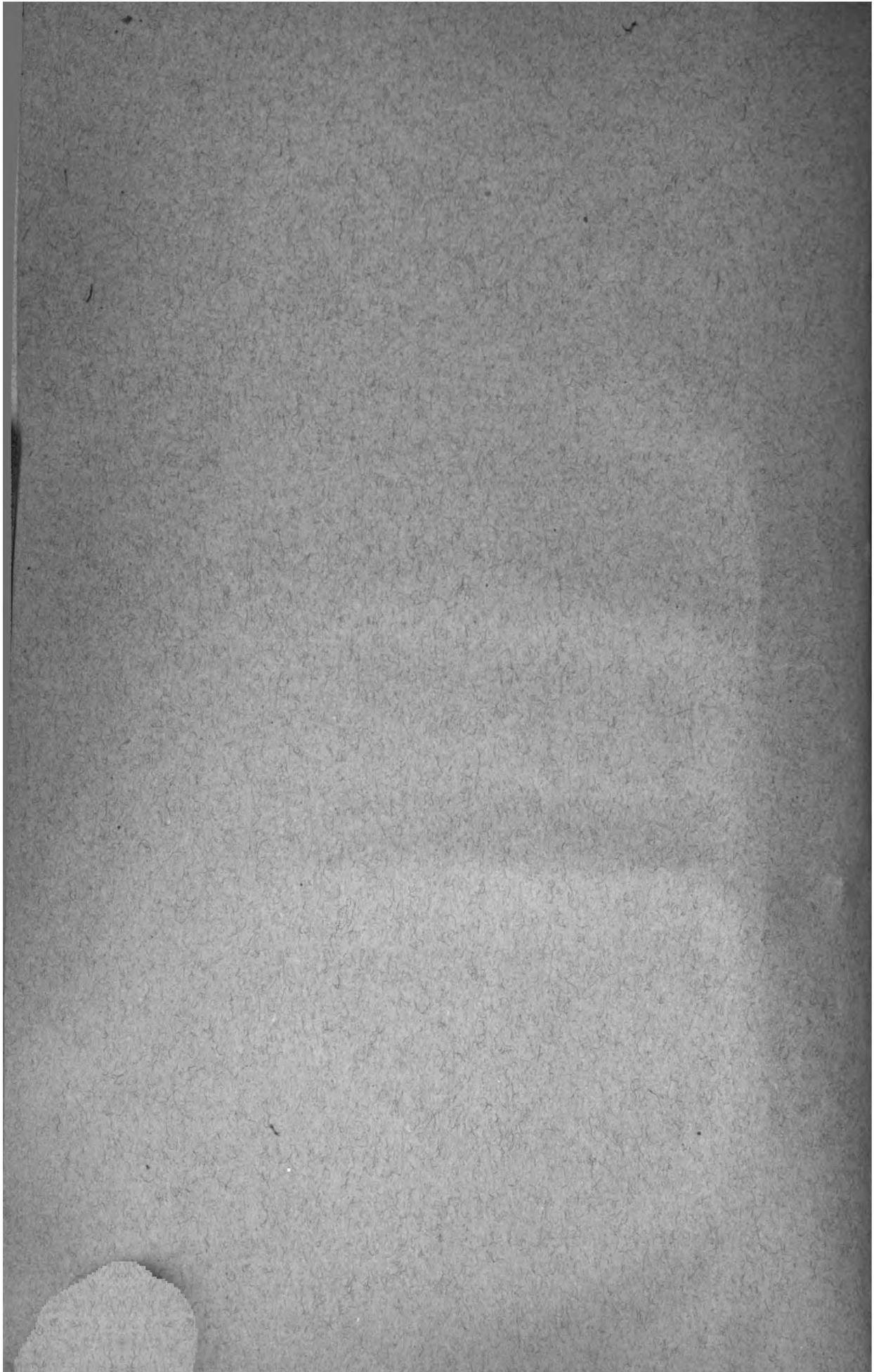
A 414237

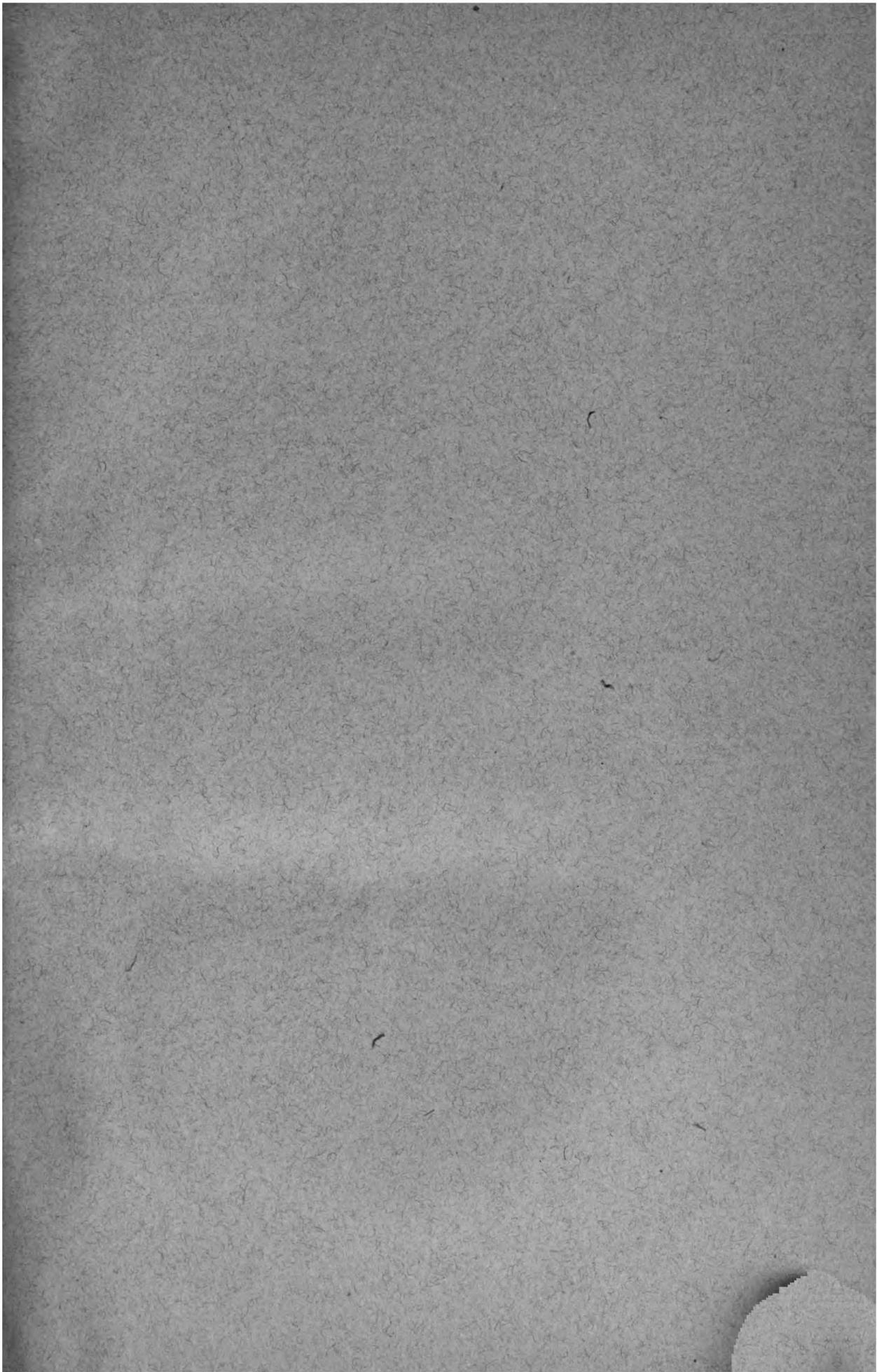
DUPL

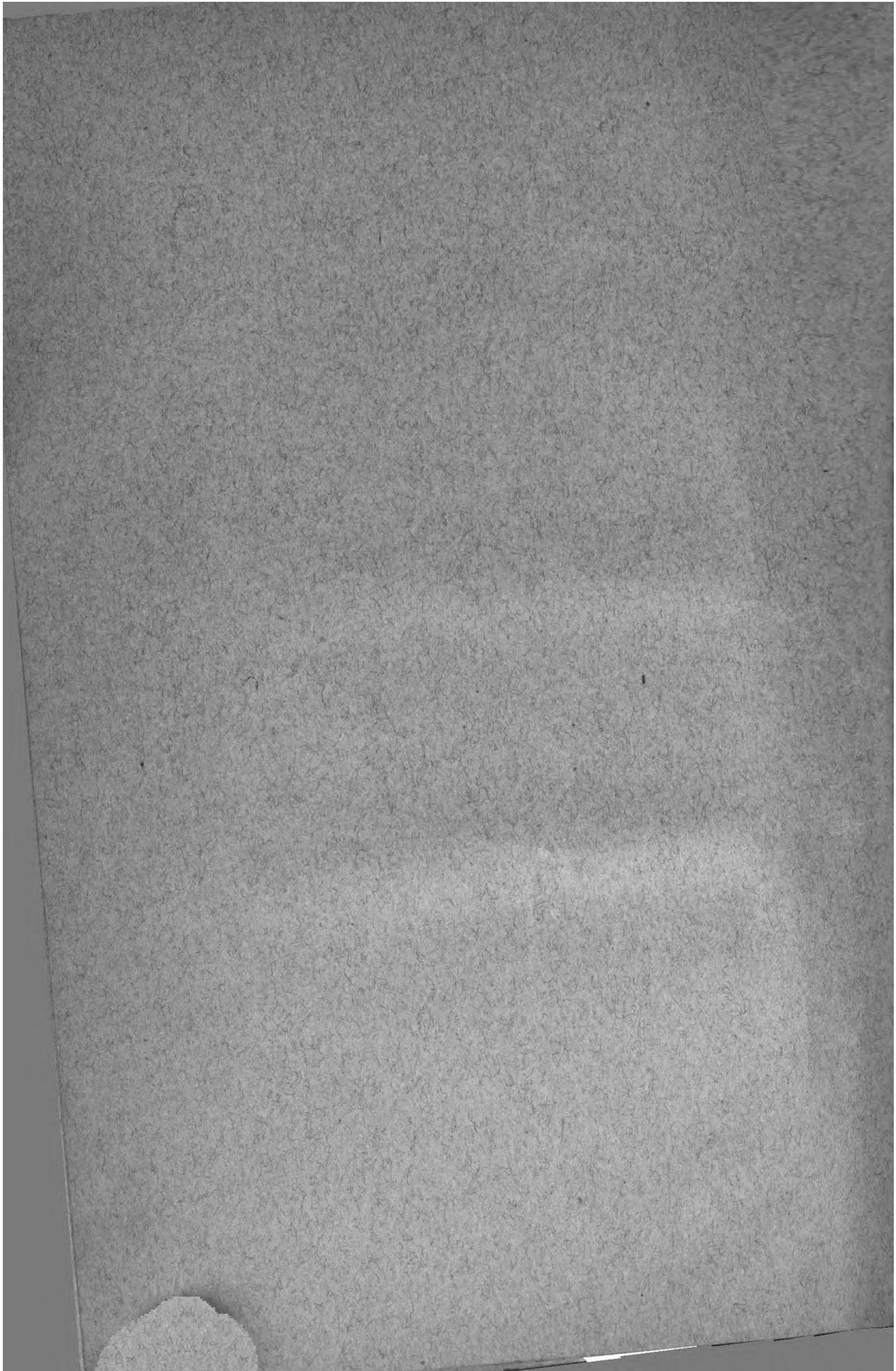


61015

\$18







Sammlung zwangloser Abhandlungen

aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von

Direktor Prof. Dr. Konrad Alt,
Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes unter ständiger Mitwirkung der Herren Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Anton in Halle, Prof. Dr. Aschaffenburg in Köln, Geheim. Med.-Rat Prof. Dr. Binswanger in Jena, Prof. Dr. Bruns in Hannover, Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Prof. u. Dir. Dr. Kirchhoff in Schleswig, Geh. Med.-Rat Dr. Krömer in Conradstein, San.-Rat Dr. Laquer in Frankfurt a. M., Med.-Rat Dr. Mayser in Hildburghausen, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Direktor Dr. H. Schloß in Wien, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Prof. Dr. Schultze in Göttingen, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Geh. Med.-Rat Dr. von Strümpell in Leipzig, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen in Wiesbaden

herausgegeben von

Prof. Dr. A. Hoche,
Freiburg i. Br.

BAND X.

Halle a. S.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
1914

Inhalt.

Hauptmann, Privatdozent Dr. Alfred, Freiburg i. B. Die diagnostische Bedeutung der Lumbalpunktion.

Stern, Ludwig, Freiburg i. B. Kulturkreis und Form der geistigen Erkrankung.

Becker, Oberarzt Dr. Wern. H., Weilmünster i. Nassau. Spezielle Prognose der Geisteskrankheiten.

Sommer, Geh. Med.-Rat Professor Dr. R., Gießen. Öffentliche Ruhehallen.

Liepmann, Prof. Dr. phil. et med. H., Berlin. Die „freie Selbstbestimmung“ bei der Wahl des Aufenthaltsortes nach dem Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz.

Eulenburg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A., Berlin. Kinder- und Jugendselfbstmorde.

Roller, Dr. P., Kropp. Die Untersuchung des Geisteskranken.

Die
diagnostische Bedeutung der
Lumbalpunktion.

Von

Privatdozent Dr. **Alfred Hauptmann**,
Freiburg i. Br.



Halle a. S.
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
1913.

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von
Direktor Prof. Dr. Konrad Alt,
Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes unter ständiger Mitwirkung
der Herren Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Anton in Halle, Prof. Dr. Aschaffenburg in Köln, Geheim. Med.-Rat Prof. Dr. Binswanger in Jena, Prof. Dr. Bruns in Hannover, Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Professor und Direktor Dr. Kirchhoff in Schleswig, Geh. Med.-Rat Dr. Krömer in Conradstein, Sanitätsrat Dr. Laquer in Frankfurt a. M., Medizinalrat Dr. Mayser in Hildburghausen, Med.-Rat Dr. Näcke in Hubertusburg, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Direktor Dr. H. Schluß in Wien, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Prof. Dr. Schultze in Göttingen, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Geh. Med.-Rat Dr. von Strümpell in Leipzig, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen in Wiesbaden

herausgegeben von
Prof. Dr. A. Hoche,
Freiburg i. Br.

Band X, Heft 1.

Die diagnostische Bedeutung der Lumbalpunktion.

Von

Privatdozent Dr. **Alfred Hauptmann**, Freiburg i. Br.

Meine Herren!*) Wenn man die Geschichte der Psychiatrie zurückverfolgt, so begegnet man der merkwürdigen Tatsache, daß man die beiden Forschungsrichtungen, welche man seit langem in der somatischen Medizin anzuwenden gewohnt war und welchen hauptsächlich die großen Fortschritte der somatischen Medizin zu verdanken waren, ich meine, daß man die pathologische Anatomie und pathologische Physiologie erst so spät und zuletzt in der Psychiatrie anwandte. Nicht etwa, daß man das Gehirn und Rückenmark überhaupt von der Untersuchung ausgeschlossen hätte, aber man hatte eine scharfe Grenze gezogen zwischen den Nervenkrankheiten und den Geisteskrankheiten; und während man folgerichtig die Ursachen der Nervenkrankheiten in Veränderungen des Gehirns, des Rückenmarks und der peripheren Nerven suchte und fand, bedurfte es erst des besonderen Hinweises darauf, daß Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten seien, um zu ihrer Erforschung den Blick auf das Gehirn einzustellen.

Freilich stand man hier weit größeren Schwierigkeiten gegenüber als auf anderen Gebieten; hatte man doch im Gehirn den Sitz zweier so verschiedener Funktionen vor sich, einmal der motorischen, sensiblen und sensorischen Funktionen und dann den Sitz alles psychischen Geschehens. Von der

*) Nach einem am 28. November 1912 gehaltenen Vortrage.

normalen Physiologie des Gehirnes wußte man ja noch recht wenig, und das Wenige betraf hauptsächlich das neurologische Gebiet; man kannte wohl den Verlauf einiger großen Nervenbahnen, man hatte gewisse Funktionen an bestimmten Stellen der Hirnrinde und der Medulla oblongata lokalisiert, von einer Physiologie der Psyche, von einer physiologischen Psychologie war aber noch keine Rede. Und doch sollte, wie bei der somatischen Medizin auch hier die Wegrichtung die sein, daß man von der normalen Physiologie zur pathologischen Physiologie schritt, also hier von der normalen Psychologie zur Pathopsychologie. Nun glaubte man aber trotz der geringen Kenntnisse, die man von der physiologischen Psychologie besaß, zu einer Diagnose und Pathogenese der Geisteskrankheiten kommen zu können, wenn man sie nach ihren Symptomen oder Symptomen-Komplexen näher bestimmte. Man mußte sich aber sehr bald überzeugen, daß dieser Weg nicht der richtige war, denn man sah, daß gerade Psychosen, die anatomisch fest umgrenzt waren, die relativ eindeutige somatische Symptome boten, daß gerade diese in allen möglichen psychopathologischen Farben schillerten. Gerade die Paralyse illustriert diese Schwierigkeiten treffend, die Paralyse, deren anatomische Grundlagen uns noch am besten von allen Psychosen bekannt sind, zu deren Diagnose uns relativ eindeutige somatische Symptome zur Verfügung stehen, gerade sie kann in ihren psychischen Symptomen fast jede andere Psychose kopieren.

So war man gezwungen, diesen Weg zu verlassen und einen zweiten einzuschlagen, nämlich den, nach körperlichen Äußerungen oder Begleiterscheinungen der Geisteskrankheiten zu suchen, und es ist nicht zu verkennen, daß der größte Teil der Fortschritte, welche die Psychiatrie in den letzten Jahren gemacht hat, auf die Beschreitung dieses Weges zurückzuführen ist. Nun bleibt aber eine ganze Zahl von Geisteskrankheiten übrig, bei welchen die genaueste Beobachtung bisher keine eindeutigen somatischen Symptome hat feststellen können, und bei welchen wir — von der pathologisch-anatomischen Seite her betrachtet — auch wohl weiterhin keine finden werden. Die pathologische Anatomie hat ohne Frage in den letzten Jahren für eine ganze Anzahl von Psychosen die

anatomische Grundlage geschaffen: in erster Linie für die Paralyse, dann aber auch für die senile Demenz, für die arteriosklerotische Demenz, zum Teil für die Epilepsie, und dann für einen großen Teil der Idiotie-Formen. Für einen Teil der Psychosen wird es — wie man schon a priori sagen kann — wohl nie eine Anatomie geben, wie etwa für alle der Hysterie angehörenden Krankheitsbilder. Für einen weiteren Teil werden wir wohl nur schwer in den Besitz einer pathologisch-anatomischen Grundlage kommen. Ich meine hier hauptsächlich jene Psychosen, welche wir einstweilen mit dem Namen des manisch-depressiven Irreseins zusammenfassen, eine Gruppe, die, wie die letzten Jahre gezeigt haben, hinsichtlich ihrer Begrenzung sehr erheblichen Schwankungen unterworfen ist. Da die einzelnen Krankheitszustände, die Manien, die Depressionen ohne geistigen Defekt abheilen, so dürfen wir kaum erwarten, in den betreffenden Gehirnen später irgendwelche greifbareren anatomischen Veränderungen zu finden. Es ist ja auch durchaus nicht gesagt, daß wir es bei diesen Psychosen mit primären Erkrankungen des Gehirns zu tun haben müßten. Der Satz: „Geisteskrankheiten sind Gehirnerkrankungen“, ist nicht derart aufzufassen, daß das Gehirn der primäre Sitz der Erkrankung sein muß; es könnte sich — und das ist für das manisch-depressive Irresein sogar das Wahrscheinlichere — wohl eher um ein sekundäres Befallenwerden des Gehirns handeln, etwa auf Grund von Stoffwechselstörungen, einer Hyper- oder Hypo-Funktion einer Drüse usw. Und wenn wir einmal ein derart erkranktes Gehirn zur Untersuchung bekommen sollten, so werden wir aus den pathologischen Befunden kaum weitgehende Schlüsse ziehen dürfen, weil wir nur schwer werden entscheiden können, welche Veränderungen etwa für die betreffende Psychose charakteristisch sind und welche mit dem Krankheitsprozesse in Verbindung zu bringen sind, der den Tod herbeigeführt hat; denn nicht der — supponierte — „psychotische“ Krankheitsprozeß führt ja zum Tode, sondern irgendeine interkurrente somatische Erkrankung.

Es käme also darauf an, Untersuchungsmethoden zu besitzen, die gestatteteten, uns ein Bild von dem jeweiligen patho-

logisch-anatomischen resp. physiologischen Zustände des Gehirns während der Erkrankung zu machen. Und wie für das Gehirn, als den Sitz der psychischen Erkrankungen, so gilt das gleiche auch für das Gehirn und Rückenmark als Substrat der Nervenkrankheiten.

Bei Kenntnis all dieser Schwierigkeiten ist es eigentlich merkwürdig, daß man erst so spät daran dachte, den Liquor cerebrospinalis näher zu analysieren, den Liquor cerebrospinalis, der, gewissermaßen ein Sekret des Gehirns, ständig mit dem Gehirn und Rückenmark in Berührung ist, von dem man also erwarten sollte, daß sich in ihm allerhand Stoffwechselprodukte, allerhand pathologische Bestandteile finden würden, aus deren Vorhandensein man dann Näheres über den jeweiligen Krankheitsprozeß des Zentralnervensystems erfahren könnte. Es war dies um so merkwürdiger, als man sich schon lange vorher durch Untersuchungen an menschlichen Leichen und Tieren mit der Spinalflüssigkeit beschäftigt hatte, als man chemische und morphologische Untersuchungen angestellt hatte. Der Hauptgrund lag wohl darin, daß man keine Möglichkeit hatte, während des Lebens genügend große Mengen von Spinalflüssigkeit zur Verfügung zu haben. Um so höher ist das Verdienst Quinckes zu bemessen, der uns im Jahre 1891 durch Bekanntgeben seiner Lumbalpunktionmethode in stand setzte, beliebig große Mengen von Liquor auf relativ einfache und, bei Wahrung der nötigen Kautelen, auch gefahrlose Art und Weise zu erhalten.

Ganz abgesehen von den pathologischen Bestandteilen, die man nun im Liquor zu finden hoffte und auch fand, war man nun eigentlich erst in die Lage versetzt, geeignete Untersuchungen über die Druckverhältnisse in der Schädelrückgratshöhle anzustellen. Was man bisher hierüber wußte, war nur recht wenig und beruhte zum Teil auf rein physikalischen Berechnungen, zum Teil auf sehr mangelhaft ausgeführten Tierversuchen. Denn Sie wissen, daß der Subarachnoidealraum bei Tieren (speziell bei Hunden, die zu solchen Versuchen verwendet wurden) ein so schmaler Spalt ist, daß man nur mehr zufällig mit einer Punktionskanüle in ihn hineingelangen kann; und so sind die Messungsergebnisse,

welche auf diese Weise gewonnen sind, recht zweifelhafter Natur. Beim Menschen dagegen bildet bekanntlich der Subarachnoidealraum einen so breiten Spalt, daß es mit leichter Mühe gelingt, mit einer Punktionskanüle in der Gegend der Lendenwirbelsäule hineinzugelangen, ohne die Stränge der Cauda equina zu verletzen.

Schon ohne eigentliche Druckmessung kann man sich davon überzeugen, daß der Druck, unter welchem der Liquor normalerweise steht, bei verschiedenen Menschen ganz verschieden ist. Schaltet man die durch die aufrechte Haltung des Menschen bedingte Druckkomponente dadurch aus, daß man die Lumbalpunktion in liegender Stellung ausführt, so sieht man, daß der Liquor auch so schon unter einem bestimmten Drucke steht, dem sog. „vitalen Druck“, über dessen Ursache man noch nichts Bestimmtes weiß. Dieser Druck beträgt etwa 80 bis 150 mm Wasser. Der Druck, in aufrechter Stellung gemessen, beträgt ca. 400 mm Wasser. Der Druck wird nicht unerheblich durch äußere Momente beeinflusst, wie etwa starkes Pressen, so daß Druckmessungen bei Kindern und unruhigen Patienten mit großer Vorsicht zu werten sind. Man sollte erst dann seine Schlüsse aus der Druckmessung ziehen, wenn das Niveau des Liquor im Meßrohr bei gleichmäßiger Atmung des Patienten zur Ruhe gekommen ist. (Kleine Schwankungen des Niveaus beruhen auf den normalen Atemschwankungen des Liquor.)

Nun ist es, mit Rücksicht auf die Folgeerscheinungen, durchaus nicht gleichgültig, in welcher Stellung man die Lumbalpunktion ausführt. Sie kennen die unangenehmen Folgeerscheinungen nach manchen Punktionen, die Kopfschmerzen, das Erbrechen, den Schwindel, und geht man mit Punktionen bei hirndrucksteigernden Prozessen unvorsichtig zu Werke, so hat man bekanntlich sogar plötzlichen Exitus zu gewärtigen. Man erklärte die unangenehmen Folgeerscheinungen durch den negativen Druck, der durch das Ablassen von Liquor in der Schädelhöhle entstehe; man stellte sich vor (Reichmann), daß ein Angesaugtwerden von Blut in die Schädelhöhle stattfände. Nun, diese Erklärungen können wohl nach den neueren Untersuchungen über die Schnelligkeit, mit

der sich der Liquor wieder ersetzt, nicht mehr aufrecht erhalten werden. Man hat nämlich gefunden (Neu und Herrmann, Walter), daß schon nach einer halben Stunde selbst nicht unbeträchtliche Liquormengen wieder ersetzt sind. Man kann demnach die Folgeerscheinungen, die meist erst nach einem Tage oder noch später auftreten, kaum mit der Druckverminderung in Zusammenhang bringen, die dann ja gar nicht mehr besteht. Andere Autoren haben die Ansicht geäußert, daß nicht die Druckverminderung die Ursache der Symptome sei, sondern daß es sich um eine Zerrung der Narbe des Stichkanals an der Dura handele. (Man hatte nämlich die gleichen Symptome auch auftreten sehen, wenn nur der Stich ausgeführt worden, aber gar kein Liquor abgeflossen war.) Auch dieser Erklärung stehen aber allerhand Bedenken entgegen, denn nach einem Tage kann wohl von einer narbigen Zerrung noch keine Rede sein. Kurz wir können über die Ursachen dieser Symptome noch nichts Genaueres aussagen. Wir machen übrigens die auffallende Beobachtung, daß diese Erscheinungen meist nur bei Patienten mit intaktem Gehirn resp. Rückenmark auftreten, so gut wie nie begegnen wir ihnen bei Paralytikern. Das rührt nicht etwa her von der mangelnden Sensitivität der Paralytiker, wir haben es ja häufig sogar mit hypersensiblen Patienten zu tun, und dann sind ja gewisse Symptome, wie etwa das Erbrechen, gar nicht abhängig von der Empfindlichkeit der Patienten; wir wissen nicht, ob hier Sekretionsanomalien des Liquor eine Rolle spielen oder etwa Zirkulationsanomalien.

Anders liegt es mit der Erklärung der plötzlichen Todesfälle nach Punktionen bei gesteigertem Hirndruck. Derartige Unglücksfälle bei der Punktion oder unmittelbar hinterher sind bei der großen Anzahl von Punktionen, die in den letzten Jahren vorgenommen worden sind, doch gar nicht so selten vorgekommen. Sie kommen dadurch zu stande, daß infolge der plötzlichen Druckentlastung am unteren Ende des Duralsackes das Gehirn nach unten rückt, wodurch speziell die Medulla oblongata in das Foramen magnum gedrückt wird: es kommt so zu Quetschungen der lebenswichtigen Zentren in ihr und damit zu sofortigem Exitus.

Es ergeben sich hieraus die strikten Forderungen, Lumbalpunktionen prinzipiell in liegender Stellung auszuführen, weil hierbei die Druckverminderung viel weniger plötzlich vor sich geht. Und bei jedem Verdacht auf einen hirndrucksteigernden Prozeß begnüge man sich [mit dem Ablassen von wenigen Kubikzentimetern Liquor. Die Entleerung von großen Liquormengen als therapeutische Maßnahme zur Druckverminderung ist ein recht prekäres Mittel, wenn auch durchaus nicht geleugnet werden darf, daß sie, etwa bei Hydrozephalus, ganz ausgezeichnet wirken kann, und den eingreifenden Prozeduren einer Ventrikelpunktion oder eines Balkenstiches bisweilen vorzuziehen ist. Vorsichtiges Vorgehen und Einhaltung der nötigen Kautelen (nicht zuviel Liquor-Entleerung auf einmal, lieber mehrmals kleine Portionen, absolute Horizontal-lagerung bei und lange Zeit nach der Punktion) werden auch hier unangenehme Zwischenfälle vermeiden lassen.

Die bei hirndrucksteigernden Prozessen beobachteten Liquordruckhöhen können enorme Grade erreichen: 800 mm und mehr sind beschrieben worden. Die Wichtigkeit der Liquordruckmessungen für die Diagnose eines Hirntumors ist ja hinreichend bekannt. Wie häufig können eindeutige Allgemeinsymptome des Hirndrucks lange Zeit fehlen, es besteht etwa nur eine ätiologisch nicht näher zu klärende Benommenheit, auch lokale Symptome können ja je nach dem Sitze des Tumors zurücktreten: in solchen Fällen kann allein die Liquordruckmessung uns auf den richtigen Weg führen. Freilich nicht ohne weiteres zur Diagnose eines Hirntumors, denn wir haben gerade in letzter Zeit Krankheitsprozesse seltenerer Art kennen gelernt, die auch mit Liquordrucksteigerung einhergehen. Zunächst die Meningitis serosa, bei der die Drucksteigerung eine Folge abnorm starker Liquorsekretion ist, dann das Krankheitsbild des Pseudotumor cerebri (Nonne), bei dem allgemeine und lokale Symptome eines Hirntumors auftreten, ohne daß durch die anatomische Untersuchung das Substrat für diese gefunden werden kann. Ein Teil dieser Fälle mag vielleicht in das Gebiet der sogen. „Hirnschwellung“ gehören, ein Krankheitsbild, das neuerdings durch die Untersuchungen von Reichardt aufgestellt

worden ist und auf das er manche akute Todesfälle im Verlaufe der Katatonie zurückführt, für die wir bisher keine plausible Erklärung hatten. R. hat bekanntlich durch Wägung festgestellt, daß derartige Gehirne relativ zu schwer sind für die Größe der Schädelkapazität. Es handelt sich hierbei nicht um eine Zunahme der festen Substanz des Gehirns, auch nicht um eine ödematöse Durchtränkung, sondern um eine eigentümliche Art der Wasseraufnahme ins Gewebe, eine besonders feste Bindung des Wassers in der Substanz der Zellen selbst, um eine Art kolloidaler Quellung.

Wir sind ferner durch die Liquordruckmessung dahin gekommen, gewisse psychotische Symptome bei einigen Allgemeinerkrankungen auf den gesteigerten Hirndruck zurückzuführen. Die Erregungszustände, die Verwirrtheitszustände, die Delirien, die bisweilen bei Herzkranken im Zustande der Inkompensation auftreten, brachte man früher in Zusammenhang mit der Kohlensäureüberladung des Blutes. Man weiß jetzt, daß in solchen Fällen eine Steigerung des Liquordruckes vorhanden ist, man hat ferner beobachtet, daß die Symptome nach Lumbalpunktionen verschwinden, daß sie dann allmählich wieder auftreten, um auf erneute Punktion wiederum zu schwinden; so daß man wohl berechtigt ist, ihr Auftreten abhängig zu machen von dem gesteigerten Liquordruck. Es ist ja leicht erklärlich, auf welche Weise es hier zu einer Drucksteigerung kommt: wir wissen, daß die Venen die Hauptabfuhrwege für den Liquor bilden, und wissen aus Tierversuchen, daß, wenn man den Venendruck steigert, die Resorption des Liquor verlangsamt ist.

Die gleichen psychotischen Symptome sehen wir auch bei Infektionskrankheiten auftreten; auch hier ist eine Steigerung des Liquordruckes konstatiert worden, auch hier wurde eine Besserung der Symptome auf Ablassen von Liquor beobachtet. Hier ist die Drucksteigerung aber nicht die Folge mangelnder Liquorresorption, sondern gesteigerter Sekretion, bedingt durch die Reizung der in den Liquor übergegangenen Krankheitserreger und deren Toxine. Und die Besserung nach Lumbalpunktionen ist zum Teil Folge der

Druckverminderung, zum Teil aber auch verursacht durch das Hinausschaffen der Toxine mit dem entleerten Liquor.

Wie hier bakterielle Toxine, so können auch chemische Toxine eine gesteigerte Liquorsekretion herbeiführen: Die unangenehmen Folgeerscheinungen nach übermäßigem Alkoholenuß, die Kopfschmerzen, die Hyperästhesie der Kopfhaut, das Schwindelgefühl, die leichte Benommenheit, kurz das, was man vulgär als Alkohol-Kater bezeichnet, ist neuerdings (Finkelnburg) ebenfalls auf Liquordrucksteigerung infolge abnorm starker Sekretion zurückgeführt worden.

Schließlich möchte ich noch kurz auf sehr interessante Untersuchungen Redlichs aus allerletzter Zeit eingehen. Redlich hat bei Epileptikern Liquordruckmessungen angestellt und bei einem Teil derselben dauernd, bei einem anderen wenigstens vor den Anfällen Drucksteigerungen festgestellt. Nun wissen wir zwar aus Tierversuchen, daß bei allgemeinen Hirndrucksteigerungen infolge Fortleitung des Druckes nach der Rinde allgemeine Krämpfe von epileptiformem Charakter auftreten können; mit Rücksicht auf die bisher nur geringe Zahl von Untersuchungen aber, und da auch nicht in allen Fällen Steigerungen gefunden wurden, läßt sich einstweilen noch nicht die Gültigkeit dieses Entstehungsmodus für die menschliche Epilepsie behaupten. Immerhin ist in diesem Zusammenhange bemerkenswert, daß bekanntlich nach Trepanationen Besserungen und sogar völlige Heilung echter genuiner Epilepsie beschrieben worden ist, besonders wenn nicht nur die Trepanation ausgeführt worden war, sondern auch noch die Dura entfernt wurde oder man an ihre Stelle ein Stückchen Faszie einheilen ließ. Man könnte die Besserungen damit erklären, daß durch die Entfernung der Dura der normale Resorptionsweg des Liquor umgangen wurde, so daß, wenn vorher infolge einer Resorptionsbehinderung eine Liquordrucksteigerung vorhanden war (als deren Folge die Anfälle?), nun durch Schaffung eines neuen Resorptionsweges die Drucksteigerung (und mit ihr die Anfälle?) beseitigt worden wäre.

Sie sehen schon aus diesen wenigen Punkten, welche hohe diagnostische Bedeutung die Liquordruckmessung besitzt, wie viele neue Fragestellungen sie für die Pathogenese schafft.

Noch weiter bringt uns die Untersuchung des Liquor auf morphologische, auf chemisch und biologisch nachweisbare Substanzen.

Es entsprach nur unseren Erwartungen, daß man bei Hirn- und Rückenmarkstumoren im Liquor die betr. Tumorzellen fand. Allzu großen Wert für die Tumordiagnose haben solche Befunde aber nicht, einmal weil nur in einem kleinen Bruchteil der Fälle sich solche Zellen finden, und dann weil sie durch das lange Verweilen im Liquor strukturell und tinktoriell soweit verändert sind, daß sie nicht immer mit absoluter Sicherheit als Tumorzellen erkannt werden können.

Was den Befund von Bakterien im Liquor anlangt, so ist bekannt, daß bei allen Arten von Hirnhautentzündung die betreffenden Erreger im Liquor nachgewiesen werden können. Sie wissen, daß speziell die Diagnose der tuberkulösen Meningitis sich auf den Nachweis von Tbc.-Bazillen im Liquor gründet. Nun hat man aber in neuerer Zeit bei Infektionskrankheiten, auch wenn keine meningitischen Symptome vorhanden waren, die betreffenden Infektionserreger im Liquor gefunden, bei Typhus Typhusbazillen, bei Pneumonie die betreffenden Pneumonieerreger und sogar bei Diphtherie Diphtheriebazillen. Und es ist sehr wohl möglich, worauf ich schon hinwies, daß gewisse psychotische Symptome bei solchen Infektionskrankheiten toxischen Ursprungs sind, und es ist erklärlich, daß Liquorentleerungen (neben der Druckverminderung) durch Fortschaffung dieser Bakterien und ihrer Toxine Besserung herbeiführen.

Seit man die Syphilis-Spirochäten kennt, hat man immer wieder nach ihnen im Liquor gesucht, meist mit negativem Erfolge. Es war a priori nicht wahrscheinlich, daß man sie bei den metasyphilitischen Erkrankungen, bei Tabes und Paralyse finden würde, denn da waren sie auch im Gewebe nicht gefunden worden. Aber bei Lues cerebrospinalis hatte man sie im Gewebe nachweisen können, und man hätte erwarten sollen, sie auch im Liquor zu finden. Bisher sind sie aber auch da nur in ganz wenigen Fällen nachgewiesen worden, obwohl die subtilsten Untersuchungsmethoden angewandt wurden (Zentrifugieren des Liquor, Untersuchung des Zentrifugates im

Dunkelfeld usw.). Der Nachweis der Spirochäten hat also für die Diagnose der syphilogenen Nervenerkrankungen keine Bedeutung.

Wichtiger in dieser Beziehung ist der Nachweis anderer morphologischer Elemente im Liquor, nämlich der leukozytären Elemente. Normalerweise sind kaum einige Leuko- resp. Lymphozyten im Liquor vorhanden; unter pathologischen Umständen findet sich eine bedeutende Vermehrung derselben, speziell bei den syphilogenen Nervenerkrankungen findet sich eine Vermehrung der Lymphozyten. Es besteht keine durchgehende Übereinstimmung zwischen der Stärke der Lymphozytose und der Intensität der klinischen Erscheinungen; sicher besteht keinerlei Abhängigkeit der Stärke der Wassermann-Reaktion von der Lymphozytose, wie es von einigen Autoren auf Grund von Versuchen Pappenheims angenommen worden war. Pappenheim hatte nämlich bei Anstellung der Reaktion mit einer Lymphozyten-Emulsion positive Resultate erhalten. Nun, wir wissen jetzt, daß die Wassermann-Reaktion im Liquor nicht durch die Lymphozytose hervorgerufen wird, daß wir eine stark positive Reaktion bei sehr geringer Lymphozytose haben können und ebenso das Umgekehrte.

Nun wäre es aber durchaus falsch, aus dem Vorhandensein einer Lymphozytose auf das Bestehen einer syphilogenen Nervenerkrankung zu schließen, einmal weil, wie wir sehen werden, gelegentlich auch noch bei anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems eine Lymphozytose auftritt, und dann vor allen Dingen, weil wir wissen, daß im Sekundärstadium der Lues, auch ohne daß eine Erkrankung des Nervensystems vorliegt, in nicht wenigen Fällen eine Lymphozytose vorhanden sein kann. Diese Beobachtungen sind auch in anderer Beziehung von großer Bedeutung: können wir in ihnen doch vielleicht den Hinweis darauf erblicken, daß es diese Patienten sind, welche später von einer der metasiphilitischen Nervenerkrankungen befallen werden.

Wir wissen ja noch immer nicht, woher es kommt, daß der eine, wenn er sich syphilitisch infiziert hat, wenn er seine Syphilis anscheinend auch noch so gut behandelt hat, später eine Tabes oder Paralyse bekommt, der andere nicht. Die

Anschauungen über diesen Punkt sind im großen und ganzen in zwei Theorien niedergelegt: die eine, welche die Ursache in den betreffenden menschlichen Organismus verlegt, die andere, die sie in die betreffenden Spirochäten verlegt. Die erste Theorie, die Theorie von dem „Paralytico nato“, nimmt an, daß der Mensch gewissermaßen als Paralytiker respektive Tabiker geboren wird, d. h. daß er von Geburt an ein so minderwertiges Zentralnervensystem mit auf die Welt bekommt, daß er auf eine syphilitische Infektion mit einer Tabes oder einer Paralyse reagiert. Man hat diese Theorie dadurch zu stützen gesucht, daß man bei Tabikern und Paralytikern nach Degenerationszeichen suchte und sie schließlich auch fand, man hat allerhand hereditäre Momente aufgespürt; es hat sich aber gezeigt, daß, wenn man unbefangener an derartige Forschungen geht, wie es in der neueren Zeit auch geschehen ist, man doch eine ebenso große Zahl von Tabikern und Paralytikern findet, die keine Degenerationszeichen aufweisen, die hereditär nicht besonders belastet sind, und daß umgekehrt Syphilitiker mit gehäuften Degenerationszeichen, mit erheblicher erblicher Belastung in einem nicht viel anderen Prozentsatz gesund bleiben. Es hat deshalb diese Theorie in der neueren Zeit nicht unerheblich an Anhängern verloren.

Die zweite Theorie, die Theorie der Syphilis à virus nerveux, nimmt an, daß es eine besondere Art der Spirochäten gebe, die eine spezielle Affinität zum Nervensystem hätten. Man hat zur Stütze dieser Theorie verschiedene Beobachtungen angeführt: Sie kennen wohl die Untersuchungen an den fünf Glasbläsern, die sich alle an dem Mundstück einer Glasbläserpfeife syphilitisch infiziert hatten; nur einer war gesund geblieben, zwei waren an Tabes, zwei an Paralyse erkrankt; oder ein anderes Beispiel: von drei Männern, die sich in einer Nacht an der gleichen puella publica infiziert hatte, waren zwei an Paralyse, einer an Tabes erkrankt. Und so gibt es noch eine ganze Anzahl von Beispielen. Man hat auch die konjugalen und familiären Erkrankungen als Beweis für die Existenz einer Syphilis à virus nerveux angeführt, also Fälle derart, daß etwa der Mann eine Paralyse, die Frau eine Tabes hatte, oder der Vater Tabes, das Kind Paralyse, u. ä. m. Nun

diese konjugalen und familiären Erkrankungen dürfen heute, wo uns die Wassermannsche Reaktion zur Untersuchung zur Verfügung steht, nicht mehr als beweiskräftig angesehen werden, denn wir finden bei ausgedehnten Untersuchungen mindestens ebenso viel Fälle, wo der andere Ehegatte oder eines der Kinder keine syphilogene Nervenerkrankung aufwies, dafür aber eine positive Wassermann-Reaktion im Blute. Dagegen scheinen Tierversuche für die Möglichkeit einer Syphilis à virus nerveux zu sprechen, Tierversuche, die allerdings nicht mit Syphilis-Spirochäten, sondern mit Trypanosomen angestellt worden sind. Spielmeyer hat hier in Freiburg mit den Trypanosomen der Schlafkrankheit experimentiert, hat Hunde infiziert, und beobachtete nun, daß zu einer gewissen Zeit der Weiterimpfung bei einigen Hunden Rückenmarksveränderungen auftraten, die der menschlichen Tabes so sehr glichen, daß er sie „Trypanosomen-Tabes“ nannte. Diese Veränderungen waren im Anfange nicht aufgetreten, sie traten später nicht mehr auf; da die Art der Weiterimpfung zu der fraglichen Zeit die gleiche geblieben war, da die Hunde nach Körperbeschaffenheit und Rasse sich nicht unterschieden, blieb nichts anderes übrig, als anzunehmen, daß die Trypanosomen sich im Laufe der Weiterzüchtung derart verändert hatten, daß sie die Eigenschaft gewannen, die tabischen Veränderungen hervorzurufen, und daß sie später diese Eigenschaft wieder verloren. Überträgt man diese Erwägungen auf die metasymphilitischen Erkrankungen, und verfolgt etwa die Paralyse historisch, so findet man, daß in unseren Gegenden die Lues viel früher geherrscht hat, als die Paralyse; und wenn man diesen historischen Daten keine rechte Beweiskraft zusprechen will: es gibt ja auch jetzt noch Länder, in welchen die Syphilis weit verbreitet ist, in welchen sie schwere Haut-, Schleimhaut- und Knochen-Erkrankungen hervorrufen, in welchen die metasymphilitischen Erkrankungen aber an Häufigkeit ganz erheblich zurücktreten. Man könnte sich also sehr wohl vorstellen, daß auch die Syphilis-Spirochäten erst allmählich die Eigenschaft gewonnen haben, metasymphilitische Leiden hervorzurufen.

Und, um wieder auf unseren Ausgangspunkt zurückzu-

kommen, die Lymphozytose im Sekundärstadium der Lues könnte möglicherweise bedingt sein durch eine Infektion mit derartigen „Nervensystem-Spirochäten“. Es wird freilich erst nach langjährigen Beobachtungen, bei welchen Syphilidologen und Nervenärzte sich die Hand reichen müßten, möglich sein, die Richtigkeit dieser theoretischen Anschauung zu beweisen. Jedenfalls kann die therapeutische Forderung nur unterstützt werden, Syphilitiker zur Kontrolle zu lumbalpunktieren, und, wenn eine Lymphozytose vorhanden sein sollte, solange zu behandeln, bis sie verschwunden ist. Daß dies Ziel erreicht werden kann, haben konsequent durchgeführte Behandlungen (Dreyfuß) gezeigt. Hören wir früher mit der Behandlung auf, so riskieren wir, Spirochäten irgendwo in den Meningen zurückzulassen, die dann von ihren Schlupfwinkeln aus ihr Zerstörungswerk ausüben.

Ich erwähnte schon, daß auch noch bei einigen anderen Erkrankungen des Nervensystems sich gelegentlich Vermehrung der leuko- resp. lymphozytären Elemente finden könne. Bei Abszessen ist dies fast regelmäßig der Fall, auch wenn der Abszeß noch abgekapselt ist. Selten findet sich eine Vermehrung der weißen Elemente bei Tumor, desgleichen bei multipler Sklerose (hier meist nach akuten Schüben). Bei Meningitis ist stets eine erhebliche Vermehrung vorhanden; man hat geglaubt, Unterscheidungen derart machen zu können, daß bei tbk. Meningitis regelmäßig eine Lymphozytose, bei Meningitis cerebrospinalis epidemica eine Leukozytose auftrate; es hat sich aber gezeigt, daß von irgendwie gesetzmäßigen Differenzen keine Rede sein kann.

Gegenüber der diagnostischen Bedeutung der weißen Blut-Elemente tritt die der roten weit zurück. Man findet rote Blutkörperchen bei Blutungen in den Subarachnoidealraum, also etwa bei Pachymeningitis haemorrhagica der Paralytiker oder Alkoholisten, man findet sie bei Durchbruch einer intrazerebralen Blutung in den Subarachnoidealraum. Wichtiger schon ist der Nachweis von roten Blutkörperchen im Liquor nach Schädeltraumen. Gerade für die Frage der Unfallbegutachtung haben derartige Untersuchungen ihre Bedeutung. Es begegnen uns nämlich gar nicht so selten Patienten, die ein

Kopftrauma erlitten haben, die keine Kommotionssymptome boten, und die später allerhand nervöse Folgeerscheinungen angeben, von welchen wir nicht wissen, ob sie organisch bedingt sind, ob sie nur Shok-Folgen sind, oder überhaupt nur simuliert werden. Bei solchen Patienten hat man nun bisweilen rote Blutkörperchen im Liquor nachweisen können, und man kann aus solchen Befunden, auch wenn keine Kommotio-Symptome vorhanden gewesen waren, die Abhängigkeit der betr. Beschwerden von organischen Verletzungen des Gehirns ableiten.

Was die chemisch nachweisbaren Substanzen im Liquor anlangt, so können sie auf zwei Wegen in den Liquor hineingelangen, einmal auf dem Blutwege, und dann direkt aus der Substanz des Gehirns oder Rückenmarks. Man weiß, daß normalerweise Stoffe, die man in die Blutbahn bringt, nicht in den Liquor übergehen; sie werden in den Plexuszellen, die gewissermaßen als Filter dienen, zurückgehalten. Unter pathologischen Umständen aber ist die Durchlässigkeit der Plexuszellen und der Meningealgefäße anscheinend erhöht, man findet dann solche Stoffe im Liquor wieder. Das ist namentlich der Fall bei Meningitis, speziell tbk. Meningitis, und dann bei Paralyse, was für die Paralyse-Diagnose, wie später ausgeführt werden soll, von großer Wichtigkeit ist. Die „Filter“-Eigenschaft der Plexuszellen und die mangelnde Permeabilität der Meningealgefäße kann wesentlich werden für unsere therapeutischen Maßnahmen: wenn Heilmittel, die wir in das Blut bringen, nicht aus dem Blute heraus in die Lymphe des Gehirns und in den Liquor treten, so ist auch nicht zu erwarten, daß wir therapeutisch viel erreichen. Man ist aus diesem Grunde auch schon zu intralumbaler Applikation geschritten, wie z. B. bei Tetanus, bei epidemischer Zerebrospinalmeningitis, und neuerdings hat man auch Salvarsan in den Duralsack injiziert; man wird bei solchem Vorgehen freilich meist dadurch behindert sein, daß die Toxizität vieler Medikamente bei direkter Berührung mit dem Zentralnervensystem zu große Schädigungen setzt, und wir müssen in der geringen Permeabilität der Meningealgefäße sicher eine sehr zweckmäßige Schutz Einrichtung erblicken.

Hin und wieder sehen wir bei Anhäufung gewisser pathologischer Substanzen im Blut einen Übergang dieser in den Liquor, wie bei Diabetes Zucker, oder bei starkem Ikterus Gallenfarbstoff.

Interessante Untersuchungen hat Schottmüller vor kurzem angestellt: er hat den Liquor von Alkoholisten untersucht, und noch 4 Tage nach dem letzten Alkoholgenuß Alkohol im Liquor nachweisen können, während in dem gleichzeitig untersuchten Blut sich weit geringere Mengen fanden. Diese Befunde sind sehr wichtig, illustrieren sie doch so recht deutlich, welch' enormen Schädigungen chronische Alkoholisten ausgesetzt sind, deren Ganglienzellen dauernd von einem Alkoholstrom umspült sind. Interessant wäre es auch, Alkohol-Deliranten zu untersuchen, was Sch. bisher noch nicht getan hat, um vielleicht auf diesem Wege der Frage nach der Entstehung des *Delirium tremens* näher zu kommen. Wir wissen ja eigentlich immer noch nicht, was die letzte Ursache des *Delirium* ist; besonders interessant wäre, zu untersuchen, ob etwa das „Abstinenz-Delirium“ zustande kommt durch eine irgendwie hervorgerufene akute Speicherung von Alkohol im Liquor.

Von den direkt aus dem Zentralnervensystem in den Liquor gelangenden Substanzen finden wir das Cholestearin, das auf biologischem Wege nachgewiesen werden kann, bei Zerstörungsprozessen der nervösen Substanz, namentlich wenn diese in akuter Weise vor sich gehen, also bei Blutungen, Erweichungen, Tumoren. Speziell der Nachweis von relativ großen Cholestearin-Mengen bei Tumoren (Hauptmann) könnte diagnostisch unter Umständen von Bedeutung sein.

Eiweiß finden wir normalerweise nur in recht geringen Mengen im Liquor. Unter pathologischen Umständen ist es vermehrt, und speziell bei den syphiligen Nervenerkrankungen besteht eine Vermehrung des Globulins, das durch Ammonium-Sulfat ausgefällt werden kann, die sogen. Phase-I.-Reaktion von Nonne. Diese Reaktion hat deswegen ihre Bedeutung, weil sie im Gegensatz zu der Lymphozytose, die, wie erwähnt, auch im Sekundärstadium der Lues vorkommen kann, ohne daß das Zentralnervensystem syphilogen erkrankt ist, nur bei

wirklichem Befallensein des Gehirns oder Rückenmarks positiv ist. Sie ist aber insofern nicht spezifisch, als sie auch gelegentlich bei anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems auftreten kann, wie etwa (allerdings sehr selten) bei multipler Sklerose; ihr positiver Ausfall bei allen Meningitisformen wird zu keinen differentialdiagnostischen Schwierigkeiten führen. Große Bedeutung hat sie dann für die Tumor-Diagnose erlangt, insofern als sich bei Tumoren des Gehirns oder Rückenmarkes eine so erhebliche Vermehrung des Globulins findet, daß es auf Ammonium-Sulfat-Zusatz zu einer förmlichen Koagulation kommt. Die Farbe des Liquor war in solchen Fällen meist verändert, gelblich, herrührend entweder von Hämoglobin, oder von einem chemisch noch nicht näher bestimmten gelben Farbstoff. Gerade die Kombination: Liquordruck-Erhöhung, fehlende Lymphozytose, Gelbfärbung, sehr starke Phase-I.-Reaktion (natürlich auch fehlende Wassermann-Reaktion im Liquor) hat in letzter Zeit häufig zu richtigen Tumor-Diagnosen verholfen.

Ich komme schließlich auf die letzte Ära unserer Forschung zu sprechen, auf die serologische Ära. Im Anfange glaubte man sich mit serologischen Blutuntersuchungen begnügen zu können. Es zeigte sich aber bald, daß diese durchaus unzureichend waren. Denn, wie Sie wissen, besagt eine positive Wassermann-Reaktion im Blut nichts weiter, als daß der betr. Patient syphilitisch infiziert ist, oder war, sie sagt nichts aus über den speziellen Charakter des Nervenleidens. Man konnte um so weniger etwas aus der Blutuntersuchung schließen, weil sie durchaus nicht in allen Fällen syphilogener Nervenkrankungen positiv ausfiel. Bei Paralyse war der Ausfall wohl in fast 100 Proz. positiv, bei Tabes aber nur in etwa 70 Proz., und bei Lues cerebro-spinalis in etwa 80 Proz. Der negative Ausfall entschied also auch nicht gegen ein syphilogenes Nervenleiden. Es bedeutete deshalb einen großen Fortschritt, als man die Untersuchung auch auf den Liquor ausdehnte, konnte man nun doch wenigstens die positiven Resultate diagnostisch verwerten; aber die positiven Resultate waren bei Anwendung der Original-Wassermann-Methode recht gering an Zahl: bei Paralyse ca. 95 Proz., bei Tabes aber nur

30 bis 40 Proz., und bei Lues cerebro-spinalis gar nur 10 bis 15 Proz. Man war also in der mißlichen Lage, aus den häufigen negativen Resultaten keine Schlüsse ziehen zu können. Und es erhoben sich damals schon wieder Stimmen, die auf Grund der negativen Blut- und Liquor-Reaktionen den Zusammenhang von Tabes, Paralyse und Lues leugnen wollten. Nun, es hat sich gezeigt, daß die negativen Resultate nur der Methode zur Last gelegt werden durften. Die syphilitischen Antikörper fehlten nicht etwa in solchen Fällen in der Spinalflüssigkeit, sondern sie waren nur in so geringer Menge vorhanden, daß sie mit der im Blut angewandten Methode nicht nachgewiesen werden konnten. Und bei Anwendung einer erweiterten Methode, der sogen. „Auswertungs - Methode“ (Hauptmann), die mit größeren Liquormengen arbeitete, gelang es denn auch, weit mehr positive Resultate zu erhalten: bei Paralyse 100 Proz., desgleichen bei Lues cerebro-spinalis 100 Proz., bei Tabes ca. 90 Proz. Man war also nun in der Lage, auch den negativen Ausfall der Reaktion (mit wenigen Ausnahmen bei Tabes) diagnostisch verwerten zu können. Welche Vorteile das bot, mögen zwei Beispiele erläutern: Sie wissen, wie schwierig bisweilen rein klinisch die Differentialdiagnose zwischen inzipienter Paralyse, dem sogen. neurasthenischen Vorstadium der Paralyse und den neurasthenischen Beschwerden eines Syphilitikers ist. Bei beiden kann die Wassermann-Reaktion im Blute positiv ausfallen, beide können eine Lymphozytose im Liquor haben, der (bei Paralyse allerdings sehr seltene) negative Ausfall der Phase-I wird nicht weiter führen, aber die Wassermann-Reaktion im Liquor wird bei dem neurasthenischen Luetiker negativ ausfallen, bei dem Paralytiker positiv. Oder ein zweites Beispiel: Auf Grund der klinischen Symptome läßt sich multiple Sklerose von Lues cerebro-spinalis bisweilen kaum unterscheiden. Setzen Sie den Fall, daß der an multipler Sklerose Erkrankte auch noch eine Lues gehabt hat, so können Sie bei beiden eine positive Blut-Reaktion haben, bei beiden eine Lymphozytose, bei beiden eine positive Phase-I, aber immer wird der an Lues cerebro-spinalis Erkrankte eine positive Wassermann-Reaktion

im Liquor aufweisen, der an multipler Sklerose erkrankte Syphilitiker nie.

Aber auch dieser Wassermann-Methode sind Grenzen gesetzt. Wir sind nicht in der Lage, zwischen den einzelnen syphilogenen Nervenerkrankungen unterscheiden zu können. Und doch wäre es klinisch häufig von größtem Wert, entscheiden zu können, ob wir es mit einer Paralyse zu tun haben oder etwa einer Tabes + irgend einer Psychose, oder einer diffusen Hirnlues. Es sind wohl quantitative Unterschiede in der Stärke der Reaktion vorhanden, aber eine irgendwie sichere Entscheidung läßt sich auf Grund dieser quantitativen Differenzen nicht treffen.

An dieser Stelle setzen nun Untersuchungen der jüngsten Zeit ein, die von Weil und Kafka begonnen, und bisher leider nur von wenigen Untersuchern nachgeprüft und fortgeführt worden sind. Es handelt sich um den Nachweis von Stoffen im Liquor, die bei Paralyse aus dem Blute in den Liquor übergehen. Wie ich schon erwähnte, besteht nämlich bei Paralyse eine erhöhte Permeabilität der Meningealgefäße; und es gelingt, bei Paralyse im Liquor Stoffe nachzuweisen, die normalerweise im Blute vorhanden sind, und mit Ausnahme von Meningitisfällen nicht in den Liquor übergehen. Es sind Stoffe vom Bau der Hammelblut-Ambozeptoren, also Stoffe, die imstande sind, bei Vorhandensein von Komplement, rote Hammelblutkörperchen aufzulösen. Ich will auf die Methode hier nicht näher eingehen, nur mitteilen, daß bei Paralyse bisher in ca. 70 bis 80 Proz. der Fälle solche Hammelblutambozeptoren im Liquor nachgewiesen werden konnten. Ihr Vorkommen auch bei Meningitis tbc. und epidemica führt differentialdiagnostisch zu keinen Schwierigkeiten. Wenn weitere Untersuchungen diese Resultate bestätigen, wenn vor allem nachgewiesen sein wird, daß sicher bei Tabes und Lues cerebro-spinalis diese Körper nicht in den Liquor übergehen, so hätten wir in dieser Methode eine sehr wesentliche Bereicherung unserer diagnostischen und differentialdiagnostischen Hilfsmittel zu erblicken.

Meine Herren! Ich bin am Schluß. Ich habe Ihnen in der kurzen Zeit freilich nur einen kleinen Bruchteil dessen an-

führen können, was die Liquor-Untersuchung bisher an diagnostisch verwertbaren Tatsachen zutage gefördert hat. Ich hoffe, Ihnen aber gezeigt zu haben, daß sowohl unsere Diagnostik ganz außerordentlich bereichert worden ist, als auch der pathogenetischen Erforschung neue Wege gewiesen sind. Gerade während der kurzen Zeit, seit man serologischen Fragen nachgegangen ist, ist schon erstaunlich viel geleistet worden, besonders wenn man noch die serologischen Untersuchungen des Blutes mit berücksichtigt. Was speziell das Gebiet der Psychosen anlangt, so erinnere ich nur an die Untersuchungen von Much und Holzmann und namentlich die von Geißler aus den letzten Jahren, die Ihnen vielleicht noch bekannt sind. M. und H. wollten im Blute von Geisteskranken verschiedenartiger Gruppen gewisse Stoffe biologisch nachgewiesen haben, die bei normalen Menschen nicht vorkämen. Es hat sich zwar im Laufe der Nachuntersuchungen gezeigt, daß die Befunde nicht in dem von ihnen angegebenen Umfange zu recht bestehen, insofern, als auch eine gewisse Zahl von Geistesgesunden die gleichen Stoffe aufwies, und dann vor allem die sogen. *Dégénérés*. Was diese letzte Gruppe anlangt, so wissen wir ja, daß sich unter ihnen eine ganze Anzahl von Psychosen versteckt, von Psychosen, die gerade den jugendlichen Verblödungsprozessen angehören. Und es bleibt an diesen Untersuchungen soviel interessant, daß sich bei einer Zahl von, ihrer Art nach wesensverschiedenen, Psychosen Stoffe (wohl Abbauprodukte des Zentralnervensystems) im Blute finden, die zum Teil auch noch bei den sog. *Dégénérés* nachgewiesen werden können, deren Vorkommen bei geistig Gesunden sich auf relativ wenige Fälle beschränkt. Speziellere Bedeutung gerade für die Frage der Umgrenzung der Gruppe der jugendlichen Verblödungsprozesse haben die Geißlerschen Untersuchungen. G. untersuchte mit Hilfe von Tierversuchen das Blut solcher Patienten nach der Präzipitations- und Komplementbindungs-Methode und kam zu dem Resultate, daß serologisch zwei Gruppen der *Dementia praecox*, die Hebephrenie und die Katatonie eng zusammengehören, während die dritte, die *Dementia paranoides*, von ihnen getrennt werden müsse. Er hat hiermit nur das ausgesprochen, was andere

Autoren schon auf Grund klinischer Beobachtungen betont hatten, daß nämlich die Dementia paranoides nicht zur Gruppe der Dementia praecox gerechnet werden dürfe.

Meine Herren! Das sind sehr vielversprechende Anfänge einer serologischen Erforschung der Geisteskrankheiten. Und vielleicht ist man nur deshalb noch nicht recht weiter gekommen, trotz vieler Versuche, weil das Blut nicht die geeignete Substanz für derartige Untersuchungen ist; wir wissen ja, daß mancherlei Stoffwechselprodukte, die in ihm enthalten sind, solche spezifischen Reaktionen zu stören vermögen. Möglicherweise ist der Liquor hierfür viel geeigneter, weil er viel isolierter Abbauprodukte speziell des Zentralnervensystems mit sich führt. Und es ist, wenn man die bisherigen Resultate der serologischen Liquor-Untersuchung betrachtet, durchaus zu erwarten, daß durch Fortführung solcher Untersuchungen in nicht allzu ferner Zeit die Pathogenese der Geisteskrankheiten unserem Verständnis ebenso nahe gerückt sein wird, wie es schon seit langem die der meisten somatischen Erkrankungen ist.

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes.

Begründet von Professor Dr. Konrad Alt in Uchtsprunge (Altmark).

Herausgegeben von

Geh. Hofrat Prof. Dr. med. A. Hoche, Freiburg i. Br.

Abonnementspreis pro Band = 8 Hefte 8 Mark. — Es liegen bis jetzt 9 Bände abgeschlossen vor, der zehnte Band ist im Erscheinen. Jedes Heft ist auch einzeln käuflich.

Preisermäßigung: Bei Bezug der kompletten Serie tritt für die bereits abgeschlossenen Bände eine Ermäßigung des Preises auf M. 6,— pro Band ein.

Band I.

- Heft 1. Hoche, Prof. Dr., in Freiburg i. Br. Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Zweite Auflage. Einzelpreis M. 1,80.
„ 2/3 Ziehen, Prof. Dr. Th., in Berlin. Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis. Zweite Auflage. Einzelpreis M. 2,—.
„ 4. Kirchhoff, Professor Dr., in Schleswig. Neuere Ansichten über die örtlichen Grundlagen geistiger Störungen. Einzelpreis M. 1,—.
„ 5/6. Bruns, Prof. Dr. L., in Hannover. Die Hysterie im Kindesalter. Zweite Auflage. Einzelpreis M. 1,80.
„ 7. Windscheid, Professor Dr. Franz, in Leipzig. Die Diagnose und Therapie des Kopfschmerzes. Zweite Auflage. Einzelpreis M. 2,—.
„ 8. Hoche, Prof. Dr., in Freiburg i. Br. Ueber die leichteren Formen des periodischen Irreseins. Einzelpreis M. 1,40.

Band II.

- Heft 1. Arndt, Prof. Dr. Rud., in Greifswald. Was sind Geisteskrankheiten? Einzelpreis M. 1,50.
„ 2. Tilling, Direktor Dr. Th., in Rothenberg. Ueber alkoholische Paralyse und infektiöse Neuritis multiplex. Einzelpreis M. 0,80.
„ 3/4. Hoffmann, Dr. Aug., in Düsseldorf. Ueber die Anwendung der physikalischen Heilmethoden bei Nervenkrankheiten in der Praxis. Einzelpreis M. 2,40.
„ 5/6. Bratz, Dr., in Berlin. Die Behandlung der Trunksüchtigen unter dem Bürgerlichen Gesetzbuch. Einzelpreis M. 2,40.
„ 7/8. Alt, Prof. Dr. K., Uchtsprunge. Ueber familiäre Irrenpflege. Einzelpreis M. 3,—.

Band III.

- Heft 1. Schultze, Dr. Ernst, Professor in Bonn. Die für die gerichtliche Psychiatrie wichtigsten Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs und der Novelle zur Civilprozessordnung. Einzelpreis M. 1,80.
„ 2. Arndt, Prof. Dr. Rud., in Greifswald. Wie sind Geisteskrankheiten zu werten? Einzelpreis M. 2,—.
„ 3. Möbius, Dr. P. J., in Leipzig. Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes. Zehnte Auflage. Mit Bildnis des Verfassers. Einzelpreis M. 1,60.
„ 4. Hoche, Prof. Dr. in Freiburg i. Br. Die Aufgaben des Arztes bei der Einweisung Geisteskranker in die Irrenanstalt. Einzelpreis M. 1,—.
„ 5. Trümner, Dr. E., in Hamburg. Das Jugendirresein (Dementia praecox). Einzelpreis M. 1,—.
„ 6. Hoche, Prof. Dr., in Freiburg i. Br. Welche Gesichtspunkte hat der praktische Arzt als psychiatrischer Sachverständiger in strafrechtlichen Fragen besonders zu beachten? Einzelpreis M. 1,20.
„ 7. Weber, Dr. L. W., Prof. in Göttingen. Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. Einzelpreis M. 1,50.
„ 8. Oppenheim, Prof. Dr. H., in Berlin. Zur Prognose und Therapie der schweren Neurosen. Einzelpreis M. 1,50.

Band IV.

- Heft 1. Laquer, Dr. med. Leopold, in Frankfurt a. M. Ueber schwachsinnige Schulkinder. Einzelpreis M. 1,50.
„ 2. Hoche, Prof. Dr. A., Freiburg i. B. Die Grenzen der geistigen Gesundheit. Einzelpreis M. 0,80.
„ 3. Pfister, Prof. Dr. H., Freiburg i. Br. Die Anwendung von Beruhigungsmitteln bei Geisteskranken. Einzelpreis M. 1,20.
„ 4. Weill, Dr. Max, Stuttgart Die operative Behandlung der Hirngeschwülste. Einzelpreis M. 0,80.
„ 5. Laquer, Dr. Remus, Wiesbaden. Ueber Höhenkuren für Nervenleidende. Einzelpreis M. 0,80.
„ 6/7. Weygandt, Prof. Dr. W., Hamburg. Der heutige Stand der Lehre vom Kretinismus. Einzelpreis M. 2,40.
„ 8. Liepmann, Privatdozent Dr. H., Pankow b. Berlin. Ueber Ideenflucht. Einzelpreis M. 2,50.

**Kulturkreis und Form
der geistigen Erkrankung.**

Von

Ludwig Stern.



Halle a. S.
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
1913.

Sammlung
zwangloser, Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von
Direktor Prof. Dr. Konrad Alt,
Uchtsprunge (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes unter ständiger Mitwirkung der Herren Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Anton in Halle, Prof. Dr. Aschaffenburg in Köln, Geheim. Med.-Rat Prof. Dr. Binswanger in Jena, Prof. Dr. Bruns in Hannover, Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Professor und Direktor Dr. Kirchhoff in Schleswig, Geh. Med.-Rat Dr. Krömer in Conradstein, Sanitätsrat Dr. Laquer in Frankfurt a. M., Medizinalrat Dr. Mayser in Hildburghausen, Med.-Rat Dr. Näcke in Hubertusburg, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Direktor Dr. H. Schluß in Wien, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtsprunge, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Prof. Dr. Schultze in Göttingen, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Geh. Med.-Rat Dr. von Strümpell in Leipzig, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen in Wiesbaden

herausgegeben von
Prof. Dr. A. Hoche,
Freiburg i. Br.

Band X, Heft 2.

Kulturkreis und Form der geistigen Erkrankung.

Von

Ludwig Stern.

In quantitativer wie qualitativer Hinsicht ist ein Einfluß der Kultur auf die Geisteskrankheiten denkbar, d. h., die Zahl der psychischen Erkrankungen wie ihr Inhalt könnten durch die Kultur geändert werden.

Der erste Punkt wurde in letzter Zeit außerordentlich häufig erörtert, stand er doch als Diskussionsthema auf dem internationalen Kongreß für Irrenfürsorge im Jahre 1910. Eine Einigung herrscht in dieser Frage jedoch noch keineswegs, das Für und Wider stehen sich hier schroff gegenüber. Aber, wie Hoche und Bumke meinen, ist dieses Problem heutzutage gar nicht einwandfrei zu lösen. Weder lassen sich tatsächliche Beweise beibringen, noch ist eine Entscheidung auf logischem Wege, wie Rüdin wollte, möglich. Dieses letztere hat Bumke, wie wir meinen, in überzeugender Weise auseinandergesetzt.

Daß ein Einfluß der Kultur auf den Inhalt der Geisteskrankheiten stattfindet, glauben übereinstimmend alle Autoren (Hoche, Bumke, Kraepelin, Tamburini). Der Begriff „Inhalt der Geisteskrankheiten“ ist jedoch nicht eindeutig. Zweierlei läßt sich darunter verstehen. Einmal könnte die Kultur das Symptomenbild einer Psychose verändern, die einzelnen Äußerungen der Krankheit vielgestaltiger, beweglicher, inhaltlich reicher machen. Andererseits wäre es möglich, daß

sie innerhalb des Gesamtbildes aller Geisteskrankheiten einzelne Krankheiten zahlreicher, andere weniger häufig werden ließe, daß sie also das Verhältnis der einzelnen Erkrankungen zueinander, bezüglich ihrer Häufigkeit, beeinflusste.

Betrachten wir zuerst einmal das erste, das Anderswerden des Symptomenbildes ein und derselben Psychose durch die Kultur.

Die Frage kann historisch aufgefaßt werden. Bei einem und dem gleichen Volke könnten verschiedene Kulturperioden dem Symptomenbilde der Psychosen ihr Gepräge aufdrücken. So spielten die Geister und Gespenster in den Wahnideen des Mittelalters eine große Rolle. Heutzutage muß oft die Technik mit allen ihren Errungenschaften den Boden für den Aufbau der Wahnidee hergeben. Man denke nur an den Wahn der Verfolgung durch Elektrizität, Magnetismus, drahtlose Telegrafie und ähnliches.

Die zu vergleichenden kulturellen Unterschiede könnten wir auch in den einzelnen Schichten eines Volkes suchen. Auch hier wäre es möglich, daß das verschiedene kulturelle Niveau in der Gestaltung des Symptomenbildes der Psychosen zum Ausdruck käme. Daß dies wirklich der Fall ist, braucht eigentlich kaum weiter erörtert zu werden: ein Blick in eine psychiatrische Anstalt dürfte genügen, um zu zeigen, wie der frühere geistige Besitzstand, das soziale Milieu der Psychose eines bestimmten Individuums besondere Gestalt verleiht. E. Meyer sagt in dieser Beziehung, „man beobachtet, daß geistig höher Stehende oft ein reicheres System an Wahnideen ausbilden, als weniger Gebildete“. Auch an Kraepelins Beobachtung, daß Angstzustände, Selbstvorwürfe und Grübelsucht bei unserer städtischen Bevölkerung häufiger seien als bei der des Landes, können wir hier erinnern.

Denkt man bei dem Worte Symptomenbild weniger an den Inhalt von Wahnideen und Sinnestäuschungen, sondern vielmehr, wie häufig diese letzteren überhaupt vorhanden sind, so lassen sich die Erfahrungen über die Gestaltung der Psychosen bei kulturell tiefstehenden Völkern, den sogen. Naturvölkern, mit denen bei den Kulturvölkern vergleichen. Nach Kraepelin bietet die Dementia praecox der Javaner ein ganz

anderes Bild als die der Deutschen. Die einleitende Depression fehlt, Sinnestäuschungen sind selten, ebenso Wahnideen und Erregungen, also ein viel eintönigerer Verlauf der Erkrankung. Ganz Ähnliches berichtet Urstein von der Dementia praecox der Zentralasiaten. Beim manisch-depressiven Irresein fand Kraepelin alle Symptome viel weniger ausgesprochen, im besondern gar keine deutliche Depression. Nach van Brero sind die Psychosen der Malaien sehr arm an Wahnideen, die zudem fast gar nicht in ein System gebracht sind. Malaien jedoch, „deren Ideenkreis durch ihre Beschäftigung erweitert wurde (Soldaten, Diener von Europäern, Prostituierte, Adelige), zeigen auch mehr Wahnideen, wenn sie geistig erkranken“. (Zitiert nach Révész.) Ganz das gleiche berichtet Nina Rodriguez von den brasilianischen Neger: auch hier im allgemeinen selten systematisierte Wahnideen, ganz anders aber bei den Neger der gebildeten Kreise. Interessant ist es auch, daß die Eingeborenen der Fidschi-Inseln an denselben Wahnideen leiden, rein inhaltlich gesprochen, wie sie auch bei Europäern vorkommen. (G. W. Lynch.) Révész erklärt dies damit, daß sie ein höchst begabtes Volk seien und sich alle kulturellen Errungenschaften der Europäer angeeignet hätten. In Brasilien weisen nach Moreira und Peixoto „die Abkömmlinge kaukasischer Eltern, die im Innern des Landes unter unwissenden Leuten aufwachsen, dieselben rudimentären Wahnideen auf, die der eingeborene Farbige zeigt, der keinen Unterricht genossen hat“. Alle diese gleichen Beobachtungen über Wahnideen bei verschiedenen Völkern zeigen, daß wir hier nicht spezifische Rassenunterschiede, sondern Kulturunterschiede vor uns haben. Mit manchen sog. Rassenunterschieden dürfte es sich ähnlich verhalten, vielleicht auch mit denjenigen, die für die Neigung zu Geisteskrankheiten überhaupt öfters angeführt werden. So meint auch Lomer, hierfür sei nicht die Rasse, sondern die Intensität der Kultur maßgebend. Greenleß ist der Ansicht, die Hottentotten erkrankten deshalb häufiger geistig als die übrigen Eingeborenen der Kapkolonie, weil sie länger der Kultur ausgesetzt gewesen seien. Auch die hohe Ziffer, die die Juden gegenüber allen anderen Kulturvölkern an Geisteskrankheiten aufweisen, wird von

manchen, wie Singer, auf kulturelle bzw. soziale Momente zurückgeführt. Vielleicht können wir die Resultate dieser Arbeit ebenfalls dazu verwenden, manche „Rassenunterschiede“ als Kulturunterschiede zu deuten.

Im schärfsten Gegensatze zu den niederen Völkern zeigt das Symptomenbild der Psychosen bei dem hochstehenden Kulturvolke der Juden eine mannigfaltige, bunte Zusammensetzung. Bei einer und derselben Krankheit vermischen sich oft die verschiedensten Symptomenkomplexe und lösen sehr schnell einander ab, so daß man von den degenerativen Zügen der jüdischen Psychosen gesprochen hat. Auch fällt auf, daß die Geisteskrankheiten der Juden häufig einen eigentümlich querulierenden Charakter tragen, daß also der Intellekt sich in hohem Maße bei ihnen geltend macht.

Die Frage nach dem Einfluß der Kultur auf das Symptomenbild einer Psychose berührt sich mit einer anderen, von Sommer folgendermaßen formulierten: „Inwieweit lassen sich in den Symptomen einer bestimmten Psychose frühere Züge des normalen Charakters [eines Menschen*] erkennen?“ Man braucht in diesem Satze nur „frühere Züge des normalen Charakters“ mit einem entsprechenden anderen Ausdruck zu vertauschen, einmal, was die einzelnen Kulturperioden eines Volkes, dann seine kulturell verschiedenen Schichten, und als letztes die verschieden hohen Kulturstufen voneinander getrennter Völker angeht, so hat man die einzelnen Möglichkeiten der im vorhergehenden erörterten Frage formuliert. Sowohl hier, wie bei dem Sommerschen Thema, das sich auf die Individual-Psychologie bezieht, kommt es darauf an, die Nachwirkung von Elementen, die das normale Seelenleben bedingten, im pathologischen nachzuweisen. Hier sind es Züge der Psyche ganzer Kulturen, dort der eines einzelnen Individuums.

Und noch auf eine zweite Art ist eine Einwirkung der Kultur auf die Geisteskrankheiten möglich. Innerhalb des Gesamtbildes aller geistigen Erkrankungen könnte sie das Häufigkeitsverhältnis der einzelnen zueinander verschieben, also, mathematisch ausgedrückt, den Quotient

*) Von mir eingefügt.

Zahl der Fälle einer bestimmten Psychose

Zahl der Fälle aller Psychosen

verändern. Diesen Quotienten, worin der Nenner gleich einer Einheit, z. B. 100, gesetzt werden muß, werden wir im folgenden die Häufigkeitsquote einer Psychose, z. B. der *Dementia praecox*, nennen. Alle die drei Möglichkeiten, die die Frage „Symptombild der Psychosen und Kultur“ in sich faßt, liegen auch hier vor.

Bezüglich der historischen Seite des Themas führen wir die Tatsache an, daß die Hysterie bezw. die psychischen Epidemien im Mittelalter bei den germanischen und romanischen Völkern sehr häufig waren (Hoche, Tamburini). Bei Naturvölkern sind sie es jetzt noch. Auch tragen hier wie dort die erwähnten Erkrankungen religiösen Charakter. Beide Tatsachen können wir vielleicht damit erklären, daß wir noch jugendliche bzw. in starker Entwicklung befindliche Kulturen vor uns haben. Aber damit haben wir schon begonnen, das Thema Häufigkeitsquote und Kultur in vergleichend-ethnologischem Sinne zu betrachten. An anderer Stelle wollen wir näher darauf eingehen.

Es bleibt nun noch die folgende Möglichkeit: Wird die Häufigkeitsquote der psychischen Krankheiten durch das verschieden hohe kulturelle Milieu der einzelnen Schichten eines Volkes beeinflußt? Für diese Auffassung des Begriffes Kultur haben wir die Bezeichnung Kulturkreis gewählt. Die vorliegende Frage, die das engere Thema dieser Arbeit bildet, lautet nun: Hat der Kulturkreis einen Einfluß auf die Häufigkeitsquote der Psychosen? Oder, um einen der Mathematik entlehnten Begriff zu gebrauchen: Ist die Häufigkeitsquote der einzelnen geistigen Erkrankungen eine Funktion des Kulturkreises?

Unter Kulturkreis verstehen wir die Summe von geistigen und sozialen Elementen, die auf das Seelenleben eines Menschen einwirken. Diese Summe bildet für eine Reihe von Individuen in quantitativer wie qualitativer Hinsicht eine Einheit. Quantitativ: wie stark hat der einzelne in seiner Stellung im Leben die psychischen Kräfte gegenüber den körperlichen anzustrengen, und wie groß ist seine soziale Abhängigkeit und

damit sein soziales Verantwortlichkeitsgefühl. Qualitativ: welche Rolle kommt unter den einzelnen seelischen Funktionen gerade dem Intellekt zu. Damit sind zugleich die Gesichtspunkte für die Bewertung eines Kulturkreises, ob hoch oder niedrig entwickelt, eng oder ausgedehnt, gegeben.

Die einzelnen Faktoren, die den Kulturkreis zusammensetzen, entstammen nun einerseits dem Milieu des Elternhauses und dem des Berufes, andererseits der weiteren Umgebung des Menschen, dem Wohnort. Demnach unterscheiden wir einen Kulturkreis in engerem und weiterem Sinne. Wir sind der Ansicht, daß Elternhaus und Beruf, welche beide auch die Erziehung, den ganzen Bildungs- und Werdegang des Einzelnen in sich schließen, direkter, unmittelbarer auf den Menschen wirken als der Wohnort. Der Kulturkreis im engeren Sinne, Milieu des Elternhauses und des Berufes, umfaßt alle geistigen und einen Teil der sozialen Elemente, die das Seelenleben eines Menschen beeinflussen. Der Wohnort, also städtisches oder ländliches Milieu, stellt nach unserer Ansicht nur einen Teil der sozialen Faktoren dar. In einer Anzahl von Fällen ist der Kulturkreis im weiteren Sinne zugleich mit dem engeren gegeben, indem manche Berufskreise entweder ausschließlich oder vorwiegend an einen städtischen bzw. ländlichen Wohnort gebunden sind. Dies sind gerade die voneinander entferntesten Gruppen, die der Landwirte und der „freien Berufe“, zu welchen letzteren Ärzte, Rechtsanwälte, höhere Beamte usw. gehören. Diese beiden Kreise dürften daher auch die Wirkungen der Kultur am deutlichsten zeigen. Sonst haben wir nur den Kulturkreis im engeren Sinne berücksichtigt, abgesehen von den Tagelöhnern, die wir noch nachträglich in städtische und ländliche trennten, um hier eine eventuelle Wirkung des Stadtmilieus nachweisen zu können.

Die Religion, die ja auch zu dem Kulturkreis im engeren Sinne gehört, ward nicht besonders in Betracht gezogen. Unser Material ist in dieser Hinsicht ziemlich einheitlich, eine Religion, die katholische, herrscht bei weitem vor. Auch dürfte der Einfluß der Religion auf die Häufigkeitsquote der psychischen Erkrankungen nicht sonderlich groß sein und gegenüber den anderen Faktoren des Kulturkreises zurücktreten. Immer-

hin könnte sie in einem Fall von Bedeutung sein, nämlich warum hier mehr Melancholie, dort mehr Manie vorhanden ist. So wäre es möglich, den Unterschied zwischen dem Heidelberger und dem Freiburger Material — in Heidelberg überwiegt die Manie, in Freiburg die Melancholie — mit der katholischen Religion der alemannischen Bevölkerung zu erklären, einer Religion, die auf die Menschen, besonders der ländlichen Kreise, einen viel größeren Druck als die protestantische ausübt und eine Art von erhöhtem religiösen Verantwortungsgefühl bei ihnen erzeugt. Auch für München, das sich wie Freiburg verhält, würde dies stimmen. Ein Einfluß der Religion könnte auch in unserem Material bei der Gegenüberstellung der städtischen und ländlichen Kulturkreise zum Ausdruck kommen. Ist doch bei der ländlichen Bevölkerung die Wirkung der Religion ganz gewiß viel größer.

Hier wollen wir noch kurz bemerken, daß „Kulturkreis“ und „soziale Lage“ sich nicht decken. In dem Worte sozial liegt der Begriff der Gesellschaft, der Bedeutung für die Gesellschaft. Der Wert, den der Einzelne für die Gesellschaft darstellt, richtet sich nun nach unserer heutigen kapitalistischen Wirtschaftsweise nach seinem Besitz. Man dürfte z. B. kaum behaupten, daß die Landwirte sozial tief ständen, wohl aber können wir sagen, ihr Kulturkreis ist sehr wenig entwickelt, weniger selbst als der der Fabrikarbeiter, da bei letzteren die soziale Abhängigkeit viel größer ist.

Welche Tatsachen lassen sich aus der Literatur für unser Thema anführen? Sichel hat die Beobachtung gemacht, daß das zirkuläre Irresein bei Juden wie Deutschen (in Frankfurt) besonders unter den sozial Bessergestellten verbreitet ist. Bei den Juden kommt, nach demselben Autor, das manisch-depressive Irresein beinahe ausschließlich in den höheren Gesellschaftskreisen vor, während Alkoholismus und Epilepsie die ärmeren Schichten bevorzugen. Hysterie traf Sichel seltener in dem Mittelstande und eher in der besitzenden und besitzlosen Klasse. Bei Dementia praecox und Dementia senilis fand er keine Unterschiede. Printzing teilt die Tatsache mit, daß die Juden in Preußen und Bayern viel häufiger an Affekt-Psychosen erkrankten als die österreichischen, die in

viel dürftigeren Verhältnissen (Galizien) leben. Alle Statistiken, die über die Paralyse vorliegen, beweisen eindeutig, daß diese Erkrankung viel häufiger in den höheren sozialen Schichten und in städtischem Milieu vorkommt. So sagt Printzing als Kommentar zu einer Statistik aus den österreichischen Irrenanstalten über die Zugänge in den Jahren 1898 bis 1900: „Die hohen Ziffern der Paralyse bei den Handelsleuten, Industriellen, Militärs, Beamten, Künstlern und Schriftstellern entsprechen ganz unseren gewöhnlichen Anschauungen über das gehäufte Auftreten der Krankheit bei den Männern der höheren Gesellschaftsklassen.“ Auch werden nach der erwähnten Statistik die Selbständigen in Handwerk, Industrie und Handel häufiger von Paralyse befallen, als die Arbeitenden, jedoch nur bei den Männern, bei den Frauen ist es gerade umgekehrt. In „Land- und Forstwirtschaft“ ist die Paralyse bei beiden Geschlechtern sehr selten. Während die Juden im allgemeinen an Paralyse häufig erkranken, leiden sie dort, wo sie sozial schlecht gestellt sind, in Rußland, viel seltener an ihr, sogar in geringem Grade als die übrige russische Bevölkerung. (L. Minor.) Dieselbe österreichische Statistik, die wir vorhin für die Paralyse angeführt haben, berücksichtigt auch die Verbreitung des Alkoholismus unter den einzelnen sozialen Schichten. Danach weisen die niederen Bevölkerungskreise bei beiden Geschlechtern die höchsten Zahlen auf, jedoch sind die Ziffern bei den besser Gestellten ebenfalls ziemlich hoch. Auch bei den Juden fanden wir die unteren Schichten häufiger von Alkoholismus befallen, und da die Juden im ganzen viel seltener dem Alkoholgenuß sich hingeben, sind die Unterschiede zwischen hoch und nieder hier viel größer als bei den Deutschen. Fassen wir die gewonnenen Tatsachen zusammen: in den unteren Gesellschaftskreisen dominieren Alkohol und Epilepsie, Paralyse ist selten, die oberen Schichten leiden häufiger an manisch-depressivem, besonders zirkulärem Irresein und in ganz ausgesprochener Weise an Paralyse. In all dem verhalten sich Juden und Deutsche, was wir besonders bemerken wollen, völlig gleich.

Sonst finden wir in der Literatur noch Bemerkungen über die Beziehungen einzelner Berufe zu bestimmten Geisteskrank-

heiten. Den größten Prozentsatz zu den Morphinisten stellen die Menschen, die in ihrem Beruf tagtäglich mit dem Morphinium umzugehen haben, Ärzte, Apotheker, Chemiker. Die in dem Alkoholgewerbe Beschäftigten leiden auch häufig an chronischem Alkoholismus. Atherosklerose soll besonders bei der arbeitenden Bevölkerung vorkommen. Nach einem Unfall zeigen sich oft, wie E. Meyer angibt, die ersten Anzeichen der beginnenden atherosklerotischen Geistesstörung und vermischen sich hier mit den Symptomen der traumatischen Neurose. Bei Offizieren finden sich häufig Paralyse, Alkoholismus und Atherosklerose. Dies alles betrifft jedoch in der Hauptsache das Berufsmilieu als solches und nur zum Teil, wie bei den Offizieren, soweit es einem bestimmten Kulturkreise angehört.

Über den Einfluß des Wohnorts auf die Gestaltung der Psychosen liegen verschiedene Tatsachen vor. Vergleiche zwischen Berlin und den einzelnen preußischen Provinzen haben ergeben, daß Berlin mehr als doppelt soviel Paralytiker hat als die dreimal größere Rheinprovinz, mehr als zehnmal soviel wie das um die Hälfte größere Westfalen (Kraepelin). Für Epilepsie und Alkoholismus finden sich hierbei ähnliche, nur nicht so scharf ausgesprochene Unterschiede. Gaupp stellte das Material der Münchener und Frankfurter Kliniken, die eine vorwiegend großstädtische Zusammensetzung aufweisen, dem der Heidelberger und einiger anderer Anstalten mit mehr ländlichem Krankenbestand gegenüber. Er fand, daß in der Großstadt die alkoholischen, epileptischen und hysterischen Psychosen, die Paralyse und die Psychopathie überwiegen. Besonders bei den Frauen war die Paralyse bedeutend häufiger als auf dem flachen Lande, das Verhältnis verschob sich von 1 zu 4 bis 5 auf 1 zu 1 bis 2. Bei der Dementia praecox fand er keine wesentlichen Unterschiede zwischen Stadt und Land. Bei der Hysterie war „der Prozentsatz der vom Lande hereingekommenen ein besonders großer“. Gaupp fügt hinzu, „dies stimmt ja auch zu unseren sonstigen Erfahrungen; die Hysterie ist im Unterschiede zu den anderen degenerativen Erkrankungen keineswegs ein Produkt komplizierter Kulturverhältnisse, wie sie die Großstadt schafft, sondern sie findet

sich mit Vorliebe bei der weiblichen Landbevölkerung“. Wir möchten hierzu bemerken, daß die Hysterie, wie Hoche ausgeführt hat, wahrscheinlich keine einheitliche Krankheit ist. Hoche unterscheidet zwischen dem hysterischen Symptomenkomplex und dem hysterischen Charakter. Nur der letztere soll sich auf dem Boden der „Entartung“ entwickeln. Hat es sich bei der Hysterie der Landbevölkerung in Gaupps Material nur um den hysterischen Symptomenkomplex gehandelt, so wäre das nach Hoches Ansicht nicht weiter verwunderlich und zugleich böte es eine Stütze für seine Auffassung des Hysteriebegriffes. Die Depressionen traf Gaupp hauptsächlich bei der Landbevölkerung an, während in der Stadt die Manie überwog. Auch Siemerling fand in Württemberg die Melancholie häufiger auf dem Lande. Gaupp glaubt daher, die chronische Manie sei eine besonders schwere Form der Entartung. Auch den stärkeren Einfluß der Religion auf das Landvolk könnte man, wie schon früher ausgeführt wurde, heranziehen.

Bei der Bearbeitung der Frage richteten wir unser Augenmerk vorzüglich auf die funktionellen Psychosen. A priori läßt sich ja erwarten, daß in höheren Kulturkreisen, wo die seelischen Funktionen stärker beansprucht werden, auch diejenigen Geisteskrankheiten zunehmen, die aller Wahrscheinlichkeit nach nur quantitative Abweichungen von der Norm darstellen. Und gerade die funktionellen Psychosen sind die geistigen Erkrankungen, die so gut wie ausschließlich auf dem Wege der Vererbung entstehen, und daher für die Frage der seelischen Entartung in erster Linie in Betracht kommen.

Ferner erschien uns das Verhalten von Dementia praecox und funktionellen Psychosen im Vergleich zueinander besonderer Betrachtung wert. Besteht doch zwischen beiden Krankheitsgruppen sowohl klinisch (Hoche, Bumke) wie auch nach der Seite der Vererbung hin (Vorster, Sioli, Bischoff, Kreichgauer) ein unüberbrückbarer Gegensatz. Die Dementia praecox heilt, wenn überhaupt, so gut wie stets mit irgendwelchen geistigen bzw. moralischen Defekten aus

sodaß sie wohl eine organische Gehirnkrankheit sein dürfte (Hoche, Bumke), während die funktionellen Geisteskrankheiten nach Bumke nur als quantitative Anomalien des psychischen Geschehens zu betrachten sind.

Von ganz eigentümlicher Bedeutung sind Alkoholismus und die Psychosen, die wahrscheinlich alkoholistische Folgekrankheiten darstellen, die Epilepsie und die Imbezillität; d. h., in welchen Kreisen übt der Alkohol seine keimschädigende Wirkung, soweit diese die Gehirnzellen trifft, aus? Die Psychopathie und die atherosklerotische Demenz sind ebenfalls hier heranzuziehen. Bei der ersteren kann Alkoholismus in der Aszendenz eine Rolle spielen, während zwischen Atherosklerose und Alkohol direkte Abhängigkeitsbeziehungen möglich sind.

Bezüglich der Paralyse brauchten wir nur darauf zu achten, ob unser Material die bekannte Tatsache des stärkeren Ergriffenseins der höheren Kreise bestätigt.

Aus allen Untersuchungen, die sich mit dem Einfluß der Kultur auf die Formen der Geisteskrankheiten befassen, lassen sich nach drei Seiten hin Schlußfolgerungen ziehen:

Zum ersten: wie wirkt die Kultur auf das Seelenleben des Menschen überhaupt? In den Geisteskrankheiten sehen wir in dieser Hinsicht nur die Übertreibungen, die Verzerrungen dieser Wirkung. Dies gilt in der Hauptsache für die funktionellen Psychosen.

Alsdann: bedeutet die Kultur für gewisse geistige Erkrankungen einen ätiologischen Faktor? Dieser braucht nun keineswegs immer in einem Aufbrauch der nervösen Organe, im Sinne der Edingerschen Theorie, gesucht zu werden.*)

Und der dritte Punkt: ist es möglich, auf dem Wege des Vergleichs gewisse Unterschiede in der Häufigkeitsquote der Psychosen bei einzelnen Völkern als kulturelle Verschiedenheiten unter Ausschaltung des Rassenmomentes zu deuten? Das Volk der Juden ist hier von besonderem Interesse.

*) Wir werden dies am Schlusse näher erörtern.

Unser Material umfaßt 1326 Fälle. Diese sind Aufnahmen in die Freiburger Psychiatrische Klinik während der Jahre 1906 bis 1912. Wir haben unsere Untersuchungen nur auf Männer ausgedehnt. Die Resultate erleiden so durch Geschlechtsunterschiede keine Einbuße, auch glauben wir, daß sich bei den Männern die Wirkungen der Kultur viel deutlicher zeigen als bei den Frauen. Die letzteren sind in ihrem Seelenleben lange nicht so individuell verschieden, repräsentieren in ihrer psychischen Reaktion viel mehr einen allgemeineren Typus; und dann waren und sind sie — bis jetzt wenigstens — dem Einflusse der Kultur keineswegs in dem Maße ausgesetzt wie die Männer.

Die Gruppeneinteilung unserer Arbeit erfolgte nach Krankheiten und Bevölkerungskreisen. Daß hier eine genaue Diagnosenstellung Grundbedingung ist, braucht nicht weiter betont zu werden. Für die Diagnose waren die Grundsätze, wie sie an der Hoche'schen Klinik gelten, und wie sie zum größten Teil im Binswangerschen Lehrbuch niedergelegt sind, maßgebend. Besonderes Gewicht ward auf die deutliche Trennung von Dementia praecox und funktionellen Psychosen gelegt. Die einzelnen Krankheitsgruppen sind aus unseren Tabellen ohne weiteres ersichtlich. Die Gruppe „manisch-depressives Irresein“ umfaßt, wie der Untertitel sagt, sämtliche Affektpsychosen, also Melancholie, Manie, beiderseits periodische wie nicht-periodische, und zirkuläres Irresein. Neben der nichtperiodischen Melancholie und Manie haben wir auch die Summe der periodischen und der nichtperiodischen Formen dieser Erkrankungen als besondere Abteilungen aufgestellt. Die periodische Melancholie und die periodische Manie sind zu einer Gruppe, der der periodischen Psychosen, vereinigt.

Als Indikatoren für den Kulturkreis dienten uns der Berufskreis und die soziale Lage des Einzelnen. Dabei kam es uns keineswegs darauf an, ob einer einen Beruf ausübt oder nicht; es gehören also zu jeder unserer Bevölkerungsgruppen sowohl Berufstätige wie ihre Söhne. Für die letzteren waren der Berufskreis und die soziale Lage ihres Vaters, also der Kulturkreis des Elternhauses, maßgebend. Ja, bei manchen Berufstätigen ward das Milieu, dem einer entstammte, dem,

das durch seinen Beruf gegeben war, vorgezogen, nämlich, wo sich ein Mißverhältnis zwischen beiden Faktoren vorfand. Dies war der Fall bei imbezillen, psychopathischen, epileptischen Kellnern, Gärtnern, Hausburschen, Landstreichern, die Söhne von höheren Beamten, Gymnasialprofessoren, Ärzten usw. waren. Denn hier ist der Beruf, d. h. die Berufswahl, abhängig von der angeborenen geistigen Anomalie des Seelenlebens. Bezüglich der sozialen Lage wurden die Selbständigen von den Arbeitenden getrennt. Die ersteren wurden natürlich viel höher bewertet. Wir sprachen in den letzten Zeilen öfters von Berufskreis. Dieser setzt sich aus einer Anzahl sich gleichender Berufe zusammen. Ein Beispiel: Schlosser, Maurer, Schreiner sind einzelne Berufe, sie gehören aber alle zu dem Berufskreis der Handwerker.

Die Bewertung der einzelnen Bevölkerungsgruppen erfolgte nach den Prinzipien des Kulturkreises, die wir oben dargelegt haben; d. h., nach der Höhe der psychischen Inanspruchnahme im allgemeinen, der intellektuellen im besonderen. Dafür sind maßgebend: 1. wie stark hat der Einzelne in seiner Stellung im Leben die psychischen Funktionen gegenüber den körperlichen anzustrengen, 2. wie groß ist die soziale Abhängigkeit des Einzelnen. Gerade dieses soziale Moment dürfen wir keineswegs außer acht lassen; denn hierdurch wird die Psyche ebenfalls veranlaßt, sich stärker zu betätigen. Also Qualität und Quantität der psychischen Reize kamen für die Abschätzung des Kulturkreises für uns in Betracht. Für die Bewertung der einzelnen Bevölkerungskreise nach der Höhe der Kultur stellen wir folgendes Schema auf:

Tagelöhner	}	niedere Kulturkreise,
Landwirte		
Handwerk, Arbeiter		
Gewerbe, Arbeiter		
Fabrikarbeiter	}	Übergang von niederen zu mittleren Kulturkreisen,
Handwerk, Selbständige		
Gewerbe, Selbständige	}	mittlere Kulturkreise,
Kaufleute, Angestellte		

Niedere Beamte	} Übergang von mittleren zu höheren Kulturstufen,
Volksschullehrer	
Kaufleute, Selbständige	} höhere Kulturkreise.
Freie Berufe	

Verzichten wir auf die gesonderte Aufstellung der mittleren und damit der Übergangskreise, so erhalten wir folgende Einteilung:

Tagelöhner	} niedere Kulturkreise,
Landwirte	
Handwerk, Arbeiter	
Gewerbe, Arbeiter	
Fabrikarbeiter	
Handwerk, Selbständige	} höhere Kulturkreise.
Gewerbe, Selbständige	
Kaufleute, Angestellte	
Niedere Beamte	
Volksschullehrer	
Kaufleute, Selbständige	
Freie Berufe	

Diese letztere Bewertung dürfte völlig eindeutig sein, und danach richtet sich die Einschätzung des Kulturkreises letzten Grades.

Es kommt uns vorwiegend auf die größten Unterschiede an, d. h., auf die Kreise, die die höchsten und die niedrigsten Werte aufweisen.

Zu den „freien Berufen“ gehören die Berufe mit akademischer Vorbildung (Ärzte, Rechtsanwälte, hohe Staatsbeamte, Chemiker, Universitätsprofessoren, Gymnasiallehrer, Pfarrer usw.), außerdem Offiziere, Fabrikbesitzer, Privatiers.

Eine gesonderte Stellung nehmen, nach unserer Ansicht, Volksschullehrer, niedere Beamte und Fabrikarbeiter ein. Der Beruf der Volksschullehrer stellt an diese hohe geistige Anforderungen, ohne ihnen in ihrer sozialen Lage ein Äquivalent dafür zu bieten. Dazu kommt, daß bei ihnen sehr häufig ein Mißverhältnis besteht zwischen dem Milieu, aus dem sie stammen und dem, in das sie durch ihren Beruf versetzt werden.

Vielleicht ist es mit ihrer intellektuellen Halbbildung zu erklären, daß sie sich sehr viel mit geistigen Fragen zu beschäftigen suchen. Ihr Beruf scheint ihnen nicht zu genügen, darum haben sich aus ihrem Kreise heraus Stimmen für Hochschulvorbildung erhoben. Einzelne Hochschulkurse für Volksschullehrer sind ja in letzter Zeit schon eingerichtet worden. Man denke ferner daran, daß in vielen politischen, besonders liberalen, wie populärhygienischen Vereinen (Naturheilbewegung) Volksschullehrer sehr eifrig tätig und Vorstandsmitglieder sind. Nach alledem glauben wir berechtigt zu sein, die Volksschullehrer zu den höheren Kulturkreisen zu zählen.

In dem Beruf der niederen Beamten (Post, Eisenbahn, Kanzlei) spielt das Körperliche ebenfalls keine Rolle. Die große soziale Abhängigkeit (Vorgesetzte, Umgang mit vielen Behörden und Menschen), in der sie sich befinden, ist besonders dazu angetan, auf die Psyche lebhaft einzuwirken. Dabei ist ihre soziale Lage relativ niedrig. Allerdings brauchen sie in ihrem Beruf keineswegs die hohen Verstandesfunktionen anzustrengen. Für ihre kulturelle Einschätzung war daher nur die Quantität der psychischen Reize maßgebend. Der Begriff der Kultur wurde hier also ausschließlich in soziologischem Sinne aufgefaßt. Auch die niederen Beamten sind infolge ihrer Herkunft für die erhöhte seelische Inanspruchnahme noch nicht genügend ausgerüstet.

Die Fabrikarbeiter stehen für uns auf der Grenze von niederen zu mittleren Kulturkreisen und neigen mehr zu den letzteren hinüber. Das soziale Moment ist auch bei ihnen stark entwickelt, ja, durch ein gesteigertes gesellschaftliches Zusammenleben und der Arbeitsteilung, die dieses mit sich bringt, wird ihr Beruf erst ermöglicht. Mit der Ausbildung der modernen Kultur, ihrer kapitalistischen Wirtschaftsweise und ihrem Aufschwung der Technik hat sich dieser Bevölkerungskreis entwickelt und bei niederen Völkern finden wir kein Analogon zu ihm. Durch die Maschine wird auch ein Teil der Arbeit aus einer rein körperlichen in eine teilweise intellektuelle verwandelt. So sagt auch Marie Bernays, bei den Fabrikarbeitern wäre Muskelleistung in Nervenleistung umgesetzt. Sie denkt dabei wahrscheinlich an den hohen Grad

von Aufmerksamkeit, den die Bedienung der Maschinen erfordert. Zudem sehen wir, daß die Fabrikarbeiter auf ihre intellektuelle Fortbildung eifrig bedacht sind, man halte sich hier ihre politische Tätigkeit, die Arbeiter-Fortbildungskurse, Arbeiterbildungsvereine usw. vor Augen. Die Antworten, die Levenstein von ca. 5000 Arbeitern auf seine Fragen erhalten hat, bestätigen dies, auch geht daraus hervor, daß sehr viele Arbeiter über ihren Beruf hinauszustreben suchen, ja, daß sie fast alle in irgend einer Weise über ihn nachdenken. Ferner bewegen sich die Fabrikarbeiter meist in städtischem Milieu, während sie häufig auf dem Lande aufgewachsen sind.

Die drei besprochenen Berufskreise fassen wir als Übergangskulturkreise auf, d. h., als Kreise, die zwischen den anderen stehen, sich nicht gut in sie einordnen lassen. Bei ihnen besteht ein Mißverhältnis zwischen eigenem Kulturkreis und dem des Elternhauses. Im Verhältnis zu ihrer starken psychischen Inanspruchnahme sind sie sozial sehr niedrig gestellt. Den Volksschullehrern und Fabrikarbeitern kommt die Halbheit ihres Berufes lebhaft zu Bewußtsein, und sie suchen in anderer intellektueller Betätigung dafür ein Äquivalent. Wir glauben nun, daß diese Übergangskreise psychisch besonders stark gefährdet sind. Es wäre daher auch interessant, einmal festzustellen, ob die Zahl der Geisteskrankheiten bei ihnen relativ höher ist als bei der übrigen Bevölkerung. Vergleichsweise können wir vielleicht gewisse Tatsachen aus der Völkergeschichte heranziehen: Die Aufhebung des Ghettos und damit der kulturellen Beschränkung bei den Juden und die Emanzipation der amerikanischen Neger. Auch hier ein plötzliches Versetztwerden aus einem Milieu mit geringeren psychischen Anforderungen in eines, das viel stärker auf die Seele einwirkt, und für das die Menschen noch nicht vorgebildet sind. Auf der einen Seite Übergangsepochen, auf der anderen Übergangskreise.

Das spezielle Berufsmilieu wurde bei Alkoholismus (Wirte, Küfer, Brauergesellen) und Morphinismus (Ärzte, Chemiker, Apotheker) berücksichtigt. Alle diese Fälle, wo also der Einfluß des einzelnen, besonders gearteten Berufes am nächsten lag, haben wir von der allgemeinen Berechnung ausgeschieden

und gesondert betrachtet. Mit ihnen umfaßt unser Material 1326 + 39 = 1365 Fälle.

Art der Berechnung.

Nehmen wir als Beispiel die Dementia praecox.

Ihre Häufigkeitsquote =
$$\frac{\text{Zahl der Fälle von Dementia praecox}}{\text{Zahl der Fälle aller Psychosen}}$$
 des betreffenden Kreises.

Wir haben nun 168 Landwirte untersucht; darunter fanden wir 46 Fälle von Dementia praecox. Die Häufigkeitsquote der Dementia praecox bei den Landwirten ist also, wenn wir die Zahl der Landwirte = 100 setzen, gleich

$$\frac{46 \times 100}{168} = 27,4.$$

Die Zahl der Fälle wurde also bei der Berechnung nicht auf die Krankheitsgruppen, sondern auf die Bevölkerungskreise bezogen. Um dies näher zu erläutern, wollen wir einmal den entgegengesetzten Weg einschlagen, als Nenner also die Zahl aller Fälle einer Krankheitsgruppe annehmen. Unser Material enthält 240 Fälle von Dementia praecox, darunter sind 46 Landwirte; die Häufigkeitsquote der Dementia praecox bei den Landwirten wäre also $\frac{46 \times 100}{240} = 18,8$. Aber eine einfache Überlegung zeigt schon, daß diese Art der Berechnung ganz falsch ist. Man ist nämlich hierbei von der Anzahl der Fälle der betreffenden Bevölkerungskreise abhängig, und in eine öffentliche Anstalt kommen doch viel weniger Leute aus den höheren Kreisen als aus den niederen. Die letzteren wiesen daher durchweg höhere Zahlen auf.

Wir betrachten im folgenden die einzelnen Psychosen nacheinander und ordnen dabei die Bevölkerungskreise nach ihrer Häufigkeit, in sinkender Reihenfolge, an.

Tabelle

Bevölkerungskreise	Zahl der Fälle	Manisch-depressiv (Sum- me der Affektpsychosen)	Melancholie (nicht periodi- sche und periodische)	Manie (nicht periodische und periodische)	Nicht periodische Melancholie	Nicht periodische Manie	Periodische Psychosen
Landwirte	168	17	14	2	12	2	2
in Proz.		10,1	8,3	1,2	7,1	1,2	1,2
Tagelöhner, Land	145	13	10	3	10	3	0
in Proz.		9,0	6,9	2,1	6,9	2,1	0,0
Tagelöhner, Stadt	70	5	3	2	3	2	0
in Proz.		7,1	4,3	2,9	4,3	2,9	0,0
Handwerk, Arbeiter . . .	250	17	13	4	11	4	2
in Proz.		6,8	5,2	1,6	4,4	1,6	0,8
Fabrikarbeiter	60	10	9	1	8	1	1
in Proz.		16,7	15,0	1,7	13,3	1,7	1,7
Gewerbe, Arbeiter	110	7	6	1	5	1	1
in Proz.		6,4	5,5	0,9	4,5	0,9	0,9
Handwerk, Selbständige .	60	8	7	1	6	1	1
in Proz.		13,3	11,7	1,7	10,0	1,7	1,7
Gewerbe, Selbständige . .	55	9	9	0	8	0	1
in Proz.		16,4	16,4	0,0	14,5	0,0	1,8
Kaufleute, Angestellte . .	76	12	9	2	7	2	2
in Proz.		15,8	11,8	2,6	9,2	2,6	2,6
Kaufleute, Selbständige . .	87	16	8	4	5	2	5
in Proz.		18,4	9,2	4,6	5,7	2,3	5,7
Niedere Beamte	46	9	8	1	6	1	2
in Proz.		19,6	17,4	2,2	13,0	2,2	4,3
Volksschullehrer	28	6	2	1	1	1	1
in Proz.		21,4	7,1	3,6	3,6	3,6	3,6
Freie Berufe	171	25	11	8	6	6	7
in Proz.		14,7	6,5	4,7	3,5	3,5	4,1
Summe	1326	154	109	30	88	26	25
in Proz.		11,6	8,2	2,3	6,4	2,0	1,9

I.

Zirkuläre Psychosen	Paranoia	Psychopathie	Hysterie	Dementia praecox	Paralyse	Alkoholismus	Epilepsie	Imbezillität	Dementia atherosclerotica	Dementia senilis	Amentia
1 0,6	4 2,4	2 1,2	1 0,6	46 27,4	1 0,6	40 23,8	11 6,5	12 7,1	10 5,7	20 11,9	4 2,4
0 0,0	2 1,4	9 6,2	1 0,7	28 19,3	5 3,4	29 20,0	15 10,3	32 22,1	5 3,4	5 3,4	1 0,7
0 0,0	2 2,9	9 12,9	3 4,3	13 18,6	4 5,7	13 18,6	6 8,6	11 15,7	2 2,9	2 2,9	0 0,0
0 0,0	4 1,6	15 6,0	5 2,0	58 23,2	17 6,8	67 26,8	25 10,0	23 9,2	5 2,0	10 5,6	0 0,0
0 0,0	3 5,0	4 6,7	3 5,0	11 18,3	4 6,7	8 13,3	4 6,7	9 15,0	1 1,7	3 5,0	0 0,0
0 0,0	6 5,5	17 15,5	3 2,7	27 24,5	11 10,0	22 20,0	8 7,3	8 7,3	1 0,9	0 0,0	0 0,0
0 0,0	3 5,0	4 6,7	0 0,0	6 10,0	7 11,7	12 20,0	2 3,3	0 0,0	8 13,3	9 15,0	1 1,7
0 0,0	3 5,5	5 9,1	0 0,0	8 14,5	7 12,7	10 18,2	3 5,5	0 0,0	5 9,1	2 3,6	3 5,5
1 1,3	4 5,3	14 18,4	2 2,6	15 19,7	7 9,2	10 13,2	5 6,6	5 6,6	2 2,6	0 0,0	0 0,0
4 4,6	10 11,5	4 4,6	0 0,0	4 4,6	22 25,3	17 19,5	3 3,4	2 2,3	5 5,7	4 4,6	0 0,0
0 0,0	5 10,9	4 8,7	1 2,2	3 6,5	7 15,1	10 21,7	0 0,0	0 0,0	4 8,7	3 6,5	0 0,0
3 10,7	5 17,9	3 10,7	1 3,6	2 7,1	5 17,9	1 3,6	1 3,6	3 10,7	0 0,0	1 3,6	0 0,0
6 3,5	15 8,8	28 16,5	4 2,4	20 11,8	33 19,4	11 6,5	4 2,4	3 1,8	7 4,1	17 10,0	4 2,4
15 1,1	66 5,0	118 8,8	24 1,8	241 18,2	130 9,8	250 18,9	87 6,4	108 8,1	55 4,1	80 6,0	13 1,0

1. *Manisch-depressives Irresein (Affektpsychosen).*

Im ganzen 11,6 Proz.

	Proz.		Proz.
Volksschullehrer.	21,4	Handwerk, Selbständige.	13,3
Niedere Beamte	19,6	Landwirte	10,1
Kaufleute, Selbständige.	16,4	Tagelöhner, Land.	9,0
Fabrikarbeiter.	16,7	Tagelöhner Stadt.	7,1
Gewerbe, Selbständige	16,4	Handwerk, Arbeiter	6,8
Kaufleute, Angestellte	15,8	Gewerbe, Arbeiter.	6,4
Freie Berufe	14,7		

Die höchsten Zahlen weisen die Volksschullehrer, niederen Beamten und selbständigen Kaufleute auf, also höhere bzw. mittlere Kulturkreise. An letzter Stelle stehen die Landwirte, Tagelöhner, Arbeiter in Handwerk und Gewerbe, in der Mitte die Selbständigen im Gewerbe, die angestellten Kaufleute, aber auch der hohe Kulturkreis der freien Berufe. Die Fabrikarbeiter nehmen den viertobersten Platz ein, es kommt dies, wie wir sehen werden, durch die Häufigkeit der Melancholie bei ihnen. Im übrigen rechnen wir ja die Fabrikarbeiter keineswegs zu den niedersten Kulturkreisen. Volksschullehrer, niedere Beamte und Fabrikarbeiter fassen wir als Übergangskulturkreise auf. Alle drei erkranken in besonders hohem Maße an Affektpsychosen.

Die Selbständigen in Handel, Gewerbe, Handwerk und Landwirtschaft werden häufiger befallen als die Arbeitenden. Von den letzteren finden wir die Kaufleute stärker beteiligt als die Handwerker und Gewerbearbeiter. Daß die Landwirte und die ländlichen Tagelöhner immerhin nicht an allerletzter Stelle stehen, und eher etwas höhere Zahlen als die Arbeiter im Handwerk und Gewerbe aufweisen, wird durch die Häufigkeit der Melancholie bei ihnen bedingt. Die etwas höheren Werte der Landwirte und ländlichen Tagelöhner gegenüber denen der städtischen Tagelöhner und Gewerbearbeiter könnte man im Sinne eines Einflusses des ländlichen Milieus deuten; jedoch sind die Unterschiede hier sehr

gering, und sie werden allein durch die Häufigkeitsquote der Melancholie bedingt.

Im allgemeinen können wir also sagen, die Häufigkeitsquote der Affektpsychosen ist in höheren und mittleren Kulturkreisen höher als in niederen.

2. *Melancholie (periodische und nichtperiodische).*

Im ganzen 8,2 Proz.

	Proz.		Proz.
Niedere Beamte	17,4	Volksschullehrer	7,1
Gewerbe, Selbständige .	16,4	Tagelöhner, Land	6,9
Fabrikarbeiter	15,0	Freie Berufe	6,5
Kaufleute, Angestellte .	11,8	Gewerbe, Arbeiter	5,5
Handwerk, Selbständige .	11,7	Handwerk, Arbeiter	5,2
Kaufleute, Selbständige .	9,2	Tagelöhner, Stadt	4,3
Landwirte	8,3		

Gegenüber dem „manisch-depressiven Irresein insgesamt“ sind hier gewisse Verschiebungen eingetreten. Volksschullehrer, freie Berufe und selbständige Kaufleute weisen niedrigere Werte auf, höhere die angestellten Kaufleute, die Selbständigen im Gewerbe und Handwerk, die Landwirte und die landwirtschaftlichen Tagelöhner. Ungefähr die gleiche Stelle nehmen niedere Beamte und Fabrikarbeiter ein. Die Selbständigen in Gewerbe und Handwerk werden häufiger befallen als die Arbeitenden; bei den Kaufleuten ist es gerade umgekehrt. Ein ganz eindeutiger Einfluß des Kulturkreises läßt sich nicht feststellen, gegenüber der Gesamtheit der Affektpsychosen sind jedoch die niederen Kulturkreise stärker beteiligt (Handwerk, Landwirtschaft). Ziemlich deutlich tritt hier der Einfluß des ländlichen Milieus hervor; er ist größer als bei dem „manisch-depressiven Irresein insgesamt“; dies beweist das Aufrücken der Landwirte und ländlichen Tagelöhner und besonders die Gegenüberstellung der Zahlen der letzteren und der der Gewerbearbeiter und städtischen Tagelöhner.

3. *Manie (periodische und nichtperiodische).*

Im ganzen 2,3 Proz.

	Proz.		Proz.
Freie Berufe	4,7	Handwerk, Selbständige .	1,7
Kaufleute, Selbständige .	4,6	Fabrikarbeiter	1,7
Volksschullehrer	3,6	Handwerk, Arbeiter . . .	1,6
Tagelöhner, Stadt	2,9	Landwirte	1,2
Kaufleute, Angestellte . .	2,6	Gewerbe, Arbeiter . . .	0,9
Niedere Beamte	2,2	Gewerbe, Selbständige .	0,0
Tagelöhner, Land	2,1		

An erster Stelle stehen die freien Berufe, die selbständigen Kaufleute und die Volksschullehrer, das sind hohe Kulturkreise. Die Selbständigen in Handel und Handwerk erkranken häufiger als die Angestellten, umgekehrt ist es bei den Gewerbetreibenden, die die niedrigsten Ziffern aufweisen. Die angestellten Kaufleute sind weit stärker beteiligt als die Arbeitenden in Gewerbe und Handwerk. Der Einfluß des städtischen Milieus scheint gegenüber dem ländlichen zu überwiegen: die Zahlen bei den Tagelöhnern, Stadt, sind weit höher als bei den Tagelöhnern, Land. Die Landwirte stehen an drittletzter Stelle.

4. *Nichtperiodische Melancholie.*

Im ganzen 2,3 Proz.

	Proz.		Proz.
Gewerbe, Selbständige . .	14,5	Kaufleute, Selbständige .	5,7
Fabrikarbeiter	13,3	Gewerbe, Arbeiter	4,5
Niedere Beamte	13,0	Handwerk, Arbeiter . . .	4,4
Kaufleute, Angestellte . .	10,2	Tagelöhner, Stadt	4,3
Handwerk, Selbständige .	10,0	Volksschullehrer	3,6
Landwirte	7,1	Freie Berufe	3,5
Tagelöhner, Land	6,9		

dagegen

nichtperiodische + periodische Melancholie.

	Proz.		Proz.
Niedere Beamte	17,4	Fabrikarbeiter	15,0
Gewerbe, Selbständige . .	16,4	Kaufleute, Angestellte . .	11,8

	Proz.		Proz.
Handwerk, Selbständige	11,7	Freie Berufe	6,5
Kaufleute, Selbständige	9,2	Gewerbe, Arbeiter	5,5
Landwirte	8,3	Handwerk, Arbeiter	5,2
Volksschullehrer	7,1	Tagelöhner, Stadt	4,3
Tagelöhner, Land	6,9		

Fast die gleichen Veränderungen, die die „Melancholie im ganzen“ dem manisch-depressiven Irresein gegenüber aufweist, zeigt die nichtperiodische Melancholie im Vergleich zur „Melancholie im ganzen“.

Weit zurückgetreten sind bei der nichtperiodischen Melancholie die selbständigen Kaufleute, die Volksschullehrer, die freien Berufe und ein wenig auch die niederen Beamten, im ganzen also die höheren Kreise. Aufgerückt sind ländliche wie städtische Tagelöhner, die Arbeiter im Gewerbe und Handwerk, um ein geringes auch die Landwirte, die Fabrikarbeiter und die Selbständigen im Gewerbe. Die erste Stelle nehmen hier fast durchweg die mittleren Kulturkreise ein. Auf diese folgen die Landwirte und die landwirtschaftlichen Tagelöhner und an allerletzter Stelle die selbständigen Kaufleute, die Volksschullehrer und die freien Berufe. Also mittlere und niedere Kreise überwiegen hier über die höheren. Deutlich ist auch der Einfluß des ländlichen Milieus erkennbar. Die ländlichen Tagelöhner sind weit stärker beteiligt als die städtischen und die Gewerbearbeiter. Auch die Zahlen bei den Landwirten lassen sich dahin deuten.

5. Nichtperiodische Manie.

Im ganzen 2,0 Proz.

	Proz.		Proz.
Volksschullehrer	3,6	Handwerk, Selbständige	1,7
Freie Berufe	3,5	Fabrikarbeiter	1,7
Tagelöhner, Stadt	2,9	Handwerk, Arbeiter	1,6
Kaufleute, Angestellte	2,6	Landwirte	1,2
Kaufleute, Selbständige	2,3	Gewerbe, Arbeiter	0,9
Niedere Beamte	2,2	Gewerbe, Selbständige	0,0
Tagelöhner, Land	2,1		

dagegen

nichtperiodische + periodische Manie.

	Proz.		Proz.
Freie Berufe	4,7	Handwerk, Selbständige .	1,7
Kaufleute, Selbständige .	4,6	Fabrikarbeiter	1,7
Volksschullehrer	3,6	Handwerk, Arbeiter . . .	1,6
Tagelöhner, Stadt	2,9	Landwirte	1,2
Kaufleute, Angestellte . .	2,6	Gewerbe, Arbeiter	0,9
Niedere Beamte	2,2	Gewerbe, Selbständige .	0,0
Tagelöhner, Land	2,1		

Im allgemeinen bietet die nichtperiodische Manie das gleiche Bild wie die „Manie im ganzen“. Auch hier nehmen die höheren und mittleren Kreise den ersten Platz ein, eine Ausnahme machen nur die städtischen Tagelöhner, was wohl auf den Einfluß des städtischen Milieus zu schieben ist. Etwas aufgerückt sind die angestellten Kaufleute, die städtischen Tagelöhner und die Volksschullehrer. Gesunken sind die Zahlen bei den freien Berufen und den selbständigen Kaufleuten.

Alle diese Unterschiede gegenüber der „Manie im ganzen“ werden durch die größere oder geringere Häufigkeit der periodischen Manie bei den einzelnen Kreisen bedingt.

6. Periodische Psychosen.

Im ganzen 1,9 Proz.

	Proz.		Proz.
Kaufleute, Selbständige .	5,7	Fabrikarbeiter	1,7
Niedere Beamte	4,3	Landwirte	1,2
Freie Berufe	4,1	Gewerbe, Arbeiter	0,9
Volksschullehrer	3,6	Handwerk, Arbeiter	0,8
Kaufleute, Angestellte . .	2,6	Tagelöhner, Stadt	0,0
Gewerbe, Selbständige . .	1,8	Tagelöhner, Land	0,0
Handwerk, Selbständige .	1,7		

Die Häufigkeit der periodischen Psychosen stuft sich beinahe nach der Höhe des Kulturkreises ab. Zu oberst stehen die höheren, es folgen die mittleren und dann erst die niederen Kreise. In allen Berufszweigen erkranken die Selbständigen häufiger als die Arbeitenden, und von diesen werden wiederum

die am höchsten stehenden, die Kaufleute, am meisten befallen. Die Fabrikarbeiter verhalten sich wie die Selbständigen im Handwerk und Gewerbe.

7. Zirkuläre Psychosen.

Im ganzen 1,1 Proz.

	Proz.
Volksschullehrer	10,7
Kaufleute, Selbständige	4,6
Freie Berufe	3,5
Kaufleute, Angestellte	1,3
Landwirte	0,6
Alle anderen Bevölkerungskreise . .	0,0

An den zirkulären Psychosen sind nur fünf Kreise beteiligt, diese sind alle höhere, mit Ausnahme der Landwirte, die an letzter Stelle stehen. Von den Arbeitenden finden sich nur die Kaufleute vertreten. Auffallend ist, daß die Volksschullehrer den ersten Platz einnehmen, was auch bei dem gesamten manisch-depressiven Irresein und der nichtperiodischen Manie der Fall war.

8. Paranoia.

Im ganzen 5,0 Proz.

	Proz.		Proz.
Volksschullehrer	17,9	Fabrikarbeiter	5,0
Kaufleute, Selbständige	11,5	Handwerk, Selbständige	5,0
Niedere Beamte	10,9	Tagelöhner, Stadt	2,9
Freie Berufe	8,8	Landwirte	2,4
Gewerbe, Selbständige	5,5	Handwerk, Arbeiter	1,6
Kaufleute, Angestellte	5,3	Tagelöhner, Land	1,4
Gewerbe, Arbeiter	5,3		

Die erste Stelle nehmen auch hier wieder die höheren Kreise, die intellektuell sich besonders anstrengen müssen, ein. Die Selbständigen erkranken durchweg häufiger als die Arbeitenden. Wie bei den periodischen Psychosen, verhalten sich auch bei der Paranoia die Fabrikarbeiter wie die Selbständigen im Handwerk. Die städtischen Tagelöhner weisen

höhere Zahlen auf als die ländlichen. Diese, die Landwirte und die Handwerkerarbeiter stehen zu unterst, so daß wir bei der Paranoia ein Überwiegen des Einflusses der Stadt annehmen müssen. Auch hier stehen die Volksschullehrer obenan, und zwar eilen sie allen andern Kreisen weit voraus. Diese Tatsache ist ja schon bekannt, und man hat sie mit der intellektuellen Halbbildung dieses Berufes zu erklären gesucht.

9. Psychopathie.

Im ganzen 8,8 Proz.

	Proz.		Proz.
Kaufleute, Angestellte	18,4	Handwerk, Selbständige	6,7
Freie Berufe	16,5	Fabrikarbeiter	6,7
Gewerbe, Arbeiter	15,5	Tagelöhner, Land	6,2
Tagelöhner, Stadt	12,9	Handwerk, Arbeiter	6,0
Volksschullehrer	10,7	Kaufleute, Selbständige	4,6
Gewerbe, Selbständige	9,1	Landwirte	1,2
Niedere Beamte	8,7		

Die Selbständigen werden sämtlich seltener psychopathisch als die Arbeitenden. Von größtem Einfluß scheint hier der städtische Wohnort zu sein, dies beweisen die Zahlen bei den angestellten Kaufleuten, den Gewerbearbeitern und städtischen Tagelöhnern gegenüber denen der ländlichen Tagelöhner, der Landwirte und der Arbeiter im Handwerk. Auch hier zeigen die Fabrikarbeiter das gleiche Verhalten wie die Selbständigen im Handwerk. Die höheren Kreise weisen verschiedene Werte auf: hohe die freien Berufe, auch die Volksschullehrer, mittlere die Unterbeamten und niedere die selbständigen Kaufleute.

Die Psychopathie ist also einerseits häufig in höheren Kulturkreisen (freie Berufe, Volksschullehrer) und mittleren (Selbständige im Gewerbe und niedere Beamte), andererseits werden vorzüglich die Arbeitenden, und gerade die städtischen, davon betroffen. Wir werden später sehen, daß bei den Arbeitenden auch Epilepsie und Imbezillität häufig sind, so daß bei der Psychopathie Alkoholismus in der Aszendenz möglicherweise ebenfalls von ätiologischer Bedeutung ist.

An die Psychopathie wollen wir einige kurze Bemerkungen über Morphinismus anschließen. Wir fanden 18 Fälle dieser Krankheit. Davon waren 10, das sind 55,6 Proz., Ärzte, Chemiker, Apotheker und Zahnärzte. Diese wurden, wie schon erwähnt, von der Berechnung ganz ausgeschlossen. Hier stand das spezielle Berufsmilieu mit seinen Gefahren zu sehr im Vordergrund. Die übrig bleibenden 6 waren typische Psychopathen; sie wurden daher dieser Gruppe zugezählt, 5, also 63,3 Proz., gehörten zu den freien Berufen, 2, das sind 25 Proz., zu den arbeitenden Handwerkern und 1, 12,5 Proz., war ein Hausbursche, also ein städtischer Tagelöhner.

10. Hysterie.

Im ganzen 1,8 Proz.

	Proz.		Proz.
Fabrikarbeiter	5,0	Handwerk, Arbeiter	2,0
Tagelöhner, Stadt	4,3	Tagelöhner, Land	0,7
Volksschullehrer	3,6	Landwirte	0,6
Gewerbe, Arbeiter	2,7	Handwerk, Selbständige	0,0
Kaufleute, Angestellte	2,6	Gewerbe, Selbständige	0,0
Freie Berufe	2,4	Kaufleute, Selbständige	0,0
Niedere Beamte	2,2		

Wie bei der Psychopathie zeigen auch bei der Hysterie die Arbeitenden, und zwar die städtischen (Fabrikarbeiter, städtische Tagelöhner, Gewerbearbeiter, angestellte Kaufleute), die höchsten Zahlen. Die Fabrikarbeiter sind, der Psychopathie gegenüber, viel stärker beteiligt, sie nehmen die erste Stelle ein. An dem gleichen Platze stehen die niederen Beamten; die freien Berufe treten etwas zurück und befinden sich hier in der Mitte, die Volksschullehrer sind dagegen aufgerückt. Die selbständigen Kaufleute wie die mittleren Kreise (Selbständige im Handwerk und Gewerbe) sind bei der Hysterie gar nicht vertreten.

Auf die Gesamtheit der Psychosen bezogen, ist die Häufigkeitsquote der Hysterie sehr niedrig, da wir uns ja nur auf Männer beschränkt haben.

11. *Dementia praecox.*

Im ganzen 18,2 Proz.

	Proz.		Proz.
Landwirte	27,4	Gewerbe, Selbständige .	14,5
Gewerbe, Arbeiter . . .	24,5	Freie Berufe	11,8
Handwerk, Arbeiter . .	23,2	Handwerk, Selbständige	10,0
Kaufleute, Angestellte .	19,7	Volksschullehrer	7,1
Tagelöhner, Land . . .	19,3	Niedere Beamte	6,5
Tagelöhner, Stadt . . .	18,6	Kaufleute, Selbständige .	4,6
Fabrikarbeiter	18,3		

An erster Stelle stehen die Landwirte. Es folgen die Arbeitenden in Gewerbe, Handwerk, Handel, die Tagelöhner und die Fabrikarbeiter. Die höheren und mittleren Kreise nehmen den letzten Platz ein. Mit Ausnahme der Landwirte und landwirtschaftlichen Tagelöhner erkranken überall die Arbeitenden häufiger als die Selbständigen. Die Häufigkeitsquote der *Dementia praecox* nimmt also mit der Höhe des Kulturkreises ab. Ein Einfluß des Milieus scheint nicht stattzufinden; werden auch die Landwirte am häufigsten betroffen, und weisen auch die ländlichen Tagelöhner etwas höhere Zahlen auf als die städtischen und die Fabrikarbeiter, so sind doch die Gewerbearbeiter und die angestellten Kaufleute, die beide meist städtischen Wohnsitz haben, stärker beteiligt als die ländlichen Tagelöhner.

12. *Paralyse.*

Im ganzen 9,8 Proz.

	Proz.		Proz.
Kaufleute, Selbständige .	25,3	Kaufleute, Angestellte . .	9,2
Freie Berufe	19,4	Handwerk, Arbeiter . . .	6,8
Volksschullehrer	17,9	Fabrikarbeiter	6,7
Niedere Beamte	15,1	Tagelöhner, Stadt	5,7
Gewerbe, Selbständige .	12,7	Tagelöhner, Land	3,4
Handwerk, Selbständige	11,7	Landwirte	0,6
Gewerbe, Arbeiter . . .	10,0		

Vorne an stehen die höchsten Kulturkreise (Kaufleute und freie Berufe), es folgen die höheren (Volksschullehrer und

niedere Beamte, welch letztere zu den mittleren hinüberleiten). Dann kommen die mittleren (die Selbständigen in Handwerk und Gewerbe), an letzter Stelle finden sich die niedersten Kreise (Tagelöhner und Landwirte). Die Selbständigen in allen Berufen werden weit häufiger befallen als die Arbeitenden. Die Arbeiter im Gewerbe und die angestellten Kaufleute sind ziemlich gleich beteiligt, ebenso die Arbeiter im Handwerk und die Fabrikarbeiter, die beide geringere Zahlen aufweisen als die zwei ersteren und ja auch kulturell tiefer stehen. Das Überwiegen des städtischen Einflusses beweisen die niedrige Häufigkeitsquote der Landbewohner überhaupt und die Gegenüberstellung der Ziffern bei städtischen und ländlichen Tagelöhnern, wonach die städtischen zweidrittelmal so häufig paralytisch werden als die ländlichen. Die Tabelle zeigt also ganz eindeutig, daß die Paralyse mit der Höhe des Kulturkreises zunimmt.

13. Alkoholismus.

Im ganzen 18,9 Proz.

	Proz.		Proz.
Handwerk, Arbeiter . . .	26,8	Tagelöhner, Stadt . . .	18,6
Landwirte	23,8	Gewerbe, Selbständige .	18,2
Niedere Beamte	21,7	Fabrikarbeiter	13,3
Tagelöhner, Land . . .	20,0	Kaufleute, Angestellte .	13,2
Gewerbe, Arbeiter . . .	20,0	Freie Berufe	6,5
Handwerk, Selbständige	20,0	Volksschullehrer . . .	3,6
Kaufleute, Selbständige	19,5		

Die höchsten Werte weisen die niederen Kreise, die Arbeiter im Handwerk und die Landwirte, auf. Es folgen die niederen Beamten, dann in gleicher Höhe die ländlichen Tagelöhner, die Gewerbearbeiter und die selbständigen Handwerker, also untere und mittlere Kreise. Die selbständigen Kaufleute stehen in der Mitte. Zwischen ihnen, den städtischen Tagelöhnern und den selbständigen Gewerbetreibenden sind die Unterschiede gering. Die Arbeiter in Handwerk und Gewerbe werden häufiger alkoholisch als die Selbständigen, umgekehrt ist es in Handel und Landwirtschaft. Sehr niedrig sind die Zahlen bei den Fabrikarbeitern, die sich fast wie die an-

gestellten Kaufleute verhalten. Ganz am Schlusse stehen die hohen Kulturkreise der freien Berufe und der Volksschullehrer.

Betrachten wir die niedersten und höchsten Häufigkeitsziffern, so finden wir die unteren Kreise an alkoholistischen Psychosen stärker beteiligt als die oberen. Die niederen Beamten stehen zwar an dritterster Stelle, aber sie gehören ja auch nicht zu den höchsten Kreisen. Die Landbewohner unterliegen häufiger dem Alkoholismus als die Städter: Landwirte, ländliche Tagelöhner, letztere besonders gegenüber den städtischen.

Die im Alkoholgewerbe Beschäftigten wurden bei der Berechnung ausgeschieden; es waren dies 23, d. s. 8,5 Proz., aller Alkoholisten. Davon gehörten 13, d. s. 56,5 Proz. zu den selbständigen Gewerbetreibenden (Wirte), 7, d. s. 30,4 Proz., zu den Handwerkern (Küfer, Brauer), 3, d. s. 13 Proz., waren Kaufleute. Es zeigt sich also, daß das spezielle Berufsmilieu bei Alkoholismus, wie bei Morphinismus, eine große Rolle spielt.

14. Epilepsie.

Im ganzen 6,4 Proz.

	Proz.		Proz.
Tagelöhner, Land . . .	10,3	Gewerbe, Selbständige . . .	5,5
Handwerk, Arbeiter . . .	10,0	Volksschullehrer	3,6
Tagelöhner, Stadt . . .	8,6	Kaufleute, Selbständige . . .	3,4
Gewerbe, Arbeiter . . .	7,3	Handwerk, Selbständige . . .	3,3
Fabrikarbeiter	6,7	Freie Berufe	2,4
Kaufleute, Angestellte . . .	6,6	Niedere Beamte	0,0
Landwirte	6,5		

Die niederen Kreise, Tagelöhner, Handwerkerarbeiter, stehen an erster Stelle; dann kommen die Arbeitenden im Gewerbe, die Fabrikarbeiter, die angestellten Kaufleute und die Landwirte; die niedrigsten Werte finden sich bei den mittleren und höheren Kreisen, den Selbständigen im Handel und Handwerk, den freien Berufen und niederen Beamten. In allen Berufskreisen erkrankten die Arbeitenden weit häufiger als die Selbständigen.

Die Epilepsie befällt also vorwiegend die niederen Kreise. Ein Einfluß des Wohnorts läßt sich nicht sicher feststellen.

Wenigstens finden wir, im Gegensatz zu Gaupp, keineswegs ein Überwiegen der Stadt; die Zahlen bei den ländlichen Tagelöhnern sind sogar höher als die bei den städtischen, die der letzteren jedoch wiederum größer als die der Landwirte.

15. *Imbezillität.*

Im ganzen 8,1 Proz.

	Proz.		Proz.
Tagelöhner, Land . . .	22,1	Kaufleute, Angestellte . .	6,6
Tagelöhner, Stadt . . .	15,7	Kaufleute, Selbständige .	2,3
Fabrikarbeiter	15,0	Freie Berufe	1,8
Volksschullehrer . . .	10,7	Handwerk, Selbständige .	0,0
Handwerk, Arbeiter . .	9,2	Gewerbe, Selbständige .	0,0
Gewerbe, Arbeiter . . .	7,3	Niedere Beamte	0,0
Landwirte	7,1		

Die Imbezillität bietet im wesentlichen das gleiche Bild wie die Epilepsie. Die Angestellten sind sämtlich stärker beteiligt als die Selbständigen. Die ländlichen Tagelöhner eilen bei weitem allen anderen Kreisen voraus. Also auch bei der Imbezillität ist die Häufigkeitsquote der unteren Schichten größer als die der oberen. Eine Ausnahme machen nur die Volksschullehrer, die hier die vierte Stelle einnehmen, eine Tatsache, die abweichend von den übrigen Ergebnissen ist. Sind auch die Zahlen bei den ländlichen Tagelöhnern sehr hoch, so werden die Landwirte andererseits von den städtischen Arbeitern in der Häufigkeit übertroffen; eine Einwirkung des Wohnortes läßt sich also nicht feststellen.

16. *Dementia atherosclerotica.*

Im ganzen 4,1 Proz.

	Proz.		Proz.
Handwerk, Selbständige	13,9	Tagelöhner, Stadt . . .	2,9
Gewerbe, Selbständige .	9,1	Kaufleute, Angestellte .	2,6
Niedere Beamte	8,7	Handwerk, Arbeiter . . .	2,0
Kaufleute, Selbständige .	5,7	Fabrikarbeiter	1,7
Landwirte	5,7	Gewerbe, Arbeiter . . .	0,9
Freie Berufe	4,1	Volksschullehrer	0,0
Tagelöhner, Land	3,4		

Die Selbständigen erkranken durchweg häufiger als die Arbeitenden. Von den letzteren weisen die Tagelöhner die höchsten Zahlen auf. Die Landwirte verhalten sich wie die selbständigen Kaufleute und stehen ziemlich weit oben, an vierter bzw. fünfter Stelle. Die Landbewohner sind überhaupt verhältnismäßig stark beteiligt, die ländlichen Tagelöhner mehr als die städtischen. Interessant ist es, daß die Selbständigen im Handwerk, allen anderen Bevölkerungskreisen gegenüber, den Vorrang einnehmen, ein Berufskreis, in dem es in hohem Maße auf körperliche Arbeit ankommt.

17. *Dementia senilis.*

Im ganzen 6,0 Proz.

	Proz.		Proz.
Handwerk, Selbständige	15,0	Volksschullehrer	3,6
Landwirte	11,9	Gewerbe, Selbständige	3,6
Freie Berufe	10,0	Tagelöhner, Land	3,4
Niedere Beamte	6,5	Tagelöhner, Stadt	2,9
Handwerk, Arbeiter	5,6	Gewerbe, Arbeiter	0,0
Fabrikarbeiter	5,0	Kaufleute, Angestellte	0,0
Kaufleute, Selbständige	4,6		

Wie bei der *Dementia atherosclerotica* weisen auch hier die Selbständigen höhere Zahlen auf als die Arbeitenden. Hier wie dort kann dies darauf beruhen, daß die ersteren älter werden; denn beide Erkrankungen finden sich vorwiegend in höherem Lebensalter. Auch sonst finden sich Ähnlichkeiten mit der atherosklerotischen Demenz: die Selbständigen im Handwerk wiederum bei weitem an erster Stelle, und auch die Landwirte stark belastet, hier stehen sie sogar an zweiter Stelle. Und gerade diese beiden Berufskreise zeichnen sich durch lange Lebensdauer aus.

18. *Amentia.*

Im ganzen 1,0 Proz.

	Proz.
Gewerbe, Selbständige	5,5
Landwirte	2,4
Freie Berufe	2,4
Handwerk, Selbständige	1,7
Tagelöhner, Land	0,7
Alle anderen Bevölkerungskreise	0,0

Die Amentia befällt fast ausschließlich Selbständige. Dies widerspricht den bisherigen Erfahrungen. So sagt Westphal in Binswanger-Siemerlings Lehrbuch, daß gerade Menschen, die stark, ohne genügende Erholung und besonders in jungen Jahren, wie die Bäckerlehrlinge, arbeiten müssen, an Amentia erkranken.

Wir stellen nun einzelne Krankheiten einander gegenüber, um zu sehen, ob in der Häufigkeit ihres Auftretens bei einem und demselben Kreise Beziehungen bestehen.

Zuerst die Psychopathie im Verhältnis zu Epilepsie und Imbezillität. Hier können wir folgendes feststellen: In den Kreisen, in denen Epilepsie und Imbezillität hohe Werte aufweisen, ist auch die Häufigkeitsquote der Psychopathie hoch, jedoch nicht umgekehrt. Wir finden dies bei den Tagelöhnern, vorzüglich den städtischen, den Gewerbearbeitern, Fabrikarbeitern, angestellten Kaufleuten und in geringerem Maße auch bei den Arbeitern im Handwerk, also lauter Arbeitenden. Die Volksschullehrer haben bei Imbezillität und Psychopathie genau die gleichen Zahlen. Es ist also immerhin möglich, daß für die Entstehung der Psychopathie der Alkoholismus in der Aszendenz ebenfalls von Bedeutung ist.

Ebenso weisen alle Kreise, die bei der Atherosklerose die ersten Stellen einnehmen, die Selbständigen in Handwerk und Gewerbe, die niederen Beamten, die selbständigen Kaufleute und die Landwirte, auch sehr hohe Zahlen für Alkoholismus auf. Daraus ergeben sich ursächliche Abhängigkeitsbeziehungen zwischen dem Alkohol und der Dementia atherosclerotica, was ja schon öfters behauptet wurde.

Fassen wir also zusammen: Mit dem Höherwerden des Kulturkreises nehmen in ganz ausgesprochener Weise zu die Häufigkeitsquoten der Manie, des periodischen und des zirkulären Irreseins, der Paranoia, der Paralyse und, wenn auch nicht so eindeutig, die des manisch-depressiven Irreseins, als der Summe der Affektpsychosen. Zu der Melancholie liefern die niederen Kreise, vorzüglich aber die Landbewohner, einen größeren Prozentsatz, während bei der Manie die Städter stärker beteiligt sind. Die Psychopathie ist einesteils in

höheren Kreisen häufiger, andernteils ist hier der Einfluß des städtischen Milieus und des Alkoholismus zu erkennen.

Die Hysterie bevorzugt ganz besonders die Stadtbewohner.

Die Dementia praecox nimmt fast stufenförmig mit dem Steigen des Kulturkreises ab.

Alkoholismus ist etwas häufiger in niederen Kreisen und auch auf dem flachen Lande.

Epilepsie und Imbezillität finden sich in überwiegendem Maße in den unteren Schichten.

An Dementia atherosclerotica und senilis sehen wir fast ausschließlich die Selbständigen in allen Berufen erkranken, wahrscheinlich nur, weil diese älter werden als die Arbeitenden.

Auch die Amentia bevorzugt die Selbständigen.

Beziehungen zwischen den Häufigkeitsquoten verschiedener Krankheiten in ein und demselben Kreise finden sich bei Psychopathie auf der einen, Epilepsie und Imbezillität auf der anderen Seite; ebenso zwischen Alkohol und Dementia atherosclerotica. Der Alkohol in der Aszendenz scheint also einen ätiologischen Faktor für die Psychopathie darzustellen, während wir zwischen Alkohol und Dementia atherosclerotica eine direkte Abhängigkeit annehmen müssen. Das spezielle Berufsmilieu spielt bei Alkoholismus und Morphinismus eine ausschlaggebende Rolle.

Wir fanden ferner noch eine andere Beziehung zwischen Geisteskrankheit und Beruf. Es ist nämlich die veränderte seelische Konstitution bei der Wahl des Berufes von Bedeutung. Damit können wir es erklären, daß in unserem Material so viele Kellner, Maler, Tapezierer, Dekorateur, Hausierer, Landstreicher, d. h., also entweder „leichte Berufe“ oder Berufslose, Psychopathen und, wenn auch nicht in dem Maße, Imbezille oder Epileptiker sind. Unter den Paranoikern stießen uns häufig Antiquitätenhändler, Geigenbauer usw. auf, also ganz besonders geartete Berufe, bei denen der einzelne sich absondern, einsamer leben kann.

Das städtische Milieu übt also, wie wir sahen, einen entscheidenden Einfluß aus auf die Häufigkeitsquoten der Manie, der Psychopathie, der Hysterie und der Paralyse; das ländliche dagegen ist von Bedeutung bei der Melancholie und,

in geringerem Grade, auch bei Alkoholismus. Diese Ergebnisse stimmen nun nur teilweise mit den Resultaten von Gaupps Arbeit überein. Hier wie dort ist die Melancholie, im Gegensatz zur Manie, bei den Landbewohnern häufiger; wir sprachen schon davon, daß dabei der Einfluß der Religion maßgebend sein könnte, Gaupp allerdings nimmt zur Erklärung an, daß die Manie eine schwerere Form der Erkrankung sei. Unsere Befunde bei Alkoholismus und Epilepsie weichen von denen Gaupps ab. Alkoholismus kommt in unseren Fällen keineswegs häufiger in der Stadt vor, er bevorzugt vielmehr in geringem Grade das flache Land; auch fanden wir nicht, daß die Städter in höherem Maße von Epilepsie befallen werden, sondern das gerade Umgekehrte. Dies hängt vielleicht mit der Verschiedenheit des Materiales zusammen; denn es ist wahrscheinlich, daß in einer Großstadt wie München, die für ihren großen Alkoholkonsum bekannt ist, auch Alkoholismus und damit Epilepsie häufiger vorkommen als in anderen deutschen Städten. Wilmanns hat ferner gezeigt, daß in Baden eher mehr auf dem Lande als in den Städten getrunken wird.

Kulturkreis, d. h. Kulturkreis im engeren Sinne, wie er bisher immer aufgefaßt wurde, und Wohnort bilden den Kulturkreis im weiteren Sinne. Das städtische Milieu gilt hierbei als höher als das ländliche, weil in jenem mehr Reize die Psyche treffen.

Wir können daher, noch weiter zusammenfassend, sagen:

Je höher der Kulturkreis, desto größer auch die Häufigkeitsquoten der funktionellen Psychosen und der Paralyse und desto geringer die der Dementia praecox, des Alkoholismus, der Epilepsie und der Imbezillität. Von den einzelnen funktionellen Psychosen wachsen in ganz ausgesprochener Weise mit dem Kulturkreis die Manie, das periodische und das zirkuläre Irresein wie die Paranoia.

Bei all dem ist vorausgesetzt, daß die Summe aller Geisteskrankheiten bei sämtlichen Kreisen gleich 100 ist. Es handelt sich hier also nur um das Verhältnis der einzelnen Psychosen zueinander. Auf die absoluten Unterschiede kommen wir später noch zu sprechen.

Versuchen wir nun, die Häufigkeitsquoten der *Dementia praecox* und der funktionellen Psychosen bezw. des manisch-depressiven Irreseins miteinander zu vergleichen, so erscheint es uns geraten, von den anderen Krankheitsgruppen ganz abzusehen. Denn es ist einleuchtend, daß die prozentuale Häufigkeit einer Krankheit, außer von ihrer eigenen Zu- resp. Abnahme, auch von den Schwankungen der übrigen Krankheiten abhängig ist. Noch mehr trifft dies bei der Vergleichung der einzelnen Völker, die wir unten vornehmen werden, zu. Hier sind die Unterschiede in der Häufigkeit der exogenen Krankheiten, des Alkoholismus und der Paralyse, ganz außerordentlich, weisen doch die niederen Völker sehr kleine Zahlen an diesen beiden Psychosen auf.

Nach diesem Grundsatz wurden Tabelle II und III berechnet.

Tabelle II: „Funktionelle Psychosen und *Dementia praecox* allein.“ Hier wurden die Fälle jeder der zwei Krankheitsgruppen auf ihre beiderseitige Summe, die wir = 100 setzten, bezogen.

Tabelle III: „Manisch-depressives Irresein und *Dementia praecox* allein.“ Sie ist wie Tabelle II angelegt, für die funktionellen Psychosen wurde das manisch-depressive Irresein eingesetzt.

Tabelle IV a und b geben dieselben Verhältnisse wie II und III wieder, nur sind hier die Bevölkerungskreise nach ihrer prozentualen Häufigkeit, und zwar für die funktionellen Psychosen und das manisch-depressive Irresein in sinkender, für die *Dementia praecox* in steigender Reihenfolge, angeordnet.

Die Unterschiede zwischen den beiden Krankheitsgruppen, die sich schon nach der allgemeinen Berechnung ergeben haben, treten hier noch viel klarer und deutlicher hervor. Die funktionellen Psychosen nehmen danach fast genau mit der Höhe des Kulturkreises zu, die *Dementia praecox* dagegen ab. Ähnlich, nur nicht ganz so ausgesprochen, verhält es sich mit dem manisch-depressiven Irresein im Vergleiche zur *Dementia praecox*. Gegenüber den funktionellen Psychosen ergeben sich hier folgende Unter-

Tabelle II.
Funktionelle Psychosen und Dementia praecox allein.

Kreise	Zahl der Fälle	Funktio- nelle Psy- chosen	Dementia praecox
Landwirte in Proz.	70	24 34,3	46 65,7
Tagelöhner, Land in Proz.	53	25 47,2	28 52,8
Tagelöhner, Stadt in Proz.	32	19 59,4	13 40,6
Handwerk, Arbeiter in Proz.	99	41 41,4	58 58,6
Fabrikarbeiter in Proz.	31	20 64,5	11 35,5
Gewerbe, Arbeiter in Proz.	60	33 55,0	27 45,0
Handwerk, Selbständige in Proz.	21	15 71,4	6 28,6
Gewerbe, Selbständige in Proz.	25	17 68,0	8 32,0
Kaufleute, Angestellte in Proz.	47	32 68,1	15 31,9
Kaufleute, Selbständige in Proz.	34	30 88,2	4 11,8
Niedere Beamte in Proz.	22	19 86,4	3 13,6
Volksschullehrer in Proz.	17	15 88,2	2 11,8
Freie Berufe in Proz.	92	72 78,3	20 21,7
Summe in Proz.	603	362 60,0	241 40,0

Tabelle III.

Manisch-depressives Irresein und Dementia praecox allein.

Kreise	Zahl der Fälle	Manisch-depressiv. Irresein(Summe der Affektpsychosen)	Dementia praecox
Landwirte in Proz.	63	17 27,0	46 73,0
Tagelöhner, Land in Proz.	41	13 31,7	28 68,3
Tagelöhner, Stadt in Proz.	18	5 27,7	13 72,3
Handwerk, Arbeiter in Proz.	75	17 22,7	58 77,3
Fabrikarbeiter in Proz.	21	10 47,6	11 52,4
Gewerbe, Arbeiter in Proz.	34	7 20,6	27 79,4
Handwerk, Selbständige in Proz.	14	8 57,1	6 42,9
Gewerbe, Selbständige in Proz.	17	9 52,9	8 47,1
Kaufleute, Angestellte in Proz.	27	12 44,4	15 55,6
Kaufleute, Selbständige in Proz.	20	16 80,0	4 20,0
Niedere Beamte in Proz.	12	9 75,0	3 25,0
Volksschullehrer in Proz.	8	6 75,0	2 25,0
Freie Berufe in Proz.	45	25 55,6	20 44,4
Summe in Proz.	395	154 15,9	241 84,1

Tabelle IV.

Tabelle IVa gibt die gleichen prozentualen Verhältnisse wie II, IVb wie III wieder. Nur sind hier die Bevölkerungskreise nach ihrer Häufigkeit, und zwar für die funktionellen Psychosen und das manisch-depressive Irresein in sinkender, für die Dementia praecox in steigender Reihenfolge, angeordnet.

a) Funktionelle Psychosen und Dementia praecox allein			b) Manisch-depressives Irresein und Dementia praecox allein		
Kreise	Funktionelle Psychosen	Dementia praecox	Kreise	Manisch-depressiv. Irresein (Summe der Affektpsychosen)	Dementia praecox
Kaufleute, Selbständ.	88,2	11,8	Kaufleute, Selbständ.	80,0	20,0
Volksschullehrer . .	88,2	11,8	Volksschullehrer . .	75,0	25,0
Niedere Beamte . . .	86,4	13,6	Niedere Beamte . . .	75,0	25,0
Freie Berufe	78,3	21,7	Handwerk, Selbstd.	57,1	42,9
Handwerk, Selbständ.	71,4	28,6	Freie Berufe	55,6	44,4
Kaufleute, Angestellte	68,1	31,9	Gewerbe, Selbständ.	52,9	47,1
Gewerbe, Selbständige	68,0	32,0	Fabrikarbeiter . . .	47,6	52,4
Fabrikarbeiter	64,5	35,5	Kaufleute, Angest. .	44,4	55,6
Tagelöhner, Stadt . .	59,4	40,6	Tagelöhner, Land . .	31,7	68,3
Gewerbe, Arbeiter . .	55,0	45,0	Tagelöhner, Stadt . .	27,7	72,3
Tagelöhner, Land . .	47,2	52,8	Landwirte	27,0	73,0
Handwerk, Arbeiter . .	41,4	58,6	Handwerk, Arbeiter .	22,7	77,3
Landwirte	34,3	65,7	Gewerbe, Arbeiter . .	20,6	79,4

schiede: die Landwirte und die ländlichen Tagelöhner sind aufgerückt, während im Verhältnis zu diesen beiden Berufskreisen die Arbeiter im Gewerbe und die städtischen Tagelöhner zurücktreten. Die Fabrikarbeiter sind stärker beteiligt, und sie weisen sogar höhere Zahlen auf als die angestellten Kaufleute; weiter oben stehen ferner die Selbständigen im Handel und Gewerbe. Dies kommt alles daher, daß in unteren und mittleren Kreisen das manisch-depressive Irresein häufiger ist als die übrigen funktionellen Psychosen.

Die funktionellen Psychosen wie das manisch-depressive Irresein verhalten sich also bei den einzelnen Kreisen zur Dementia praecox vollkommen gegensätzlich, es ändern sich also die Quotienten aus den Zahlen der beiden Krankheitsgruppen.

Es ist nun ganz gleichgültig, ob wir diese Quotienten aus den Zahlen der Fälle der Erkrankungen oder ihren Häufigkeitsquoten berechnen, denn die Verhältnisse zwischen den Zahlen bleiben sich gleich. Es erscheint uns am besten, die Dementia praecox in den Nenner zu stellen. Wir dehnen nämlich diese Untersuchungen auch auf die einzelnen Völker aus. Bei allen Völkern ist die Dementia praecox häufiger als das manisch-depressive Irresein, und auf die größere Zahl, als Nenner, wird praktischerweise die kleinere bezogen. Ferner ist es geraten, von den unteren Bevölkerungskreisen auszugehen, und auch hier ist die Dementia praecox die häufigste der beiden Erkrankungen.

Tabelle V a: Quotient aus $\frac{\text{funktionelle Psychosen}}{\text{Dementia praecox}}$.

Tabelle V b: Quotient aus $\frac{\text{manisch-depressives Irresein}}{\text{Dementia praecox}}$.

Beide Quotienten nehmen, wie Tabelle V zeigt, mit der Höhe des Kulturkreises zu, d. h. es verschiebt sich das Verhältnis der funktionellen Psychosen wie das des manisch-depressiven Irreseins zur Dementia praecox zugunsten der ersteren Erkrankungen und zu ungunsten der Dementia praecox. Wiederum sind die Unterschiede bei den funktionellen Psychosen größer als bei dem manisch-depressiven Irresein.

Wie gestaltet sich nun das Verhältnis des manisch-depressiven Irreseins zur Dementia praecox bei den verschiedenen Völkern? Die funktionellen Psychosen ziehen wir hierbei nicht in Betracht, weil die literarischen Angaben fast nur das manisch-depressive Irresein berücksichtigen; zudem ist diese Krankheitsgruppe beinahe der alleinige Repräsentant der quantitativen Anomalien des Seelenlebens bei den niederen Menschenrassen. Daß allen Vergleichen der Psychosen verschiedener Völker nur ein sehr relativer Wert zukommt, versteht sich

Tabelle V.

a) Quotient $\frac{\text{Funktionelle Psychosen}}{\text{Dementia praecox}}$ in steigender Reihenfolge		b) Quotient $\frac{\text{Manisch-depr. Irresein}}{\text{Dementia praecox}}$ in steigender Reihenfolge*)	
Kreise		Kreise	
Landwirte	0,5	Gewerbe, Arbeiter . .	0,26
Handwerk, Arbeiter . .	0,7	Handwerk, Arbeiter . .	0,29
Tagelöhner, Land . . .	0,9	Landwirte	0,37
Gewerbe, Arbeiter . . .	1,2	Tagelöhner, Stadt . . .	0,38
Tagelöhner, Stadt . . .	1,5	Tagelöhner, Land . . .	0,46
Fabrikarbeiter	1,8	Kaufleute, Angestellte .	0,8
Gewerbe, Selbständige .	2,1	Fabrikarbeiter	0,9
Kaufleute, Angestellte .	2,1	Gewerbe, Selbständige	1,1
Handwerk, Selbständige	2,5	Freie Berufe	1,25
Freie Berufe	3,6	Handwerk, Selbständ. .	1,3
Niedere Beamte	6,3	Niedere Beamte	3,0
Volksschullehrer	7,5	Volksschullehrer	3,0
Kaufleute, Selbständige	7,5	Kaufleute, Selbständ. .	4,0
Niedere Kreise	0,9	Niedere Kreise	$\frac{0,36}{0,4}$
Höhere Kreise	3,4	Höhere Kreise	$\frac{1,46}{1,5}$

von selbst. Die Fehlerquellen sind ganz besonders bei dem Studium der Geisteskrankheiten wenig zivilisierter Völker sehr groß. Hier dürften gerade die leichtesten Fälle des manisch-depressiven Irreseins den Untersuchern noch seltener zu Gesicht kommen als bei den Kulturvölkern. Das Wichtigste jedoch ist, daß die Einheitlichkeit der Diagnosenstellung wegen der Verschiedenheit der Beobachter fraglich erscheint. Wir werden allerdings sehen, daß dieses Bedenken nur zu einem kleinen Teil auf die herangezogenen Fälle zutrifft. Trotz aller

*) Manisch-depressives Irresein = Summe der Affektpsychosen.

Einwendungen halten wir diesen Vergleich schon wegen der vielen Gesetzmäßigkeiten, die wir dabei finden, für berechtigt.

Der Quotient $\frac{\text{manisch-depressives Irresein}}{\text{Dementia praecox}}$ ward von uns nach

den literarischen Angaben der einzelnen Autoren für folgende Völker bzw. Länder ausgerechnet: für Java (nach den Häufigkeitsdiagrammen Kraepelins), die Baschkiren (nach Sokalski, ref. von Adam), Syrien (nach Wolff), Brasilien (nach Moreira und Peixoto), Japan (Statistik über 197 Entlassene der Anstalt Tokio im Jahre 1902, Bericht von S. Kure), Österreich (nach einer Statistik aus den österreichischen Irrenanstalten für die Jahre 1899 bis 1901, wiedergegeben in Printzings Handbuch der Medizin), Deutschland (nach den Mittelzahlen von Kraepelin), Wiener jüdische und nichtjüdische Anstaltskranke (berechnet nach den Tabellen in der Arbeit von Pilcz). Bei der Diagnosenstellung handelte es sich in der Mehrzahl der Fälle (über zwei Drittel) um den Kraepelinschen Standpunkt; von Java, den Baschkiren, Syrien und Deutschland steht dies fest, von Brasilien und Japan ist es sehr wahrscheinlich. Aus diesem Grunde haben wir auch die Untersuchungen van Breros über die Psychosen der Malaien, wobei die Klassifikation ausschließlich im Meynertschen Sinn stattfand, nicht in Betracht gezogen. Sichels Arbeit über die Geistesstörungen der Juden im Vergleich zu denen der nichtjüdischen Bevölkerung in der Frankfurter Anstalt war hier für uns ebenfalls nicht verwertbar, da dieser Autor unter manisch-depressiv nach der Definition, die er später davon gibt, nur zirkulär versteht. Uns kommt es jedoch auf die Summe der Affektpsychosen an; diese Summe haben wir, wo dies noch nicht geschehen war, aus den Zahlen der einzelnen affektiven Seelenstörungen selbst erst gebildet.

Der Quotient $\frac{\text{manisch-depressives Irresein}}{\text{Dementia praecox}}$, der Übersicht-

lichkeit und damit des besseren Vergleichs halber, mit 100 multipliziert, beträgt:

In Java	7, bzw. 10	(d. h. mit, oder ohne Einschluß der Kraepelin fraglich erscheinenden Fälle von manisch-depressivem Irresein),
bei den Baschkiren	45,	
in Syrien	52,	
„ Brasilien	55,	
„ Japan	67,	
„ Österreich	70,	
„ Deutschland	86,	für unser Material, das zu $\frac{2}{3}$ aus niederen Kulturkreisen besteht, = 64.

Wiener jüdische Bevölkerung 108, im Vergleich dazu Wiener nichtjüdische Bevölkerung 60.

Nach dieser Zusammenstellung nimmt der Quotient manisch-depressives Irresein mit der Kulturhöhe eines Volkes

Dementia praecox zu, d. h., das Verhältnis der beiden Krankheitsgruppen verschiebt sich nach dem manisch-depressiven Irresein hin. Wir glauben nun keineswegs, daß die obigen Zahlen die tatsächlichen Verhältnisse wiedergeben, die Unterschiede werden ganz gewiß kleiner ausfallen, aber wahrscheinlich, zum allermindesten in den extremsten Fällen (Java und Deutschland), bestehen bleiben. Dazu sind sie in so gesetzmäßiger Weise und durchgehends vorhanden. Den niedrigsten Platz nehmen die javanischen Malaien, ein „Naturvolk“, ein; es folgen die Länder, in denen die Kultur noch nicht so stark gewirkt hat, Syrien und Brasilien, alsdann kommen die Kulturvölker, auch wieder in abgestufter Reihenfolge: Japan, Österreich, Deutschland. Die höchsten Werte weisen die Juden auf. Dies erscheint uns nicht weiter verwunderlich, da wir sie als das Kulturvolk *κατ' ἐξοχήν* bezeichnen. Sie sind am längsten von allen Völkern den Wirkungen der Kultur ausgesetzt gewesen (die „lebenden Mumien“ Herders), bestehen nur aus Berufen, die höheren Kulturkreisen angehören, Kaufleuten und Akademikern, sodann fehlt bei ihnen das bodenständige, heimatliche Element, das sie vor den Stürmen der Kultur noch etwas schützen könnte. Aber wir dürfen nicht verhehlen, daß dieses Verhältnis bei

den Wiener Juden, vorzüglich gegenüber der Wiener nicht-jüdischen Bevölkerung, nur für die Männer stimmt. Ferner kennen wir nicht den diagnostischen Standpunkt von Pilcz.

In dem Verhältnis des manisch-depressiven Irreseins zur Dementia praecox spiegelt sich also die Stärke der pathologischen Einwirkung der Kultur auf das Seelenleben eines Volkes wieder; diesen Quotienten, mit 100 multipliziert, nennen wir daher den psychopathologischen Index der Kultur. Wir sprechen diese Behauptung mit der nötigen Reserve aus und müssen abwarten, ob spätere Untersuchungen, die sich auf ein viel reichhaltigeres und dazu in jeder Hinsicht einwandfreies Material stützen, eine Bestätigung unserer Auffassung geben. Manisch-depressives Irresein und Dementia praecox sind, wie in der Einleitung betont wurde, wahrscheinlich grundverschiedene Erkrankungen; hier quantitative, dort qualitative Veränderungen des psychischen Geschehens. Die Dementia praecox stellt für uns nun den Haupttypus der organischen Psychosen dar, denn ziehen wir von der Gesamtheit der Geistesstörungen die exogenen Erkrankungen wie Paralyse und Alkoholismus samt den Folgekrankheiten des letzteren ab, so bleibt von den organisch bedingten Gehirnerkrankungen im wesentlichen nur die Gruppe der Dementia praecox übrig. Zudem kann die Kultur auf die Häufigkeit der exogenen Geistesstörungen nur sekundär von Bedeutung sein, das Primäre sind hierbei die Gifte der Lues und des Alkohols. Dementia praecox und manisch-depressives Irresein eignen sich ferner besonders gut als Vergleichstypen für die Gruppen der organischen und funktionellen Psychosen, da sie nach den bisherigen Erfahrungen bei allen Völkern vorkommen. In diesem Sinne repräsentiert der Ausdruck $\frac{\text{manisch-depressives Irresein}}{\text{Dementia praecox}}$ den Quotienten $\frac{\text{funktionelle Psychosen}}{\text{organische Psychosen}}$; dieser letztere nimmt also mit der Höhe der Kultur eines Bevölkerungskreises, wie der eines Volkes zu und bildet somit den psychopathologischen Index der Kultur.

Die eben geübte Art der Betrachtung läßt sich auch auf die anderen menschlichen Krankheiten ausdehnen.

Unter den funktionellen Krankheiten sind hier vorzüglich die funktionellen Neurosen und die Störungen der Funktionen des Stoffwechsels (Diabetes, Gicht, Fettsucht) zu verstehen, unter den organischen die Infektionskrankheiten. Auch hier ist es geraten, von gewissen Vergiftungen, wie der durch den Alkohol bedingten samt den Krankheiten, die die Folge davon sind, abzusehen. Gleich den funktionellen Psychosen bilden die eben angeführten Störungen der Funktionen in der Vererbung ein zusammenhängendes Ganze, d. h., sie lösen darin einander ab. Zu den funktionellen Anomalien könnte man auch die Deformationen zählen, so z. B. die des Auges (Myopie, Astigmatismus). Und auch die pathologischen Veränderungen der — sit venia verbo — körperlichen Funktionen sind häufiger bei den höheren Bevölkerungskreisen gegenüber den niederen und bei den Kulturvölkern im Vergleich zu den wenig zivilisierten Völkern. Die gleichen Krankheiten sind es ebenfalls, die die Juden so überaus häufig befallen, vorzüglich die funktionellen Neurosen und der Diabetes (Singer, von Noorden). Singer betont die, nicht nur relative, Seltenheit der organischen Nervenerkrankungen bei den Juden; eine New Yorker Statistik, die er anführt, zeigt dies in eklatanter Weise. Und Hoppe sagt, auch im Hinblick auf die anderen Krankheiten dieser Volksgruppe, „daß einerseits schwere, lebensgefährliche und lebenverkürzende Krankheiten, besonders die Infektionskrankheiten, aber auch die Nieren- und Lebererkrankungen“ [Fehlen des Alkoholismus?*)] „sowie die tödlichen organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems bei den Juden wesentlich seltener sind als bei den Nichtjuden , während andererseits die konstitutionellen und degenerativen Erkrankungen, zumal des Nervensystems, die Domäne der Juden bilden“.

Die Juden scheinen hierin also den reinsten Typus eines Kulturvolkes darzustellen und sich nur quantitativ von der übrigen zivilisierten Menschheit zu unterscheiden.

Wie die Störungen der Funktion mit der Höhe der Kultur eines Volkes wachsen, so dürften andererseits die organischen

*) Von mir eingefügt.

Erkrankungen, die Infektionskrankheiten, durch die größere Hygiene mit ihr seltener werden. Es ist also sehr wahrscheinlich, daß der Quotient $\frac{\text{funktionelle Krankheiten}}{\text{organische Krankheiten}}$ für alle menschlichen Erkrankungen mit der Kulturstufe zunimmt und eine Funktion dieser darstellt. Er gibt somit einen Maßstab ab für den Grad der pathologischen Einwirkung der Kultur auf eine Menschengruppe und kann als der allgemein pathologische Index der Kultur bezeichnet werden.

Im folgenden versuchen wir nun, die Unterschiede in den Häufigkeitsquoten einzelner Psychosen bei Juden und Deutschen auf den Einfluß der Kultur zurückzuführen. Die Tabelle von Sichel, in der die jüdischen und nichtjüdischen Kranken der Frankfurter Anstalt einander gegenübergestellt werden, zeigt zweierlei, nämlich, daß Alkoholismus und Epilepsie bei den Juden sehr selten, alle anderen Erkrankungen, und wir möchten sagen, zu einem großen Teil deshalb, bei ihnen häufiger sind. Bei einem Vergleich der beiden Volksgruppen müssen wir aber gerade von Alkoholismus und Epilepsie absehen, da die Grundbedingung für diese Krankheiten, der Alkoholexzeß, bei den Juden so gut wie gänzlich fehlt. Von diesem Gesichtspunkte aus haben wir Sichels Tabelle umgerechnet; sie stellt sich dann folgendermaßen dar:

	Christen	Juden
Imbezillität und Idiotie	10 %	13,0 %
Dementia praecox	31 %	31 %
Manisch-depressiv (= zirkulär)	5,2 %	31 %
Paralyse	15,5 %	13,8 %
Psychosen des Seniums	13,6 %	13,8 %
Hysterie	11,4 %	12,1 %.

An der Imbezillität und Idiotie sind die Juden stärker beteiligt; die Häufigkeit der Dementia praecox ist bei beiden Gruppen gleich. Bei dem manisch-depressiven Irresein, worunter, nach der Definition Sichels, das zirkuläre Irresein zu verstehen ist, sind die Zahlen der Juden sechsmal so groß als die der Christen; die Paralyse befällt hier die Juden in etwas geringerem Grade als die andere Bevölkerung, und die

Unterschiede sind überhaupt nicht groß (1,7 Proz.). Dies kann z. T. daran liegen, daß Sichel ein großstädtisches Material bearbeitete; trotzdem dürften die obigen Zahlen nicht völlig den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen, erwähnen doch alle Beobachter die überaus größere Häufigkeit der Paralyse bei den Juden. Nach Beadles beträgt die Paralyse bei den Juden in England 21 Proz., der übrigen Bevölkerung 13 Proz., nach den Tabellen von Pilcz (Männer und Frauen von uns zusammengezählt) bei den nichtjüdischen Kranken der Wiener Anstalt 16,5 Proz., den jüdischen dagegen 25,5 Proz. Ähnliches berichten Benedikt und Hirschel. Bei den Psychosen des Seniums sehen wir in Sichels Tabelle keine Unterschiede zwischen Juden und Christen, dagegen sind die Juden häufiger unter der Hysterie vertreten. Also Imbezillität, zirkuläres Irresein, dieses in hohem Maße, und Hysterie überwiegen bei den Juden. Nun hat Mickle ferner gefunden, daß das periodische Irresein weitaus die Juden bevorzugt; das gleiche bestätigt Pilcz, und nach diesem Autor sind auch Paranoia, Melancholie bei den Juden häufiger, ebenso das neurasthenische Irresein und Morphinismus, im ganzen also, wie wir hinzufügen, die Gruppe der funktionellen Psychosen. Sehen wir einmal von der Imbezillität ab, so sind Paralyse und funktionelle Psychosen die spezifischen Geistesstörungen dieses Volkes. In der Paralyse machen nur die Juden in Rußland eine Ausnahme, die seltener von dieser Krankheit befallen werden als die übrige Bevölkerung, da sie dort noch abgeschlossen leben, daher auch von der Syphilis verschont bleiben. Wir sehen also, wiederum abgesehen von der Imbezillität, daß die Juden sich wie die höheren Kulturkreise unserer Arbeit verhalten. Dies ist ganz leicht erklärlich, da dieses Volk sich fast ausschließlich aus Berufen zusammensetzt, die als höhere Kulturkreise bewertet werden müssen, nämlich aus Kaufleuten und Akademikern. Hierfür einige statistische Belege: Nach den Veröffentlichungen der Berufszählung in Preußen vom 14. Juni 1895 finden sich beinahe 55 Proz. aller erwerbstätigen Juden in der Rubrik „Handel und Verkehr“. An den preußischen Landesuniversitäten zählte man im Sommer 1892 neunmal soviel jüdische Studenten, als ihrer Bevölkerungs-

zahl entsprochen hätte. Nach einer Statistik, die A. Peter-
silie anführt, entfielen 1886 bis 1891 auf 10000 männliche
Studierende der einzelnen Konfessionen preußischer Staats-
angehörigkeit in Deutschland

evangelische . . .	8,4,
katholische . . .	4,45,
Juden	57,1.

Daß die Juden auch in ihren anderen Erkrankungen den
höheren Ständen der Kulturvölker gleichen, haben wir oben
schon ausgeführt. Speziell an dem Diabetes, der immer als
jüdische Rassekrankheit betrachtet wird, läßt sich dies zeigen.
Die Zuckerkrankheit bevorzugt ganz besonders die Handel-
treibenden. Nach der offiziellen preußischen Statistik gehörten
von sämtlichen Todesfällen an Diabetes im Jahre 1890 über
11 Proz. dem Handels- und Versicherungswesen an. Hier
wollen wir ferner noch daran erinnern, daß die selbständigen
Kaufleute auch in unserer Arbeit die Wirkungen der Kultur
mit am deutlichsten zeigen: die Häufigkeitsquoten der funk-
tionellen Psychosen und der Paralyse erreichen bei ihnen die
höchsten Werte. Daß für die Seltenheit der Tuberkulose bei den
Juden nur soziale Umstände maßgebend sind, hat Fishberg
gezeigt. Im übrigen gleichen die Juden auch hierin den
höheren Kreisen, da diese doch zumeist von der Tuberkulose
verschont werden. Nach Cheinisse beruht auch das Fehlen
des Alkoholismus bei den Juden keineswegs auf einer Rassen-
immunität; denn wo diese Volksgruppe (wir sagen mit Ab-
sicht nicht Rasse) sich den Verhältnissen ihrer Umgebung an-
gepaßt hat, wird sie nach dem erwähnten Autor auch häufiger
alkoholistisch. Hoppe macht ferner für das Anwachsen der
Kriminalität bei den Juden die Zunahme des Alkoholgenusses
bei ihnen verantwortlich. Im übrigen verhalten sich hierin
nicht alle Juden gleich: die algerischen leiden nach Trenga
in einem sehr hohen Prozentsatz an Alkoholismus.

Die Häufigkeit der Imbezillität bei den Juden, die auch
Pilcz bestätigt, könnte auf Rechnung der Rasse gesetzt
werden. Dies träfe auch für die hohe Quote des angeborenen
Schwachsinn bei den Negern, und zwar den afrikanischen
(Greenleß) wie den amerikanischen (Witmer), zu. Sichel

möchte diese Tatsache bei den Juden damit erklären, „daß die Geburtenziffer bei den westeuropäischen Juden in den letzten Jahrzehnten außerordentlich abgenommen hat, daß die jüdische Bevölkerung viel weniger Kinder enthält, daß somit die psychischen Erkrankungen im Kindesalter für das Ergebnis der Statistik viel schwerer in die Wagschale fallen“. Von einer seltenen Form der Idiotie, der sogenannten amaurotischen, ist es ja bekannt, daß sie fast ausschließlich die Juden befällt.

An dieser Stelle berühren wir noch kurz die Unterschiede einzelner Völker in den Häufigkeitsquoten der Melancholie und Manie. Zur Erklärung hierfür wird nämlich in der psychiatrischen Literatur lediglich die Rassendisposition herangezogen. Die Germanen leiden z. B. häufiger an Melancholie, die Romanen und Slaven dagegen mehr an Manie. Es ist wohl möglich, daß hier die Rasse von Bedeutung ist, möglich ist aber auch, daß noch ein anderes Moment mitspielt. In Deutschland ist übrigens die Zahl der Melancholie in Sachsen, dem slavischsten Teile dieses Landes, am größten. Gleich den im Süden Europas wohnenden Romanen erkranken ferner die Neger und Australier, also Bewohner heißer Zonen, überaus häufig an Manie. Der Häufigkeit der Melancholie geht ferner die Anlage zum Suizid parallel. Dies zeigt sich bei den Germanen auf der einen, den Slaven und Romanen auf der andern Seite; bei den letzteren ist der Selbstmord viel seltener. Die Sachsen, die unter den Deutschen die höchsten Werte an Melancholie aufweisen, sind auch am meisten unter ihnen zum Suizid disponiert. Nun neigen gerade die nordamerikanischen Indianer sehr stark zu Suizid, die südamerikanischen dagegen fast gar nicht (Steinmetz). In den nördlichen, kälteren Ländern scheinen also die Melancholie und auch der Selbstmord häufiger zu sein, während die Manie die warmen und heißen Zonen bevorzugt. Das letztere ist noch viel ausgesprochener als das erstere.

Wie in pathologischer, kommen auch in sozialer Hinsicht alle Wirkungen der Kultur bei den Juden am reinsten zum Ausdruck. Ruppin hat vor kurzem gesagt, daß dieses Volk einen Barometer für die Richtung der Zeit abgäbe. Er meinte

damit den Umschwung vom Handel zur Industrie, der heutzutage bei den Kulturvölkern und wiederum am deutlichsten bei den Juden in Erscheinung tritt. Wir fügen hinzu, daß die Geburten bei den Juden so schnell und auf eine so tiefe Stufe wie bei keinem anderen Volke gesunken sind. Dagegen hat sich der Selbstmord bei den deutschen Juden (Morselli, Singer, Sichel, Wassermann) in den letzten Jahren ganz außerordentlich vermehrt und in weit höherem Maße als bei der übrigen Bevölkerung; die Selbstmordneigung der osteuropäischen Juden (Hirschberg: Galizien, Ungarn) ist jedoch sehr gering, und bei den Juden Westeuropas war sie es früher ebenfalls.

Es zeigt sich also, daß die Juden fast in jeder Beziehung nur quantitativ von den übrigen Kulturvölkern differieren, und daß sie sich wie die höheren Bevölkerungskreise dieser verhalten, was ihrer eigenen Berufszusammensetzung völlig entspricht.

Die Juden stellen in ihren psychischen und anderen Krankheiten, wie in ihrem sozialen Verhalten den reinsten Typus eines Kulturvolkes dar. Daraus resultiert auch die hohe Bedeutung, die dieses Volk für die ganze übrige zivilisierte Menschheit besitzt, dieses Volk, bei dem alle Unterschiede alle Zeit- und Denkrichtungen wie alle menschlichen Charaktere bis ins Extreme gesteigert sind.

In unseren Untersuchungen hat es sich bisher nur um den Einfluß des Kulturkreises auf die prozentuale Häufigkeit der Psychosen gehandelt. Es ist klar, daß wir hieraus nur darüber etwas erfahren, ob das Verhältnis der einzelnen Geisteskrankheiten zueinander sich geändert hat; welche Erkrankungen und in welcher Weise diese eine Umwandlung durchgemacht haben, darüber erhalten wir hieraus keinen Aufschluß. Wir fanden z. B., daß die funktionellen Psychosen bei den höheren Kulturkreisen prozentual häufiger sind, dies kann aber, außerdem daß diese Erkrankungen absolut genommen gestiegen sind, ebensowohl durch das Sinken der

anderen Geisteskrankheiten veranlaßt sein. Denn die Summe aller Erkrankungen ist ja hierbei stets gleich 100.

Wir müßten also die absoluten Zahlen der einzelnen Geisteskrankheiten festzustellen suchen, d. h., die Prozentzahlen in Beziehung setzen zur Summe der geistigen Erkrankungen bei den einzelnen Kreisen. Diese Summe muß natürlich auf den prozentualen Anteil der einzelnen Bevölkerungsgruppen an der Gesamtbevölkerung bezogen sein. Nun fehlen uns leider jegliche Angaben über die Höhe aller Geisteskrankheiten bei den verschiedenen Volkskreisen, und daß wir selber diese Zahlen nicht aus dem Aufnahmebuche der Freiburger psychiatrischen Klinik bestimmen können, leuchtet wohl ohne weiteres ein. Auch sonst dürfte eine völlig einwandfreie Feststellung dieses Faktors sehr großen und kaum gänzlich zu beseitigenden Schwierigkeiten begegnen. Durch einige einfachen Überlegungen läßt sich immerhin wahrscheinlich machen, in welcher Richtung die Endergebnisse liegen; d. h., welche Krankheiten mit der Höhe des Kulturkreises zunehmen und welche eine Verminderung erfahren.

Wir fanden, kurz und ganz summarisch ausgedrückt, daß in den höheren Kulturkreisen die prozentuale Häufigkeit der funktionellen Psychosen und der Paralyse größer, die der Dementia praecox, des Alkoholismus, der Epilepsie und der Imbezillität geringer ist. Als Typen für die niederen und hohen Kulturkreise nehmen wir in den folgenden Erwägungen die Landwirte und die freien Berufe. Wir wählen diese zwei kulturell soweit auseinander liegenden Kreise, weil wir hoffen, die Unterschiede so am deutlichsten zu erhalten.

Die funktionellen Psychosen und die Paralyse, welche beide Krankheiten mit der Höhe des Kulturkreises prozentual wachsen, bezeichnen wir als Gruppe I, die anderen Psychosen, die sich gerade entgegengesetzt verhalten, fassen wir zur Gruppe II zusammen.

Die Prozentzahlen der betreffenden Psychosen betragen für die beiden Kreise:

	Gruppe I		Gruppe II			
	Funktion. Psychos.	Paralyse	Dement. praecox	Alkoholismus	Epilepsie	Imbecillität
Landwirte	14,3	0,6	27,4	23,8	6,5	7,1
Freie Berufe	42,4	19,4	11,8	6,5	2,4	1,8

Der besseren Vergleichung halber vereinfachen wir diese Zahlen; die relativen Unterschiede zwischen ihnen, auf die es allein ankommt, bleiben ja dabei gleich.

Es verhalten sich also

	Gruppe I		Gruppe II			
	Funktion. Psychos.	Paralyse	Dement. praecox	Alkoholismus	Epilepsie	Imbecillität
Zahlen bei d. Landwirten Zahlen bei d. freien Berufen wie	$\frac{1}{3}$	1	$\frac{2\frac{1}{2}}{1}$	$\frac{3\frac{3}{4}}{1}$	$\frac{2\frac{3}{4}}{1}$	$\frac{4}{1}$

Das Bruchzeichen soll hierin als „zu“ gelesen werden, im Sinne einer Proportion.

Wir können nun verschiedene Fälle annehmen:

1. Fall: Die beiden Kreise erkranken gleich häufig an Geisteskrankheiten. Dann sind die Unterschiede zwischen den Prozentzahlen der Psychosen, also den obigen Ziffern, gleich denen zwischen den absoluten Zahlen der Krankheiten.

2. Fall: Die freien Berufe erkranken $\frac{1}{2}$ mal mehr als die Landwirte. Die absoluten Zahlen der Erkrankungen bei beiden Kreisen verhalten sich dann folgendermaßen zueinander:

	Gruppe I		Gruppe II			
	Funktion. Psychos.	Paralyse	Dement. praecox	Alkohol.	Epilepsie	Imbecillität
Zahlen bei den Landwirten Zahlen bei den freien Berufen wie	$\frac{1}{4\frac{1}{2}}$	1	$\frac{2\frac{1}{2}}{1\frac{1}{2}}$	$\frac{3\frac{3}{4}}{1\frac{1}{2}}$	$\frac{2\frac{3}{4}}{1\frac{1}{2}}$	$\frac{4}{1\frac{1}{2}}$

Die Unterschiede liegen in der gleichen Richtung wie in dem vorigen Fall, nur hat sich ihre Größe hier verändert: die Zahlen der Krankheiten der Gruppe I differieren noch weiter voneinander, während die der Gruppe II sich einander genähert haben.

Dasselbe, nur noch ausgesprochener, finden wir bei Fall 3, der in Wirklichkeit jedoch kaum vorkommen dürfte:

3. Fall: Die freien Berufe erkranken noch einmal so häufig als die Landwirte. Wir erhalten dann folgende Verhältniszahlen:

	Gruppe I		Gruppe II			
	Funktion. Psychos.	Paralyse	Dement. praecox	Alkohol.	Epilepsie	Imbezillität
$\frac{\text{Zahlen bei den Landwirten}}{\text{Zahlen bei den freien Berufen}}$ wie	$\frac{1}{6}$	$\frac{1}{64}$	$\frac{2\frac{1}{2}}{2}$	$\frac{3\frac{3}{4}}{2}$	$\frac{2\frac{3}{4}}{2}$	$\frac{4}{2}$

4. Fall: Wir nehmen nun das Entgegengesetzte an, die Landwirte erkranken häufiger, und zwar $\frac{1}{2}$ mal mehr als die freien Berufe:

	Gruppe I		Gruppe II			
	Funktion. Psychos.	Paralyse	Dement. praecox	Alkohol.	Epilepsie	Imbezillität
$\frac{\text{Zahlen bei den Landwirten}}{\text{Zahlen bei d. freien Berufen}}$ wie	$\frac{1\frac{1}{2}}{3}$	$\frac{1\frac{1}{2}}{32}$	$\frac{3\frac{3}{4}}{1}$	$\frac{5\frac{3}{4}}{1}$	$\frac{4,1}{1}$	$\frac{6}{1}$

Auch hier sind die Unterschiede die gleichen wie in den vorigen Fällen, nur hat sich ihre Größe in der entgegengesetzten Richtung verschoben: die Zahlen der Krankheiten der Gruppe I haben sich einander genähert, während die Verschiedenheiten zwischen den Ziffern der Psychosen der Gruppe II größer geworden sind. Dasselbe, nur in noch viel höherem Maße,

fände statt, wenn die Landwirte noch einmal so häufig erkrankten als die freien Berufe. Aber dieser Fall ist wohl gänzlich auszuschließen. Der Vollständigkeit halber setzen wir jedoch auch ihn, als Fall 5, hierher:

5. Fall: Die Landwirte erkranken noch einmal so häufig an Geisteskrankheiten als die freien Berufe:

	Gruppe I		Gruppe II			
	Funktion. Psychos.	Paralyse	Dement. praecox	Alkohol.	Epilepsie	Imbezillität
Zahlen bei den Landwirten	2	2	5	7 $\frac{1}{2}$	5 $\frac{1}{2}$	8
Zahlen bei d. freien Berufen wie	3	32	1	1	1	1

Fall 4. daß die Landwirte $\frac{1}{2}$ mal so häufig erkrankten als die freien Berufe, dürfte ebenfalls kaum anzunehmen sein. In der Literatur wird ja auch immer nur die Frage erörtert, ob die sozial höheren Schichten ein größeres Kontingent zu den Geisteskrankheiten lieferten als die niedriger stehenden. Dagegen ist es wohl möglich, daß die Summe der Psychosen bei beiden gleich ist.

Im übrigen werden, wie verschieden hoch auch die Zahl der Geisteskrankheiten bei den einzelnen Kreisen sich belaufen mag, unsere Resultate, in Hinsicht auf ihre allgemeine Richtung, dadurch keineswegs beeinträchtigt.

Was wir soeben für die Gesamtheit der funktionellen Psychosen gezeigt haben, gilt innerhalb dieser Krankheitsgruppe vorzüglich für die Erkrankungen, deren Prozentzahlen bei der Vergleichung der niederen und hohen Kulturkreise besonders weit voneinander differieren, die Manie, das periodische und das zirkuläre Irresein wie die Paranoia.

Die einzelnen Gruppen unserer niederen Kulturkreise verhalten sich nun im großen und ganzen wie die Landwirte, die unserer höheren Kreise wie die freien Berufe. Größere Schwankungen finden wir nur innerhalb der höheren Kreise bei dem Alkoholismus. Die Mittelzahlen aus den prozentualen Häufigkeitsziffern der niederen Kreise verhalten sich zu denen

der höheren hier wie 1,4 : 1. Da es nun leicht möglich ist, daß die höheren Kreise häufiger erkranken als die niederen, so dürften bei dem Alkoholismus die Unterschiede zwischen den absoluten Zahlen für die verschiedenen Kreise äußerst gering ausfallen, ja es ist möglich, daß hier überhaupt keine Verschiedenheiten vorhanden sind.

Unsere an den Zahlen der Landwirte und der freien Berufe zuletzt angestellten Erwägungen haben uns wenigstens soviel gelehrt, daß wir aus den Unterschieden zwischen den Prozentzahlen der einzelnen Geisteskrankheiten bei den verschiedenen Kreisen auf die Verschiedenheiten zwischen ihren absoluten Häufigkeitsziffern schließen dürfen. Dies betrifft nur die allgemeine Richtung, in der diese Verschiedenheiten liegen, keineswegs ihre Größe, über die wir nur dann etwas aussagen könnten, wenn uns die Summe der Geisteskrankheiten bei den einzelnen Kreisen bekannt wäre.

Wir glauben also berechtigt zu sein, zu behaupten: Mit der Höhe des Kulturkreises nehmen, auch absolut genommen, die funktionellen Psychosen und die Paralyse zu, die Dementia praecox, die Epilepsie und die Imbezillität dagegen ab. Was auf die Gesamtheit der funktionellen Psychosen zutrifft, gilt innerhalb dieser Krankheitsgruppe ganz besonders für die Manie, das periodische und das zirkuläre Irresein wie die Paranoia. Die Prozentzahlen des Alkoholismus sind in niederen Kulturkreisen etwas höher, jedoch scheinen die Unterschiede zwischen den absoluten Zahlen ganz gering auszufallen, ja es ist möglich, daß hier überhaupt keine Verschiedenheiten vorhanden sind.

Wir können aus unseren Ergebnissen, soweit sie die funktionellen Psychosen betreffen, die nachstehenden zwei Schlußfolgerungen ziehen (da die pathologische Einwirkung der Kultur auf die Psyche einen Rückschluß auf die normale erlaubt):

1. Die Kultur bildet die einzelnen psychischen Funktionen aus und ganz besonders die Form, in der das Seelenleben wie alles biologische Geschehen überhaupt sich äußert, die Periodizität.

2. Die Kultur stellt einen Faktor in der Ätiologie der funktionellen Psychosen dar. Dieser ist in einem Aufbrauch der nervösen Organe im Sinne Edingers zu suchen, falls

man eine Vererbung erworbener Eigenschaften annimmt. Es kann sich nämlich hierbei nur um einen Aufbrauch bei den Aszendenten handeln, da diese Krankheiten angeborene Störungen des Seelenlebens sind. Leugnet man nun die angeführte Art der Vererbung, so kann man sich vorstellen, daß sich unter dem Einflusse der Kultur, ihrer Ausschaltung der natürlichen Selektion, pathologische Variationen der Organe, die für das Seelenleben in Betracht kommen, leichter bilden und weiter vererben können.

Daß die Paralyse in den höheren Bevölkerungskreisen häufiger ist, kann einfach darauf beruhen, daß hier die Gelegenheit zurluetischen Infektion in höherem Maße gegeben ist. Möglich ist immerhin, daß der Aufbrauch des Nervensystems mitspielt, was Kraepelin für die einzelnen Völker annimmt.

Zusammenstellung der wesentlichsten Ergebnisse.

I. Wir haben die einzelnen Bevölkerungskreise in verschieden hohe Kulturkreise eingeteilt, und zwar nach folgenden Gesichtspunkten: 1. Wie stark hat der einzelne in seiner Stellung im Leben die psychischen Funktionen, vorzüglich den Intellekt, gegenüber den körperlichen anzustrengen; 2. wie groß ist seine soziale Abhängigkeit und damit sein soziales Verantwortlichkeitsgefühl. Wir unterscheiden einen Kulturkreis im engeren und im weiteren Sinne. Der erstere setzt sich aus dem Milieu des Elternhauses und dem des Berufes zusammen. Zu dem letzteren gehört ferner die Einwirkung, die durch die weitere Umgebung des Menschen, den städtischen bzw. ländlichen Wohnort, gegeben ist.

II. Mit der Höhe des Kulturkreises nehmen die funktionellen Psychosen und die Paralyse zu, die Dementia praecox, die Epilepsie und die Imbezillität dagegen ab. Was auf die Gesamtheit der funktionellen Psychosen zutrifft, gilt innerhalb dieser Krankheitsgruppe ganz besonders für die Manie, das periodische und das zirkuläre Irresein wie die Paranoia. Die Prozentzahlen des Alkoholismus sind in niederen Kulturkreisen etwas höher, jedoch scheinen die Unterschiede zwischen den abso-

luten Zahlen ganz gering auszufallen, ja, es ist möglich, daß hier überhaupt keine Verschiedenheiten vorhanden sind.

Wir konnten aus unseren Ergebnissen, soweit sie die funktionellen Psychosen betreffen, nach zwei Seiten hin Schlüsse ziehen: 1. wie die Kultur auf die Psyche überhaupt wirkt; 2. daß die Kultur einen Faktor in der Ätiologie der funktionellen Psychosen darstellt. Dieser braucht keineswegs in einem Aufbrauch des Gehirns, im Sinne der Edingerschen Theorie, gesucht zu werden. Es hängt dies, wie wir gezeigt haben, ganz von der Stellung ab, die man zur Frage der Vererbung erworbener Eigenschaften annimmt.

III. Mit der Höhe der Kultur eines Bevölkerungskreises wie der eines Volkes nehmen die funktionellen Psychosen gegenüber den organischen zu. Dies gilt, was den Kulturkreis betrifft, nicht nur relativ, sondern auch absolut.

Der Quotient $\frac{\text{Funktionelle Psychosen}}{\text{Organische Psychosen}}$

oder $\frac{\text{Quantitative Abweichungen von der Norm}}{\text{Qualitative Abweichungen von der Norm}}$

gibt also einen Maßstab ab für die Stärke der pathologischen Einwirkung der Kultur auf die Psyche und damit der Höhe der Kultur, weshalb wir ihn als den psychopathologischen Index der Kultur bezeichnet haben. Bei der Vergleichung der kulturell verschieden hochstehenden Völker dienten uns als Typen für beide Erkrankungsgruppen das manisch-depressive Irresein auf der einen, die Dementia praecox auf der anderen Seite. Aus praktischen Gründen ist es geraten, den Quotienten aus beiden Krankheiten hier mit 100 zu multiplizieren.

Wir haben nun ferner gezeigt, daß sich auch die „körperlichen“ Erkrankungen in funktionelle und organische einteilen lassen, und daß es wahrscheinlich ist, daß auch hier die quantitativen Abweichungen von der Norm gegenüber den qualitativen mit der Höhe der Kultur wachsen, daß somit der Quotient

$\frac{\text{Funktionelle Krankheiten}}{\text{Organische Krankheiten}}$ für alle menschlichen Erkrankungen

mit der Kulturstufe zunimmt und daher einen Wertmesser für den Grad der pathologischen Einwirkung der Kultur über-

haupt darstellt, weshalb er als der allgemein pathologische Index der Kultur bezeichnet werden könnte.

IV. Auf die Unterschiede einzelner Völker in den Häufigkeitsquoten der Manie auf der einen, der Melancholie und des Suizids auf der anderen Seite ist das Klima von Bedeutung: Die Manie bevorzugt die wärmeren und heißen Zonen, während die Melancholie und der Selbstmord, zwischen welchen beiden sich eine Wechselbeziehung findet, in Ländern mit kälterem Klima überwiegen.

V. Die Juden differieren in ihren geistigen und anderen Krankheiten wie in ihrem sozialen Verhalten nur quantitativ von den übrigen Kulturvölkern und verhalten sich wie die höheren Bevölkerungskreise dieser, was ihrer eigenen Berufszusammensetzung völlig entspricht. Die Juden stellen also in allen diesen Beziehungen den reinsten Typus eines Kulturvolkes dar, d. h., alle Wirkungen der Kultur kommen bei ihnen am deutlichsten zum Ausdruck. Darauf beruht auch die hohe Bedeutung, die dieses Volk für die übrige zivilisierte Menschheit besitzt, dieses Volk, bei dem alle Unterschiede, alle Zeit- und Denkrichtungen wie alle menschlichen Charaktere bis ins Extreme gesteigert sind.

Literatur. *)

1. Beadles, The insane Jew, zit. nach Pilcz (34) und Singer (40).
2. Bernays, Marie, Neue Beiträge zur Arbeiterpsychologie. Die Hilfe, 1912, 38 und 39.
3. Binswanger, Siemerling u. a., Lehrbuch der Psychiatrie, Jena 1910.
4. Bischoff, Ernst, Ueber familiäre Geisteskrankheiten. Jahrb. f. Psychiatrie, 26, 109, 1905.
5. Brero, van, Die Nerven- und Geisteskrankheiten in den Tropen. In Menses Handbuch der Tropenkrankheiten, Leipzig 1905.
6. Bumke, Oswald, Ueber die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Gaupps Zentralblatt, 20, 1909.
7. —, Ueber nervöse Entartung. Berlin 1912.

*) Von der Arbeit von R. Foerster „Die Beziehungen von Beruf und Mode zu Geisteskrankheiten“ (Zeitschr. für Psychotherapie und medizir. Psychologie III, 1912) erhielten wir erst Kenntnis, als unsere Arbeit schon abgeschlossen war.

8. Bumke, Oswald, Zur Frage der funktionellen Psychosen. Fortschr. der naturw. Forschung, herausg. von E. Abderhalden, Bd. VI, 1912.
9. Cheinisse, La race juive est elle immune contre l'alcoolisme? La semaine médicale, 1908.
10. Fishberg, Die angebliche Rassen-Immunität der Juden, zit. nach Sichel (39).
11. Gaupp, R., Die klinischen Besonderheiten der Seelenstörungen unserer Großstadtbevölkerung. Münch. med. Wochenschr., 26 und 27, 1906.
12. Greenleß, Duncan, Insanity among the Natives of South Afrika. Journ. of ment. science 1895.
13. Hirschl, Zur Aetiologie der progr. Paralyse. Jahrb. für Psych., Bd. XIV.
14. Hirschberg, Der Selbstmord bei den Juden. Zeitschr. für Dermogr. und Statist. der Juden, 1906.
15. Hoche, A., Geisteskrankheit und Kultur. Freiburg 1910.
16. —, Zur Melancholiefrage. Leipzig 1910.
17. —, Die Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie. Berlin 1902.
18. Hoppe, Krankheiten und Sterblichkeit bei Juden und Nichtjuden. Berlin 1903.
19. Kraepelin, Emil, Psychiatrie. Bd. I, 8. Aufl., Leipzig 1908.
20. —, Vergleichende Psychiatrie. Zentralbl. f. Nervenheilkunde 1904.
21. Kreichgauer, E., Zur Frage der Vererbung von Geisteskranken. Inaug.-Diss., Freiburg 1909.
22. Kure, S., 19. Jahresbericht der städt. Irrenanstalt Tokio-fu-Sugamo-Byoin. Neurologia 1904.
23. Levenstein, Adolf, Die Arbeiterfrage, siehe Bernays (2).
24. Lomer, G., Die Beziehungen von Selbstmord und Geisteskrankheit zur Rasse, zit. nach Bumke (7).
25. Lynch, zit. nach Révész (36).
26. Meyer, E., Die Ursachen der Geisteskrankheiten. Jena 1907.
27. Mickle, zitiert nach Pilcz (34).
28. Minor, L.(-Moscou), Contribution à l'étude de l'étiologie du tabes. 1889, Arch. de neurol. Bd. XVII.
29. Moreira und Peixoto, Les maladies mentales dans les climats tropicaux. Rio de Janeiro 1905.
30. Morselli, Der Selbstmord. Leipzig 1887.
31. Rodriguez, Nina, La paranoia chez les Nègres. Arch. d'Anthrop. criminelle, 1903.
32. Petersilie, A., Die Aneignung höherer Bildung durch die Angehörigen verschiedener Religionsbekenntnisse in Preußen. Zeitschr. d. preuß. stat. Bureaus, XXXIV, 1894.
33. —, Die preußischen und die deutschen Universitäten. Ebenda, XXVII.

34. Pilcz, A., Geistesstörungen bei den Juden. Wiener klin. Rundschau, 47 und 48, 1901.
35. Printzing, Handbuch der medizinischen Statistik. Jena 1906.
36. Révész, Bela, Die rassenpsychiatrischen Erfahrungen und ihre Lehren. 5. Beiheft zu Bd. XV. des Arch. für Schiffs- und Tropenhyg., 1911.
37. Rüdin, Ueber den Zusammenhang zwischen Geisteskrankheit und Kultur. Arch. für Rassenbiologie 1910, 7, 722.
38. Sichel, M., Über die Geistesstörungen bei den Juden. Neurolog. Zentralbl., 8, 1908.
39. —, Die Geistesstörungen bei den Juden. Leipzig 1904.
40. Singer, H., Allgemeine und spezielle Krankheitslehre der Juden. Leipzig 1904.
41. Sioli, E., Ueber direkte Vererbung von Geisteskrankheiten. Arch. für Psych., 16, 1885.
42. Sokalski, Zur Rassenpsychiatrie. Referat von G. Adam in Allg. Zeitschr. für Psych., 281, 1903.
43. Sommer, R., Individualpsychologie und Psychiatrie. Würzburg 1906.
44. Steinmetz, Suicide among primitive peoples, zit. nach Révész (36).
45. Tamburini, Ueber die Beziehungen zwischen Kultur und Geisteskrankheiten. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. Referate II, 8, 1910.
46. Trenga, Sur les psychoses chez les juifs d'Algérie. Montpellier 1902.
47. Urstein, Ein Beitrag zur vergleichenden Psychiatrie. Zentralbl. für Nervenheilk. und Psych., 629, 1906.
48. Vorster, Ueber die Vererbung endogener Psychosen in Beziehung zur Klassifikation. Monatsschr. für Psych., 9, 1901.
49. Wassermann, Der Selbstmord unter den bayerischen Juden. Zeitschr. für Dermogr. und Stat. der Juden, 1906.
50. Westergaard, Prinzipien zur Theorie der Statistik. Leipzig 1901.
51. Witmer, Geisteskrankheit bei der farbigen Rasse in den Vereinigten Staaten. Allg. Zeitschr. für Psych., 1891.
52. Wilmanns, Karl, zit. nach Bumke. (7).
53. Wolff, zitiert nach Révész (36).

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes.

Begründet von Professor Dr. Konrad Alt in Uchtspringe (Altmark).

Herausgegeben von

Geh. Hofrat Prof. Dr. med. A. Hoche, Freiburg i. Br.

Abonnementspreis pro Band = 8 Hefte 8 Mark. — Es liegen bis jetzt 9 Bände abgeschlossen vor, der zehnte Band ist im Erscheinen. Jedes Heft ist auch einzeln käuflich.

Preisermäßigung: Bei Bezug der kompletten Serie tritt für die bereits abgeschlossenen Bände eine Ermäßigung des Preises auf M. 6,— pro Band ein.

Band I.

- Heft 1. Hoche, Prof. Dr., in Freiburg i. Br. Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Zweite Auflage. Einzelpreis M. 1,80.
„ 2/3 Ziehen, Prof. Dr. Th., in Berlin. Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis. Zweite Auflage. Einzelpreis M. 2,—.
„ 4. Kirchhoff, Professor Dr., in Schleswig. Neuere Ansichten über die örtlichen Grundlagen geistiger Störungen. Einzelpreis M. 1,—.
„ 5/6. Bruns, Prof. Dr. L., in Hannover. Die Hysterie im Kindesalter. Zweite Auflage. Einzelpreis M. 1,80.
„ 7. Windscheid, Professor Dr. Franz, in Leipzig. Die Diagnose und Therapie des Kopfschmerzes. Zweite Auflage. Einzelpreis M. 2,—.
„ 8. Hoche, Prof. Dr., in Freiburg i. Br. Ueber die leichteren Formen des periodischen Irreseins. Einzelpreis M. 1,40.

Band II.

- Heft 1. Arndt, Prof. Dr. Rud., in Greifswald. Was sind Geisteskrankheiten? Einzelpreis M. 1,50.
„ 2. Tillig, Direktor Dr. Th., in Rothenberg. Ueber alkoholische Paralyse und infektiöse Neuritis multiplex. Einzelpreis M. 0,80.
„ 3/4. Hoffmann, Dr. Aug., in Düsseldorf. Ueber die Anwendung der physikalischen Heilmethoden bei Nervenkrankheiten in der Praxis. Einzelpreis M. 2,40.
„ 5/6. Bratz, Dr., in Berlin. Die Behandlung der Trunksüchtigen unter dem Bürgerlichen Gesetzbuch. Einzelpreis M. 2,40.
„ 7/8. Alt, Prof. Dr. K., Uchtspringe. Ueber familiäre Irrenpflege. Einzelpreis M. 3,—.

Band III.

- Heft 1. Schultze, Dr. Ernst, Professor in Bonn. Die für die gerichtliche Psychiatrie wichtigsten Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs und der Novelle zur Civilprozessordnung. Einzelpreis M. 1,80.
„ 2. Arndt, Prof. Dr. Rud., in Greifswald. Wie sind Geisteskrankheiten zu werten? Einzelpreis M. 2,—.
„ 3. Müblius, Dr. P. J., in Leipzig. Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes. Zehnte Auflage. Mit Bildnis des Verfassers. Einzelpreis M. 1,60.
„ 4. Hoche, Prof. Dr. in Freiburg i. Br. Die Aufgaben des Arztes bei der Einweisung Geisteskranker in die Irrenanstalt. Einzelpreis M. 1,—.
„ 5. Trümmer, Dr. E., in Hamburg. Das Jugendirresein (Dementia praecox). Einzelpreis M. 1,—.
„ 6. Hoche, Prof. Dr., in Freiburg i. Br. Welche Gesichtspunkte hat der praktische Arzt als psychiatrischer Sachverständiger in strafrechtlichen Fragen besonders zu beachten? Einzelpreis M. 1,20.
„ 7. Weber, Dr. L. W., Prof. in Göttingen. Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. Einzelpreis M. 1,50.
„ 8. Oppenheim, Prof. Dr. H., in Berlin. Zur Prognose und Therapie der schweren Neurosen. Einzelpreis M. 1,50.

Band IV.

- Heft 1. Laquer, Dr. med. Leopold, in Frankfurt a. M. Ueber schwachsinnige Schulkinder. Einzelpreis M. 1,50.
„ 2. Hoche, Prof. Dr. A., Freiburg i. B. Die Grenzen der geistigen Gesundheit. Einzelpreis M. 0,80.
„ 3. Pfister, Prof. Dr. H., Freiburg i. Br. Die Anwendung von Beruhigungsmitteln bei Geisteskranken. Einzelpreis M. 1,20.
„ 4. Weill, Dr. Max, Stuttgart. Die operative Behandlung der Hirngeschwülste. Einzelpreis M. 0,60.
„ 5. Laquer, Dr. Bemus, Wiesbaden. Ueber Höhenkuren für Nervenleidende. Einzelpreis M. 0,60.
„ 6/7. Weygandt, Prof. Dr. W., Hamburg. Der heutige Stand der Lehre vom Kretinismus. Einzelpreis M. 2,40.
„ 8. Liepmann, Privatdozent Dr. H., Pankow b. Berlin. Ueber Ideenflucht. Einzelpreis M. 2,50.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Fortsetzung des Verzeichnisses von voriger Seite.

Band V.

- Heft 1. **Plek, Prof. Dr. A., Prag.** Ueber einige bedeutsame Psycho-Neurosen des Kindesalters. Einzelpreis M. 0,80.
„ 2/3. **Determann, Dr., St. Blasien.** Die Diagnose und die Allgemeinbehandlung der Frühzustände der Tabes dorsalis. Einzelpreis M. 2,50.
„ 4/5. **Hoennicke, Dr. Ernst, in Greifswald.** Ueber das Wesen der Osteomalacie und seine therapeutischen Consequenzen. Einzelpreis M. 2,—.
„ 6/8. **Heilbronner, Dr. K., in Utrecht.** Die strafrechtliche Begutachtung der Trinker. Einzelpreis M. 3,—.

Band VI.

- Heft 1. **Weygandt, Prof. Dr. W., in Hamburg.** Leicht abnorme Kinder. Einzelpreis M. 1,—.
„ 2/3. **Schreoder, Dr. P., in Breslau.** Ueber chronische Alkoholpsychosen. Einzelpreis M. 1,80.
„ 4/5. **Stransky, Dr. Erwin, in Wien.** Ueber Sprachverwirrtheit. Einzelpreis M. 2,80.
„ 6/7. **Weygandt, Professor Dr. W., Hamburg.** Ueber Idiotie. Einzelpreis M. 2,—.
„ 8. **Bumke, Privatdozent Dr., Freiburg i. B.** Was sind Zwangs-Vorgänge? Einzelpreis M. 1,80.

Band VII.

- Heft 1. **Aschaffenburg, Prof. Dr. G., in Köln.** Ueber die Stimmungsschwankungen der Epileptiker. Einzelpreis M. 1,60.
„ 2. **Meell, Prof. Dr. C., in Berlin.** Die in Preussen gültigen Bestimmungen über die Entlassung aus den Anstalten für Geisteskranke. Einzelpreis M. 1,20.
„ 3. **Nolda, Prof. Dr. med. A., in St. Moritz.** Ueber Indikationen der Hochgebirgskuren für Nervenkranken. Zweite Auflage. Einzelpreis M. 0,50.
„ 4. **Salgó, Privatdozent Dr. J., in Budapest.** Die forensische Bedeutung der sexuellen Perversität. Einzelpreis M. 1,20.
„ 5. **Laquer, Dr. med. Leopold, in Frankfurt a. M.** Der Warenhaus-Diebstahl. M. 1,—.
„ 6. **Bonhoeffer, Professor Dr. K., in Breslau.** Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Einzelpreis M. 1,60.
„ 7. **Voss, Dr. G. v., in Greifswald.** Der Hypnotismus, sein Wesen, seine Handhabung und Bedeutung für den praktischen Arzt. Einzelpreis M. 1,20.
„ 8. **Hoche, Prof. Dr. A., in Freiburg i. B.** Notwendige Reformen der Unfallversicherungsgesetze. Einzelpreis M. 0,75.

Band VIII.

- Heft 1. **Wilmanns, Privatdoz. Dr. K., in Heidelberg.** Ueber Gefängnispsychosen. Einzelpreis M. 1,20.
„ 2/4. **Wieg-Wickenthal, Dr., Ordinarius a. d. n.-5. Landesanstalt am Steinhof in Wien.** Zur Klinik der Dementia praecox. Einzelpreis M. 3,—.
„ 5. **Steyerthal, Dr. A., in Kleinen.** Was ist Hysterie? Eine nosologische Betrachtung. Einzelpreis M. 1,80.
„ 6. **Heller, Dr. phil. Theod., in Wien.** Schwachsinnigenforschung, Fürsorgeerziehung und Heilpädagogik. Einzelpreis M. 1,—.
„ 7. **Haymann, Dr. H., in Freiburg i. B.** Kinderaussagen. Einzelpreis M. 1,—.
„ 8. **Plek, Prof. Dr. A., in Prag.** Initialerscheinungen der zerebralen Arteriosklerose und kritische Erörterung ihrer Pathogenese. Einzelpreis M. 0,75.

Band IX.

- Heft 1. **Schultze, Prof. Dr. E., in Greifswald.** Der Kampf um die Rente und der Selbstmord in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes. Einzelpreis M. 1,80.
„ 2. **Gierlich, Dr. med. Nic., Nervenarzt, in Wiesbaden.** Symptomatologie und Differentialdiagnose der Erkrankungen in der hinteren Schädelgrube. Einzelpreis M. 1,10.
„ 3. **Bethge, W., Halle a. S.** Der Einfluß geistiger Arbeit auf den Körper unter besonderer Berücksichtigung der Ermüdungserscheinungen. Einzelpreis M. 5,70.
„ 4. **Mugdan, Dr. Franz, Freiburg i. B.** Periodizität und periodische Geistesstörungen. Einzelpreis M. 3,—.
„ 5/7. **Laquer, Sanitätsrat Dr. Leop., Nervenarzt in Frankfurt a. M.** Die Heilbarkeit nervöser Unfallsfolgen. Einzelpreis M. 2,50.
„ 8. **Laquer, Sanitätsrat Dr. B., Wiesbaden.** Die Grossstadt-Arbeit und ihre Hygiene. Einzelpreis M. 1,—.

Die Sammlung wird fortgesetzt.

Zu beziehen durch jede Buchhandlung oder direkt vom Verlage.

Spezielle
Prognose der Geisteskrankheiten.

Von

Dr. Wern. H. Becker, Oberarzt
an der Landesirrenanstalt Weilmünster in Nassau.



Halle a. S.
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
1913.

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von
Direktor Prof. Dr. Konrad Alt,
Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die
Bedürfnisse des praktischen Arztes unter ständiger Mitwirkung

der Herren Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Anton in Halle, Prof.
Dr. Aschaffenburg in Köln, Geheim. Med.-Rat Prof. Dr. Binswanger
in Jena, Prof. Dr. Bruns in Hannover, Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr.
Goldscheider in Berlin, Professor und Direktor Dr. Kirchhoff in
Schleswig, Geh. Med.-Rat Dr. Krömer in Conradstein, Sanitätsrat Dr.
Laquer in Frankfurt a. M., Medizinalrat Dr. Mayser in Hildburg-
hausen, Med.-Rat Dr. Näcke in Hubertusburg, Prof. Dr. Oppenheim
in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Direktor Dr. H. Schlob in Wien,
Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau,
Prof. Dr. Schultze in Göttingen, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauen-
burg, Geh. Med.-Rat Dr. von Strümpell in Leipzig, Geh. Med.-Rat
Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien,
Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg
i. Gr., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen in Wiesbaden

herausgegeben von
Prof. Dr. A. Hoche,
Freiburg i. Br.

Band X, Heft 3.

Spezielle Prognose der Geisteskrankheiten.

Von

Dr. Wern. H. Becker, Oberarzt an der Landesirrenanstalt
Weilmünster in Nassau.

Einleitung.

In der Psychiatrie spielt die richtige Erkenntnis der Prognose eine weitaus größere Rolle als in jeder anderen Disziplin der medizinischen Wissenschaft. Denn die gutachtliche Tätigkeit des Irrenarztes erfordert schon oft von ihm eine entscheidende Stellungnahme zu einer Zeit, wo noch nicht einmal die Diagnose eine einwandfreie Exaktheit gestattet. Und das Votum des Psychiaters, aufgebaut auf prognostischen Erwägungen, hat meist die einschneidenden Fragen der ferneren Geschäftsfähigkeit, der Haftfähigkeit, der Strafvollzugsfähigkeit des Kranken, seine eventuelle Exkulpierung, seine Ehescheidung und seine Dauerinternierung zu entscheiden, Gutachten, die bezüglich ihrer in das Einzel- und in das Familienleben von so tief eingreifender Bedeutung sind, daß die Prognosestellung an Wichtigkeit der Therapie gleichzukommen scheint.

Eine Zusammenstellung der Prognose der einzelnen psychiatrischen Krankheitsbilder findet sich meines Wissens in der Literatur bislang noch nicht; im folgenden soll der Versuch dazu gemacht werden, und zwar rein klinisch, ohne die Fragen der forensischen Psychiatrie anzuschneiden. Leider türmt sich da dauernd eine Schwierigkeit auf, dadurch hervorgerufen, daß die psychiatrischen Krankheitsbezeichnungen in

den einzelnen Schulen variieren. Es besteht deshalb die Notwendigkeit, sich mit seinem Leserkreis darüber auseinanderzusetzen, wieweit man die einzelnen Krankheitsbegriffe auszudehnen gedenkt, wo man große und wo kleine Gruppen annimmt und weshalb man vielleicht rückständig erscheinen muß, wenn man im Interesse des vorliegenden Themas von Krankheitsbildern spricht, die viele moderne Psychiater als Erkrankungen *sui generis* zu perhorreszieren sich gewöhnt haben. Es ist nicht beabsichtigt, die am ersten Sitzungsmorgen des diesjährigen Irrenärztekongresses eingehend ventilierten Streitfragen der Nomenklatur abermals aufzurollen. Aber es wird mir jeder Einsichtige zugeben müssen, daß es äußerst wenig fruchtbringend werden würde, wollte man z. B. die verschiedenen Formen des manisch-depressiven Irreseins hier einheitlich bezüglich ihrer Prognose behandeln. Es käme doch wieder darauf hinaus, daß man eine manische Phase, ein melancholisches Zustandsbild, eine sehr bald und rasch als zirkulär oder periodisch erkannt werdende oder gar eine paranoide Form einzeln bespräche. Deshalb habe ich es für richtig gehalten, hier noch an der Manie und Melancholie älterer Autoren festzuhalten. Anders steht es mit der *Dementia praecox*. Ihre Existenz mit den drei Unterabteilungen, heutzutage auch wohl überall als selbständiges Krankheitsbild anerkannt, kann auch in unser Thema als eine wichtige Gruppe eingereiht werden, nur muß die *Dementia paranoides* eine kleine Untergruppe bilden und darf nicht zu viel von der größeren Paranoiagruppe in sich verschlingen. All' das unbeschadet der Verdienste Kraepelins, die wir — uns lediglich der Prognose zuwendend — besonders bei den senilen Geistesstörungen zu würdigen lernen werden.

Bezüglich der Einteilung habe ich mich im großen und ganzen an die Aschaffenburgs angelehnt, wie er sie in seinem im Erscheinen begriffenen „Handbuch der Psychiatrie“ aufgestellt hat, und unterscheide mit ihm

- I. endogene Psychosen,
- II. exogene Psychosen,
- III. organische Erkrankungen.

Die Unterabteilungen variieren etwas von denen Aschaf-

fenburgs und seiner Mitarbeiter, die sich, wie ich wohl annehmen darf, mit ihm für solidarisch durch die gemeinsame Bearbeitung des freudig allerseits zu begrüßenden Handbuchs erklärt haben. Insbesondere habe ich die Grenzgebiete der Psychiatrie (Neurasthenie, Hysterie, traumatische Neurose, Psychopathie u. a.) ganz fortgelassen; denn sie eignen sich, offen bekannt, wenig zur Besprechung durch den praktischen Irrenarzt und, wie das im folgenden nämlich beabsichtigt ist, für die praktischen Irrenärzte. Leiter von Nervenheilstätten, praktisch tätige Neurologen u. a. sind berufen zur Bearbeitung dieses Spezialgebiets. Und die Paralyse habe ich den exogenen Psychosen zugerechnet, wozu wir doch m. E. ein gutes Recht haben, seitdem wir mit Sicherheit wissen, daß das Eindringen luischen Giftes lediglich für das Zustandekommen der Paralyse ätiologisch zu beschuldigen ist. Die Geistesstörungen bei Hirntumor sind prognostisch unmöglich einheitlich zusammenzufassen; Sitz, Art und Größe des Tumors spielen hier eine so gewichtige Rolle, daß sie ziemlich allein die Prognose bedingen, letztere somit fast ganz allein von der Grundkrankheit abhängt; diese Psychosenart hat deshalb im folgenden wieder keine weitere Besprechung erfahren.

I.

Manie und Melancholie.

Die Prognose der Manie ist quoad Dauerheilung ungünstig, besonders wenn man in ihr lediglich das manische Stadium des manisch-depressiven Irreseins sieht und die Wiederholung eines manischen Anfalls damit — vorausgesetzt, daß der Patient ihn erlebt — für unausbleiblich erklärt. Mag nun Kraepelin mit dieser seiner Auffassung recht haben oder Ziehen, der nur von einer Neigung der Manie zum Rezidivieren spricht, jedenfalls ist die Prognose günstig, wenn man den manischen Anfall als abgeschlossene Krankheit für sich zu betrachten geneigt und gewohnt ist. Denn es tritt meist eine völlige restitutio ad integrum des Geistes ein, so daß, wie Weygandt hervorhebt, der frühere Patient wieder vollauf lebensstüchtig wird und geistig hochstehende Leistungen, selbst Entdeckungen liefern kann. In neun Zehntel aller Fälle

scheint die Heilung sich zu vollziehen. Rechtzeitige Verbringung in eine Irrenanstalt, wo die Wogen des heutigen Kulturlebens den ruhelosen Trieb zu einer enormen Fülle von körperlichen und vor allen Dingen geistigen Leistungen nicht immer wieder anspornen, sondern Einförmigkeit, Abgeschlossenheit und die sanft auferzwungene Ruhe im Verein mit geeigneten Medikamenten das krankhaft gesteigerte Selbstgefühl eher zum Schwinden zu bringen geeignet sind, kürzt den Verlauf entschieden ab. Als prognostisch ungünstige Zeichen gelten mit Recht sowohl plötzliches Einsetzen wie auch plötzliches Aufhören der manischen Erregungsphase; auch Bildungen von Wahnideen pflegen von ungünstiger Vorbedeutung zu sein. Erstrecht infaust wird natürlich die Prognose der Manie, wenn sie auf der Grundlage der zunächst noch verschleierte Katonie, Paranoia oder Paralyse erwächst und also streng genommen nur ein einstweilen das Krankheitsbild beherrschendes Symptom einer anderen Psychose darstellt. Nur quoad vitam bleibt die Manie fast immer günstig, Todesfälle infolge Erschöpfung oder mittelbar damit zusammenhängender interkurrender Erkrankungen werden äußerst selten beobachtet. Wie steht es nun aber mit den Rezidiven? — Die Prägung des Terminus technicus „periodische Manie“ und die beabsichtigte Einreihung in das manisch-depressive Irresein deuten schon darauf hin, daß viele Patienten — ja, die meisten! — im Laufe der Jahre wieder rückfällig werden. Waren bei der ersten Attacke erfahrungsgemäß ätiologisch gewisse Momente zu beschuldigen, wie z. B. Alkoholexzesse, sexuelle oder Generationsvorgänge u. a., so wird man durch Veranlassung zum Eintritt in einen Abstinenzlerverein, durch Prohibitivmaßnahmen gegen weitere Konzeptionen usw. die Prognose quoad recidivum vielleicht zu verbessern vermögen.*) Sonst sind wir machtlos, können aber im allgemeinen annehmen, daß ein neuer Anfall, was Zeitdauer und Schwere betrifft, ähnlich verlaufen wird wie der frühere. Manchmal beobachtet man, daß

*) Allerdings muß ich bei dieser Gelegenheit darauf hinweisen, daß artefizieller Abort nach dem heutigen Stande der Wissenschaft durch die Gefahr des Wiederausbruchs der Manie oder durch ihren bereits diagnostizierbaren Wiederausbruch als nicht genügend begründet gilt.

die Intervalle immer kürzer werden. Es gibt in Anstalten Patienten, bei denen nur noch einige Tage dazwischen liegen. Dennoch kommen auch da wieder jahrelange Pausen unerwarteterweise dazwischen, so daß nach jahrelanger Anstaltspflege doch noch die Frage der Entlassung „nach stattgehabter Genesung“ ärztlicherseits ernstlich erwogen werden kann. Von Bestand pflegt dann auch diese Genesung nicht zu sein. Auch leidet unter jahrelangen und nur kurze Pause gestattenden manischen Zuständen das geistige Kapital des Patienten schließlich doch, zumal wenn das Lebensalter ein höheres ist, man sogar schon von Senium sprechen kann. Je älter das Individuum, desto deutlicher nach häufigen Manieattacken der Schwachsinn. — Man achte auch darauf, ob die freien Intervalle etwa nur vorgetäuscht werden, in Wirklichkeit depressive melancholische Stadien darstellen. Solche zirkuläre Formen des Irreseins haben eine recht infauste Prognose. Zwar weniger quoad vitam, auch noch nicht so sehr quoad intelligentiam, aber bezüglich des ethischen Niveaus ist im Laufe der Jahre fast immer ein erhebliches, vielfach zu Ehescheidung, Entmündigung, dauerndem Anstaltsaufenthalt usw. führendes Sinken zu bemerken. Die Fälle, welche in reguläre sekundäre Demenz übergehen, machen nach Ziehen ca. 10 Prozent aus. Häufig vermischen sich im späteren Lebensalter die Phasen, es entsteht eine chronische Gemütskrankung nach der manischen oder der depressiven Seite hin, oft von remittierendem resp. intermittierendem Charakter. — Gerade so verlaufen zirkuläre und periodische Formen, die mit einem melancholischen Stadium begannen und uns damit eine Melancholie vortäuschten. Die echte Melancholie aber hat doch eine etwas andere Prognose als die echte Manie.

Von dem eingangs erwähnten Kraepelinschen Standpunkt der Negierung einer Melancholie als selbständiger Erkrankung abgesehen, muß man immerhin die Prognose der melancholischen Attacke als günstig bezeichnen, wenn auch nicht so günstig wie die der manischen. Gehen wir hierbei wieder von den Fällen aus, welche uns als Melancholiker erstmalig in Behandlung kommen. Ob hier die erste Phase des manisch-depressiven Irreseins vorliegt, kann man erst katam-

nestisch entscheiden, aber ich mache mit Ziehen einen grundlegenden Unterschied zwischen zirkulären Formen und Rezidiven, obgleich, wie ich oben erwähnt habe, diese Unterschiede sich oft bei längerer Dauer der Erkrankung verwischen. Wie sollen wir nun diesen Unterschied a priori erkennen? — Ein paar Anhaltspunkte gibt es glücklicherweise dafür; Publikum und Richter verlangen ja auch von uns eine gutachtliche prognostische Äußerung im Beginn der Erkrankung, nicht erst katamnestisch. Die Zeitdauer des melancholischen Anfalls schwankt nämlich zwischen einigen Monaten und mehreren Jahren. Kraepelin äußerte sich 1896 in der heute noch vielgeschätzten 5. Auflage seines Lehrbuchs: „Von meinen Kranken fanden nur 32 Proz. volle Genesung; außerdem wurden allerdings noch 23 Proz. soweit gebessert, daß sie in ihre Familie zurückkehren und selbst bis zu einem gewissen Grade ihre frühere Beschäftigung wieder aufnehmen konnten.“

Cramer hat berechnet, daß der Prozentsatz des Ausgangs in Genesung und der des Ausgangs in Schwachsinn ungefähr der gleiche sei; der Ausgang in Paranoia (siehe unten) sei selten. Mendel schätzt die Zahl der Heilungen bei Melancholia typica auf etwa 60 Proz. Westphal macht — vielleicht nicht mit Unrecht — einen Unterschied zwischen jugendlicher Melancholie und der der höheren Altersstufen, „deren Aussichten auf Heilung sich von Jahrzehnt zu Jahrzehnt zu verschlechtern scheinen“. Ziehen ist der Ansicht, daß sich in fast 90 Proz. aller Fälle von typischer Melancholie Heilung erzielen lasse. Der auffallende Unterschied in der Kasuistik der einzelnen Autoren erklärt sich vielleicht dadurch, daß viele solche Mischfälle, d. h. Fälle, die mit einem melancholieartigen Zustand beginnen und dann in eine andere Psychose übergehen, gar nicht mehr der Melancholie zurechnen. Ich neige mehr der Ansicht zu, daß man im Interesse der Übersichtlichkeit, die bei den großen Krankheitsgruppen leicht verloren geht, lieber eine Komplikation, also das Hinzutreten einer zweiten Psychose annehmen soll. Mag man nun die zweite, in einer Anzahl von Melancholiefällen hinzutretende Krankheit nennen, wie man sie will — einige

Autoren nennen Katatonie die Form, in die die Melancholie leicht überginge, andere bezeichnen die Paranoia als solche —, immer bleibt meines Erachtens die Präexistenz einer Melancholie die Hauptsache*). — Die Verschiedenheit der Statistiken quoad Heilung rührt vielleicht zweitens auch daher, daß nach einer Melancholie so leichte Schwachsinngrade oder ethische Defekte zurückgeblieben sind, wie sie der eine noch in die Breite des Gesunden, der andere in die der sekundären Demenz rechnet. Auch fällt noch ins Gewicht, daß manche Autoren noch die ungünstigen Fälle mit zur Melancholie rechnen, die bei Greisen und Greisinnen unter einem ähnlichen Krankheitsbilde verlaufen — oft innerhalb weniger Wochen tödlich! ich sah kürzlich noch zwei solcher Fälle —, und die andern Autoren entweder als senile Paranoia bezeichnen oder direkt der Dementia senilis zuzählen (siehe S. 35). — Westphal gibt uns dann noch einige prognostische Fingerzeige für die Melancholie und nennt als günstige Vorboten das Wiederauftreten der während der Krankheit ausgebliebenen Menses und allmähliches stetiges Steigen des Körpergewichts ohne die Anzeichen psychischer Schwäche, als ungünstige lebhaften Beziehungswahn und sehr unsinnige Wahnvorstellungen. — Einen Ausgang habe ich bislang unerwähnt gelassen, das ist der tödliche. In wenigen Fällen sehen wir durch ständig gebeugte Haltung, Nahrungsverweigerung, Schlaflosigkeit u. dergl. sich Tuberkulose oder andere Inanitionskrankheiten entwickeln, die dann den Exitus letalis herbeiführen. Solcher Verlauf ist aber glücklicherweise ein recht seltener. Mehr auf der Hut sein müssen wir vor dem Fall des Suizids. Wenn man sich allerdings zur Regel macht, daß jeder Melancholiker, ganz gleichgültig, welchen Standpunkt er bei gesunder Psyche vorher gegenüber dem Tod durch eigene Hand zu vertreten pflegte, als höchst selbstmordverdächtig anzusehen ist, deshalb Tag und Nacht unter strenger Beobachtung stehen muß, und daß

*) In der „Berliner klinischen Wochenschrift“ habe ich zur Illustration kürzlich einen Fall publiziert, der erst mehrere Attacken von ziemlich typischer Melancholie, dann die drei Stadien der Katatonie, der Paranoia und der terminalen Dementia secundaria in instruktivster Weise durchlaufen hat.

diese Überwachung, von ganz wenigen Ausnahmefällen günstiger häuslicher Verhältnisse abgesehen, nur in einer geschlossenen Anstalt möglich ist, dann ist dieser Ausgang durchweg zu vermeiden, während außerhalb der Anstalten mindestens die Hälfte aller Melancholiker ihrem Leben durch Selbstentleibung ein Ende machen würde. Hier ist eine hochwichtige und vornehme Aufgabe den Anstaltspsychiatern gestellt, die zu erfüllen mindestens ebenso oft das Wort von der Ohnmacht der Irrenheilkunde zuschanden zu machen imstande ist, wie dasselbe von Spöttern und Uneingeweihten ausgesprochen wird. Von treuer Pflichterfüllung des Psychiaters, zu der ich auch eingehende Instruktion des Personals und sorgfältige Überwachung aller Hauseinrichtungen rechne, hängt es also ab, ob die Prognose der Melancholie so günstig gestellt werden kann, daß diese Selbstmordfälle aus der Statistik ausgeschaltet werden können. — Sofern es sich um rezidivierende Melancholie handelt, kann man sich ziemlich nach der Zeitdauer und Schwere des ersten Anfalls richten; meist fallen nachfolgende Anfälle etwas schwerer und, wie Weygandt hervorhebt, abwechslungsreicher aus. Besonders gefährdet sind zur Melancholie neigende Individuen nach psychischen Traumen, nach Fall oder Stoß auf den Kopf u. dergl.; weibliche, welche an sich schon ein größeres Kontingent zur Melancholie stellen, in der Schwangerschaft, im Wochenbett, in der Säugezeit, im Klimakterium, ja auch nach Verlobung und Heirat.

Die typischen Formen des manisch-depressiven oder besser gesagt manisch-melancholischen Irreseins geben, wie bereits oben im einzelnen hervorgehoben, eine quoad Heilung durchaus ungünstige Prognose, wenn sie auch die Lebensdauer kaum beeinflussen.

Paranoia.

Wer heutzutage über die Prognose der Paranoia schreibt, gerät leicht in den Verdacht der Rückständigkeit; denn die Krankheit, welche früher in psychiatrischen Lehrbüchern einen so breiten Raum einnahm, umfaßt zwar bei einigen Autoren auch heute noch eine große Zahl von Krankheitsbildern, ist aber bei vielen auf ein Minimum reduziert, ja einige Kraepelin-

schüler scheinen sie aus ihrem Psychosenschema nunmehr mit Stumpf und Stiel ausgerottet zu haben. Dennoch soll in folgendem aber doch noch einmal eine große Krankheitsgruppe zur Besprechung gelangen, die in München und anderswo theils der Dementia praecox paranoides, theils dem manisch-depressiven Irresein zugerechnet wird, welches letzterem in Erlangen ja auch gar der Querulantenwahn zugeteilt worden ist. Es seien also hier bezüglich ihrer Prognose zusammengefaßt die großen Gruppen halluzinatorischer und nicht-halluzinatorischer, akuter und chronischer, auf mannigfachster Grundlage erwachsener Verrücktheit, wie sie etwa Ziehen noch in der neuesten Auflage seines Lehrbuchs wieder beschrieben hat.

Die Paranoia, deren Kardinalsymptom bekanntlich die mit oder ohne Sinnestäuschungen entstehenden Wahnideen bilden, mit der Neigung, die letzteren zu einem System auszubauen, hat meist eine ernste Prognose. Im Gegensatz zu vielen Infektionskrankheiten, die, wie z. B. Puerperalfieber, desto bedenklicher zu sein pflegen, je rascher sie sich zur vollen Höhe entwickeln, ist die Paranoia prognostisch desto günstiger, je rascher sie zu geistiger Umnachtung ansteigt und je schneller ihr Beginn ist. In solchen Fällen sehen wir oft die stürmisch eingesetzt habenden Symptome langsam aber stetig abklingen, das Bewußtsein sich mehr aufhellen und eine völlige restitutio ad integrum bereits nach einigen Wochen — auffallend schnell jedenfalls für eine psychische Erkrankung — eintreten. Dies hat die akute Paranoia mit dem akuten Delirium gemein, mit der halluzinatorischen akuten Verwirrtheit, mit der sie auch sonst viel Ähnlichkeit hat; Siemerlings Ansicht, daß es zwischen beiden Erkrankungen zweifellose Übergangsformen gäbe, hat sicher viel für sich. Bezüglich der Neigung zum Rezidivieren sagt derselbe Autor, es sei eine Wiederholung in periodischen Anfällen ein verhältnismäßig seltenes Vorkommnis. Demgegenüber meint Ziehen, daß Rezidive — oft schon nach ganz kurzem Zwischenraum — sehr häufig seien. Ich theile mehr die letztere Ansicht, zumal wenn man die transitorisch verlaufenden akuten Paranoien, wie sie sich auf dem Boden von Paralyse, Dementia senilis, Epilepsie und Hysterie entwickeln, mitrechnet, wie Siemerling das offenbar auch

tut. Besonders bei Epileptikern sah ich öfter eine Wiederkehr solcher rasch verlaufenden Verrücktheitsstadien, über deren Zugehörigkeit zur Paranoia man ja allerdings geteilter Ansicht sein kann. — Leider geht ein kleiner Prozentsatz in dem ersten stürmischen Stadium durch Selbstmord zugrunde. Der Kranke begeht den Suizid nach E. Mendel „aus Furcht vor Geisteskrankheit oder weil er die Qualen nicht länger ertragen kann“, die die rasche und stürmische Verrückung des Ichstandpunktes offenbar für die Seele mit sich bringt. Und wenn genannter Autor beim akuten Delirium etwa 5 bis 10 Proz. Todesfälle durch Selbstmord herausrechnet, so möchte ich die gleiche Zahl für die akute Paranoia annehmen, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß durch konsequente schleunige Überführung in eine geschlossene Anstalt dieser Prozentsatz noch zu verringern ist.

Ein Teil der akuten Paranoia geht in die chronische über, die aber auch originär und kaum merklich, langsam sich entwickeln kann. Von dieser Paranoia chronica geheilt zu werden, ist ein recht seltenes Vorkommnis; ich selbst erinnere mich nicht, je eine Heilung beobachtet zu haben. Ziehen sagt, daß solche Spätheilungen dann möglich sind, wenn sie sich an eine schwere körperliche Erkrankung (Typhus, Erysipel) oder — noch seltener — an ein schweres Trauma oder eine schwere Gehirnerschütterung anschließen. Ich selber habe, obwohl ich schon viele chronische Paranoiker an Erysipel und mehr noch an Typhus erkranken sah, solche Heilungen nie beobachtet im Gegensatz zu jugendlichen Dementia praecox-Kranken, die ich öfter genesen oder eine daran schließende langdauernde Remission durchmachen sah.

Dagegen sind Remissionen und Stillstände auch bei der Paranoia chronica häufiger beobachtet worden. In einer länger dauernden Remission lernen die Kranken auch meistens, ihre Ideen zu dissimulieren. Da die Intelligenz meist wenig gelitten hat, so kommt in solchem Falle sogar vereinzelt die Entlassung aus der Anstalt in Frage. Der Arzt wird hier zwei Punkte sorgsam zu erwägen haben: 1. Kommt der Kranke in geordnete familiäre Verhältnisse, wo er gut beobachtet und bei dem höchst wahrscheinlich über kurz oder lang sich er-

eignenden Wiederausbruch seiner Ideen baldmöglichst in die Anstalt zurückgebracht wird? — 2. Ist die gemütliche Abstumpfung, der ethische Defekt, der bekanntlich bei Paranoia chronica die Intelligenzstörungen zu überwiegen pflegt, noch so gering, daß Gemeingefährlichkeit ausgeschlossen erscheint?

Meist aber ist der chronische Paranoiker dazu verurteilt, dauernd Anstaltsinsasse zu bleiben. Er gehört dann gewöhnlich zu den nützlicheren, besonders wenn die Anstaltsleitung hierauf ständig ihr Augenmerk richtet. Sehr treffend sagt Krafft-Ebing in seinem Lehrbuch: „Diese Verfolgten, Helden, Götter und Majestäten des Irrenhauses bleiben oft bis an ihr Lebensende geschätzte Professionisten und Feldarbeiter des Asyls, das für sie zur zweiten Heimat geworden ist, um so mehr, als die Wahnideen allmählich verblasen, die Halluzinationen seltener werden und beide ihre affekterregende Wirkung einbüßen.“ — In der Tat bringt man manchmal nach langer Zeit noch Kranke dazu, trotz Fortbestehens ihrer Größenideen, sich zur Arbeit zu bequemen und ein nützliches Glied der Anstalt zu werden. Ich kannte eine „Päpstin“, welche 7 bis 8 Jahre lang den, der die Zumutung, für die Anstalt etwas zu arbeiten, an sie richtete, stets sofort zu Zuchthaus oder Hinrichtung verurteilte, bis sie plötzlich anlässlich einer Verlegung in eine andere Abteilung eine der fleißigsten Näherinnen wurde.

Über senile Paranoia siehe Seite 36.

Nicht ohne Einfluß auf die Prognose ist die Therapie; ihrer sei deshalb noch mit ein paar Worten gedacht. Ich erwähnte bereits die meist notwendige Anstaltsbehandlung, schon damit nicht aus dem Verfolgten der gemeingefährliche Verfolger wird. In der Anstalt spielt die psychische Behandlung der Beruhigung neben etwaigen Sedativis die Hauptrolle. Ablenkung durch geeignete Beschäftigung ist das souveräne psychische Beruhigungsmittel. Auch wird innerhalb der geschlossenen Anstalt der Versuch, den Kranken sich dort möglichst frei bewegen zu lassen (no restraint-System in weitem Maße) sich gerade bei der chronischen Paranoia oft lohnen und die Prognose verbessern. In dem akuten stürmischen Stadium hat sich die Bettruhe und das ganze Arsenal physika-

lischer und chemischer Beruhigungsmittel noch immer am besten prognostisch bewährt. Bei erblich unbelasteten Individuen wird man im allgemeinen etwas mehr erreichen als bei belasteten.

Der akuten Paranoia steht klinisch, mehr aber noch speziell prognostisch sehr nahe sowohl die akute halluzinatorische Verworrenheit mancher Autoren als auch die von Meynert inaugurierte Amentia. Letztere beide scheinen etwas längere Zeit bis zur Restitutio nötig zu haben, aber auch wohl kaum länger als ein Jahr. Insofern wäre die Prognose ziemlich gleich günstig, denn Übergang in einen demenzartigen Zustand ist auch hier ein seltenes Vorkommnis. Dagegen erscheint das Leben etwas gefährdeter als bei der akuten Paranoia zu sein, indem Kollaps oder andere interkurrierende Ereignisse entsprechend der Ätiologie ein wenig häufiger vorkommen.

II.

Die auf Alkohol- (Morphin-, Cocain- usw.) Mißbrauch beruhenden Psychosen.

Die akute Alkoholvergiftung — die bis zur Bewußtlosigkeit getriebene Trunkenheit geht ja oft den Psychiater an — hat bekanntlich eine durchaus gute Prognose. Das geben selbst abstinenz-fanatistische Koryphäen der medizinischen Wissenschaft halb und halb zu, indem sie die chronische Vergiftung mit kleinen aber regelmäßigen, täglichen Dosen um so mehr verurteilen. Letzteres vielleicht nicht mit Unrecht, wenngleich behauptet werden muß, daß bezüglich der kleinsten Dosen und bezüglich der Verallgemeinerung auf alle Individuen eine gewisse Übertreibung im verflossenen Dezennium Platz gegriffen hat. Vom psychiatrischen Standpunkt aus aber ist die akute Trunkenheit als Einzelfall als prognostisch günstig für die Psyche zu betrachten; das beweisen uns ja vor allem die Anstalten, welche abends und nachts viele solche Fälle aufnehmen, dieselben am andern Morgen als „geheilt“ entlassen und diese „Erkrankungen“ dann in ihrer Jahresstatistik voll mitzählen. Sie erreichen die sonst durchschnittliche Zahl der 30 Proz. von Psychosenheilungen nicht nur leicht, sondern pflegen dieselbe noch wesentlich zu erhöhen.

Die Prognose verschlechtert sich nun aber, wenn die Trunkenheit durch Alkoholexzesse oft wiederkehrt, d. h. wenn der Alkoholmißbrauch chronisch geworden ist. Bei vorher psychisch intakten Individuen wird man auch hier noch durch ein- bis zweijährige, unter Umständen gar noch kürzer dauernde Abstinenz, die allerdings in einer geschlossenen Anstalt stattfinden muß, wenn Garantien zu leisten sind, einen Geisteszustand erreichen, der dem normalen fast gleichkommt und jedenfalls noch in die Breite des Gesunden zu rechnen ist. Das Individuum ist dann von seiner Trunksucht geheilt. Abermaliger und wiederholter, durch die äußeren Umstände (Schankwirtschaft, Weinreisendenberuf usw.) herbeigeführter Trunksuchtszustand kann dann aber schließlich zu einem Zustand führen, den wir Alkoholdegeneration nennen und der sich durch mehr oder minder erheblichen Defekt der Ethik und der Intelligenz kennzeichnet, um schließlich aus sozialen Rücksichten dauernden Anstaltsaufenthalt zu erheischen. Leichter wird dieser Zustand erreicht durch psychopathische Veranlassung irgendwelcher Art, z. B. Imbezillität, Neurasthenie usw., hier kann schon ein relativ kurze Zeit fortgesetzter Alkoholmißbrauch Zustände der erwähnten Art schaffen, die die Patienten zu Dauerinsassen der Irrenanstalt machen. Je größer also der Defekt an moralischem Fühlen und an Intelligenz, desto schwerer die Möglichkeit, den Patienten wieder in die Freiheit zu schicken.

Nun gibt es dann noch subakute Fälle, die auf der Grenze zwischen akutem und chronischem Alkoholmißbrauch stehen und die den Psychiater besonders interessieren, weil hier die Kennzeichen psychischer Degeneration mehr in den Hintergrund gedrängt werden durch Erregungszustände und paranoide Stadien, die wir gewohnt sind einerseits als „Delirium tremens“, andererseits als „Eifersuchtswahn der Trinker“ zu bezeichnen.

Das Delirium tremens, meist den chronischen und exzessiven Schnapstrinkern eigen, hätte an sich eine leidlich gute Prognose, wenn die Pneumonie nicht wie ein Damoklesschwert über dem Haupt eines jeden Deliranten schweben würde. Die Säuerpneumonie hat bekanntlich meist eine üble Prognose,

einerlei ob die Pneumonie oder das Delirium tremens das Primäre war. Sekundär ist das Delirium tremens auch hier und da bei bestehenden anderen fieberhaften Erkrankungen beobachtet worden. Bezüglich der Prognose scheidet man deshalb praktisch mit Magnan ein fieberhaftes und fieberloses Delirium tremens, denn letzteres hat eine günstige, ersteres eine ungünstige Prognose. Neuere Erfahrungen haben gelehrt, daß, wenn es dem Therapeuten gelungen ist, den Deliranten in einen festen Schlaf zu versetzen und sei es auch nur für einige Stunden — in letzter Zeit ist in dieser Beziehung die Veronal-darreichung verschiedentlich gelobt worden —, damit der Patient meist die Krisis überwunden hat. Denn das Delirium tremens endet, von wenigen atypischen Fällen abgesehen, stets nach 2 bis 5, meist nach 3 bis 4 Tagen kritisch mit dem tiefen Schlaf. Letal endigt es bei sorgsamer Anstaltsbehandlung in Deutschland nach dem Durchschnitt der Statistiken der einzelnen Autoren nur noch in etwa 10 Proz. aller Fälle. Die übrigen 90 Proz. gehen in Heilung über, eine Heilung, die allerdings Ziehen immer als eine Defektheilung angesehen wissen will. Wichtig ist, daß, je stärker die körperlichen Symptome hervortreten (Krämpfe, Muskelzuckungen, Ataxie, Zusammenschrecken, Augenmuskelstörungen, tiefe Beeinträchtigung des Lagegefühls), desto ungünstiger die Prognose (Kraepelin). Bei dem niedrigen Mortalitätsprozentsatz, den Pilcz, Ganser u. a. angeben, sind wahrscheinlich die Pneumoniedelirien nicht mitgerechnet.

Eine ungünstigere Prognose hat der „Eifersuchtswahn der Trinker“, die akute Alkoholparanoia. Zwar kann nach lange Zeit durchgeführter Totalabstinenz Heilung eintreten, auch droht nicht so unmittelbar die Todesgefahr, wie beim Delirium tremens. Aber der Übergang in chronische Paranoia ist erstens eine Möglichkeit des ungünstigen Ausgangs quoad sanationem. Zweitens werden diese Patienten erfahrungsgemäß sehr oft rückfällig, indem sie von der wieder versöhnten Frau meist zu früh und mit dem einzigen schwachen Halt des gegebenen Versprechens, nie wieder einen Tropfen Alkohol genießen zu wollen, wieder aus der Anstalt geholt werden. Solche Leute sehen wir immer wieder in die Anstalt zurück-

kehren und schließlich als Anstaltsinsassen ihr Leben beschließen.

Viel Segen stiften hier die Abstinenzlervereine. Es ist durchaus zweckentsprechend, jeden Deliranten und jeden akuten Alkoholparanoiker nach seiner Heilung und Entlassung einem Abstinenzlerverein (Blaues Kreuz, Guttemplerorden usw.) direkt zur Fürsorge zu empfehlen, wie dies z. B. Delbrück in Bremen tut. Quoad recidivum wird erfahrungsgemäß die Prognose hierdurch erheblich besser gestaltet.

Ein sehr geringer Teil der Deliranten, ein größerer der akuten Alkoholparanoiker geht nun in die chronische Alkoholdegeneration über, die allerdings sich auch primär, schleichend entwickeln kann, manchmal auch auf dem Boden der angeborenen Imbezillität erwächst. Zu dieser chronischen Alkoholdegeneration rechne ich auch die sogen. Alkoholparalyse, die Alkoholepilepsie, den alkoholischen Korsakow und einige Fälle von Dipsomanie. Die übrigen Dipsomanen sind nach Gaupp Epileptiker; nach Pappenheims neuesten Forschungen gehören sie in das Gebiet der Konstitutionsanomalien. Was Pappenheim dann weiter sagt von der Prognose der Dipsomanie, nämlich daß dieselbe im wesentlichen von dem Habitualzustand der leidenden Persönlichkeit und den äußeren Verhältnissen abhinge, unter welchen Patient lebe, gilt auch von der übrigen alkoholischen Degeneration, zu der ich also hier aus rein praktischen Gründen die Dipsomanie ganz mit hinzurechne, obwohl ich mir bewußt bin, daß sie rein klinisch genommen nur zum Teil dazu gehört.

Der Potator, dessen vielleicht schon vorher nicht ganz intakte Psyche durch die Trinkexzesse — vielleicht in einem circulus vitiosus — immer mehr leidet und ihn zu einem fortschreitend unsozialeren Individuum macht, wird immer wieder der Anstalt zugeführt und es erfordert schon die öffentliche Sicherheit oder das Wohl der Familie oder das immer mehr schwindende Vermögen des Patienten, daß endlich seitens des Anstaltsleiters die Versuche, den Trinker wieder in die Freiheit zu lassen, für einige Zeit aufgesteckt werden. Hier hat die moderne Psychiatrie sich gewöhnt, einen ununterbrochenen Anstaltsaufenthalt von 2 bis 3 Jahren für unumgänglich zu

erachten. Nach Ablauf dieses Zeitraumes ist ein Teil geistig so defekt geblieben, daß allein dadurch die Entlassung ausgeschlossen erscheint. Ein anderer Teil wäre vielleicht entlassungsfähig, die Psyche weist nur noch leichte Defekte auf, aber die äußeren Verhältnisse warnen gebieterisch vor einem nochmaligen Versuch. Das letzte — sagen wir Drittel endlich, kann noch einmal hinauszuschicken versucht werden. Aber ohne recht günstige äußere Umstände kehren erfahrungsgemäß auch diese, soweit der Schnitter Tod sie nicht über kurz oder lang als willkommene leicht faßbare Beute dahinfliehet, wieder in die Anstalt zurück. Jeder Fürsorgebund für entlassene Geisteskranke sollte deshalb einen ständigen Konnex mit einem Abstinenzlerverein, dessen segensreiches Wirken oben bereits erwähnt, unterhalten.

Bei der Morphiumsucht sind es zwei Zustände, die den Psychiater angehen: 1. das Morphiumabstinenzdelirium und 2. die Morphiumkachexie (Cramer). Im ersteren Falle versuche man ohne Morphium den Patienten über die Krisis hinwegzuhelfen und hat bei noch einige Zeit fortdauernder Möglichkeit der strengen Überwachung eine durchaus gute Prognose. Bei der ausgesprochenen Kachexie ist die Prognose um so schlechter. Eine Regeneration der Psyche ist trotz jahrelanger Dauerabstinenz meist nicht zu erlangen und erfordert allein deshalb schon dauernden Anstaltsaufenthalt. Dazu kommt noch infolge dauernden Tiefstandes des sittlichen Niveaus ein beständiges Neigen zum Rezidivieren des Morphinismus, eine Gefahr, die übrigens auch bei jeder Morphiumabstinenz, die der Psychiater in Behandlung bekommt, eine recht hohe und stets zu berücksichtigende ist.

Ebenso groß ist die Rezidivgefahr beim Kokainismus. Die psychischen Störungen, wie sie der chronische Kokainmißbrauch im Gefolge hat, insbesondere die Wahnbildung, können die therapeutisch streng durchgeführte Abstinenz noch viele Wochen, ja Monate über dauern (Pilcz), wenn auch Abstinenzdelirien rascher abklingen. Man hat sich gewöhnt, in Lehrbüchern immer noch dem Kokainismus ein eigenes Kapitel zu widmen, wahrscheinlich veranlaßt durch Übernahme aus früheren Jahrgängen. Die heutige Flut von neuen Narkotizis

auf dem Schlafmittelmarkt hat aber die verschiedenartigsten „Suchten“ kreierte — ich erinnere nur an den Veronalismus —, die an Bedeutung dem Kokainismus sicher nicht nachstehen. Die Symptomatologie ist noch nicht genügend erforscht. Es scheint aber, daß, je heroischer ein Narkotikum wirkt, desto gefährlicher sein chronischer Abusus den ethischen Fähigkeiten zu werden pflegt, und diese ethischen Defekte scheinen sich, einmal entstanden, nur unvollkommen zu regenerieren.

Andere Intoxikationspsychosen.

Atropin, Chloroform, Hyoszin, Jodoform und andere Gifte des Zentralnervensystems schaffen die bekannten Einengungen bzw. Aufhebungen des Bewußtseins, die man unter Berücksichtigung sonstiger psychotischer Symptome, wie man sie gelegentlich beobachtet, als kurzdauernde Psychosen auffassen kann. Diese Vergiftungen haben das Gemeinsame, daß sie bei höheren Dosen rasch zum Tode, bei therapeutischen, kleineren Dosen aber eine rasche Wiederkehr des Bewußtseins bringen. Etwas länger pflegt aus naheliegenden Gründen die Ptomainvergiftung anzudauern, bleibt aber für die Psyche noch meist günstig. Anders die Vergiftungen mit Kohlenoxyd. Hier haben wir stets mit der Möglichkeit einer psychotischen Späterkrankung zu rechnen. Nach Sibelius, der bis jetzt noch kaum widerlegt worden ist, soll höheres Alter mit Gefäßsklerose besonders prädisponieren. Wenn die ersten schweren Bewußtseinsstrübungen nach einigen Tagen wieder geschwunden sind, soll man sogar bei solchen Leuten eine Nachpsychose ziemlich sicher erwarten können. Auch bei jüngeren Individuen besteht immer die Gefahr der geistigen Erkrankung nach anfänglicher Wiederaufhellung des Bewußtseins, dabei ist die Prognose quoad sanationem wegen der schweren, pathologisch-anatomisch nachweisbaren Veränderungen am nervösen Gewebe und am Hirngefäßsystem stets ernst, wenn auch bei jüngeren Individuen quoad vitam günstig. Ältere Leute und Arteriosklerotiker aber gelangen in der Psychose, die als Altersdemenz imponiert, meist schon nach Wochen oder Monaten ad exitum. Soweit die akuten Intoxikationspsychosen.

Von den Psychosen infolger chronischer Giftwirkung ver-

dienen nun noch Erwähnung der Saturnismus, Merkurialismus und Nikotinismus. Von den beiden ersten kann man wohl sagen, daß einmal erfolgte Schädigungen des Zerebrums, wie sie sich in Epilepsie, Angstzuständen usw. äußern, kaum noch der Rückbildung fähig sind. Vielmehr scheint die Bleiepilepsie genau dieselbe ungünstige Prognose zu haben wie die genuine Epilepsie, deren Krampfanfälle ja nach Gowers u. a. bedeutenden Epilepsiekennern genau mit denen der Epilepsia saturnina übereinstimmen. Auch die aus unserer Anstalt vor einigen Jahren von Frotscher publizierte Fälle von Bleiepilepsie zeigen diese mangelnde Tendenz zur Heilung oder Besserung, denn die drei Überlebenden sind heute noch Anstaltsinsassen. Metallische Gifte, die sich im Zerebrum ansiedeln, scheinen dort stationär zu bleiben, wie auch Quecksilber oft genug im Gehirn Sezierter nachgewiesen wurde. Da dürfen wir von der Prognose nicht viel Günstiges erwarten. Wir Ärzte müssen da unser Hauptaugenmerk auf die Prophylaxe richten und bereits die ersten Intoxikationserscheinungen mit völligem Ausschalten der Giftzufuhr beantworten. Da haben wir noch Chancen zur Wiederherstellung der Gesundheit. Wieweit Nikotinpsychosen besserungsfähig sind, steht das Urteil noch nicht fest, weil man sich erst in jüngster Zeit eingehender mit der Wirkung des Nikotins auf das Zentralnervensystem beschäftigt hat. Jedenfalls ist hier aber das Wirken des Arztes besonders dankbar, denn der Laie kennt Nikotinschädigungen noch viel weniger, und es soll Leute gegeben haben, die trotz beginnender Erblindung lustig weiter rauchten. Vielleicht vermag auch nach ausgebrochener reiner Nikotinpsychose Totalabstinenz die Prognose noch günstig zu gestalten. Durch Analogisieren mit den Nikotinschädigungen der peripheren Nerven ist vielleicht dieser Schluß erlaubt.

Zu den Intoxikationspsychosen gehören sodann wegen der angenommenen Autoinfektion von den Genitalien aus die Generationspsychosen des Weibes. Am bekanntesten ist die Melancholie der Graviden, deren Prognose sich insofern von der einfachen Melancholie unterscheidet, als die Beendigung der Geburt oft einen heilenden Einfluß auszuüben scheint, so daß sogar Jolly u. a. in der Graviditätsmelancholie

eine Indikation zum artefiziellen Abort sahen, eine Ansicht, welche heute nicht mehr allgemeine Gültigkeit hat; nur bei schweren Phobien gesteht man nach Raecke noch die Berechtigung zu dem geburtshilflichen Eingriff zu. Die Graviditätsmanie ist meist leicht und hat eine gute Prognose. Katatonie hält Raecke im Gegensatz zu Anton für ein durchaus nicht seltenes Krankheitsbild in der Gravidität. „Je akuter der Beginn, je stärker die Erregung und der Affekt erscheinen, je mehr sich also das Krankheitsbild der Amentia nähert, desto günstiger ist in der Regel der Verlauf. Etwa in einem Viertel der Fälle wird eine Heilung im praktischen Sinn erzielt. Allein wir sehen nicht selten, daß anfänglich erreichte weitgehende Remissionen später von frischen Krankheitsschüben abgelöst werden, die dann schließlich in hoffnungslose Verblödung überführen können“. Der Verlauf der an Eklampsie sich anschließenden Psychosen ist meist ein kurzdauernder und der Ausgang meist ein günstiger (Anton). Von den Wochenbettpsychosen haben auch die melancholischen und katatonen Krankheitsbilder eine weniger gute, die akuten und rasch auftretenden Verwirrtheits- oder Verrücktheitszustände eine recht gute Prognose; allerdings kommt Melancholie hier viel seltener vor als in der Gravidität. So hat auch die typische Amentia hier noch eine günstige Prognose. Von den Laktationspsychosen scheint frühes Erkranken die Prognose zu bessern. Wenigstens sah Rippling unter 21 im 2. und 3. Monat nach der Entbindung Erkrankten zwei Drittel genesen, von 14 im 4. und 5. Monat Erkrankten nur 42 Prozent und von 12 noch später Erkrankten gar keine Genesene.

Ähnlich liegen die prognostischen Verhältnisse bei den Geistesstörungen, die am häufigsten den Abdominaltyphus, weniger oft den fieberhaften Gelenkrheumatismus und die Influenza, noch seltener die Pneumonie, Pleuritis, Phthisis pulmonum, Malaria, Pocken, Rubellen, Masern, Scharlach, Diphtherie, Erysipel, Pertussis, Parotitis epidemica, Cholera, Dysenterie, Lepra, Lyssa, Gonorrhoe, Ergotinismus, Skorbut, Pellagra, Beriberi begleiten (Siemerling). Diese durch Bakteriengifte erzeugten Psychosen sind klinisch meist als Delirium acutum anzusprechen; es kommen aber auch hier wieder

paranoide und katatone Symptomenkomplexe vor. Sehen wir ab von den 50 Prozent aller Fälle, die letal verlaufen infolge der schweren Allgemeininfektion, und den paar Prozent, die dem Suizid zum Opfer fallen, was bei dem schnell und heftig auftretenden Delirium nicht immer rechtzeitig gehindert wird, so ist die Prognose günstig; die durch das Krankheitsgift affizierte Psyche regeneriert sich sehr oft völlig, jedenfalls öfter als sonst durchschnittlich bei Psychosen. Und je mehr gegen Ende der Krankheit oder wenn gar nach Überstehen der körperlichen Krankheit die Psychose ausbricht, desto mehr hat sie das Gepräge der uns auch sonst bekannten Geisteskrankheiten und so auch mit diesen die Prognose gemein. Einige fernere prognostische Winke entnehme ich dann noch den Forschungen Siemerlings. Vereinzelt kann die Psychose die ursprünglich fieberhafte Erkrankung um viele Monate bis Jahre überdauern, besonders bei der Pneumonie. Auch kann es vorkommen, daß eine vereinzelte Sinnestäuschung bestehen bleibt resp. sich zu einer Wahnidee bildet und erst langsam sich ausgleicht. Zuweilen kommt ein remittierender Verlauf vor. Störungen der Motilität, der Sprache, welche das Bild der Paralyse vortäuschen, sind nicht ungünstig. — Immer aber müssen wir andererseits noch bedenken, daß es bei allen Intoxikationspsychosen geistige Erkrankungen wiederum von überaus kurzer Dauer gibt, oft nur nach Tagen oder gar Stunden bemessen — meist dem Fieverlauf entsprechend —, eine Erscheinung, die wir sonst in der Psychiatrie nicht kennen.

Die Korsakoffsche Psychose

gehört auch zu den Intoxikationspsychosen. Ätiologisch ist am häufigsten der Alkoholismus, aber auch hier und da irgend eine andere toxische Schädlichkeit zu beschuldigen. Da der Korsakoff ein so wohlumschriebenes Krankheitsbild abgibt, sei er anhangsweise in diesem Kapitel noch monographisch mit ein paar Worten besprochen. Seine Prognose ist ungünstig. Nach Pilcz ist nicht einmal die Prognose quoad vitam unbedingt günstig, da Todesfälle im ersten akuten Stadium mehrfach beobachtet wurden. Die neuritischen Veränderungen pflegen bei Abstinenz von dem ursächlichen Gifte im Laufe

der Behandlung allmählich zu schwinden, aber als weniger generationsfähig erweist sich wieder die Psyche. Die Merkfähigkeit kehrt, wenn überhaupt, erst später und unvollkommener wieder. Selten wird ein Korsakoffkranker wieder entlassungsfähig, noch seltener wieder geschäftsfähig. Desto häufiger ist der Übergang in aussichtslose Verblödung.

Die progressive Paralyse

ist von allen Geisteskrankheiten bezl. Ätiologie, pathologischer Anatomie, Symptomatologie usw. am meisten durchforscht und bekannt. Deshalb sind neuerdings auch schon einzelne therapeutische Erfolge bekannt geworden, und bei einigem Optimismus dürfen wir vielleicht von einer gewissen Abhängigkeit der Prognose von der Therapie sprechen oder wenigstens von der Zukunft erwarten. Es muß deshalb im folgenden bei der Prognose die Therapie hier und da gestreift werden.

Trotz der epochemachenden Erfindung des Salvarsans, auf das offenbar anfänglich zu große Hoffnungen gesetzt worden sind, ist man sich heutzutage zumeist darin einig, daß eine energische Hg- und Jodkalikur, so frühzeitig wie möglich angewandt, den Verlauf der Paralyse mildern bzw. unter Umständen sogar kupieren kann. Ich spreche absichtlich hier von „kupieren“, nicht von „heilen“, denn meist handelt es sich nur um eine länger dauernde Remission. Eine Remission ist anscheinend alles, was wir nach dem heutigen Stande der Wissenschaft erreichen können. Die auch bei nicht behandelten Paralytikern auftretenden Remissionen pflegen bei geeigneter Behandlung besonders tief und langdauernd zu sein. Als solche geeignete Therapie möchte ich hier auf Grund der Verhandlungen des letzten Psychiaterkongresses zu Kiel die Injektionen von Tuberkulin und die von nukleinsaurem Natron nennen: außerdem kommen vielleicht noch Robertsons Antiserum und die kombinierte Behandlung mit Salvarsan und Nukleogen in Betracht. Die beiden erstgenannten Mittel bezwecken Hyperthermie und Hyperleukozythose, Zustände, welche bekanntlich auch spontan gern Remissionen bewirken. Am meisten pflegen dies erfahrungsgemäß diffuse Eiterungen zu tun. Allerdings wirkt nicht jede Bazilleninvasion günstig.

Typhus abdominalis wirkt z. B. auf diese Psychose gar nicht ein; in zwei Fällen, die ich miterlebte, schien er mir noch dazu das Ende zu beschleunigen. Staphylokokken und Streptokokken haben sich als weit wirksamer erwiesen, so daß ja sogar das berüchtigte Haarseilziehen sich einstmals einen Platz in dem Register der Paralysebehandlungsmethoden erobern konnte.

Die Paralyse dauert ein bis drei bis fünf und noch mehr Jahre, durchschnittlich ca. 28 Monate; bei erblich Belasteten soll sie im allgemeinen nach Kraepelin etwas langsamer verlaufen. Es scheint, als wenn die Fälle des protrahierten Verlaufs sich im letzten Dezennium gemehrt haben. Hieran ist vielleicht eine gewisse Gewöhnung breiter Volksmassen an das syphilitische Virus schuld, vielleicht aber auch die moderne spezifische und symptomatische Behandlungsmethode. Ich sah bereits Paralysen von etwa 10jähriger Dauer. Hier hatten mehrjährige Remissionen den endlichen letalen Ausgang unerwartet lange hinausgeschoben. Andere Autoren beobachteten noch längeren Verlauf; Joachim meint, daß in neuerer Zeit auch die Anfälle seltener und die Remissionen häufiger geworden wären. Bekommt man einen Kranken mit auffallend langer Spontanremission in Behandlung, so ist es vielleicht ratsam: *Quieta non movere!* — Und Spontanremissionen sind, wie bereits gesagt, gar nicht so selten. Schröder hat nachgewiesen, daß Remissionen sich gern an akute Verschlimmerungen anschließen, wie sie Anfälle, Erregungszustände und dergl. darstellen. Ähnliche Auffassung hat Stransky, der den zu deliranten Zuständen neigenden Paralysen eine günstige Prognose zuspricht. Hiermit ist auch gut Ziehens Beobachtung in Einklang zu bringen, der in allen seinen drei Fällen von „Heilung“ „Exaltation mit maßlosen Größenideen“ vorhergehen sah.

Ziehen hat auch berechnet, daß etwa ein Viertel aller Fälle im paralytischen Anfall zugrunde geht. Hier heißt es also beizeiten und heroisch eingreifen, denn auf der einen Seite winkt der Tod, auf der andern die Remission. Was die mittelbaren Todesursachen (Schluckpneumonien, Septikämie, eitrige aufsteigende Entzündung des Urogenitalapparats, Tuberkulose usw.) anlangt, so pflegen dieselben durch geeignete

Anstaltsbehandlung vielfach verhindert bzw. hinausgeschoben zu werden; im Endstadium ist oft alle Therapie umsonst, und deshalb auch solch ein Zwischenfall unvermeidbar. Im ersten Stadium besteht bei manchen Fällen depressiven Charakters Selbstmordgefahr, der wieder am besten durch Aufenthalt in einer geschlossenen Anstalt vorgebeugt wird. Hat der Paralytiker alle diese Fährnisse trotz unaufhaltsam progredienter Natur seiner Erkrankung glücklich überwunden, so stirbt er schließlich, nach ständiger Gewichtsabnahme nach Art des Phthisikers, an dem paralytischen Marasmus. Das Gewicht ist hierbei, je nach Körpergröße und Knochenbau, auf 30 bis 40 kg gesunken; einmal sah ich auch eine voll entwickelte, mit 15 Jahren erkrankte, 150 cm große Jugendparalytikerin neun Tage vor ihrem Tode nur noch 26,5 kg wiegen.

Die galoppierende Paralyse durchläuft alle Stadien viel rascher, ist jeglicher Therapie unzugänglicher, zeigt kaum Remissionen und endigt binnen weniger Monate letal.

Es ist die Behauptung aufgestellt worden, daß unbehandelte Luetiker eine prognostisch ungünstiger verlaufende Paralyse bekämen; die Frage bedarf noch sehr der Klärung.

III.

Imbezillität, Idiotie, Kretinismus, Myxödem.

Die Prognose des angeborenen und in frühester Jugend erworbenen Schwachsinn, den wir, wo es sich um leichtere Grade: Imbezillität, wo es sich um schwerere Grade handelt: Idiotie zu nennen pflegen, wird häufig für absolut infaust quoad sanitatem, also als nicht besserungsfähig angesehen. Diese Ansicht weiter ärztlicher Kreise bedarf der Rektifizierung. „An die Spitze“, sagt Ziehen, „muß der Satz gestellt werden, daß es keinen Fall des angeborenen Schwachsinn gibt, einerlei ob Idiotie, Imbezillität oder Debilität, welcher als absolut besserungsunfähig oder gar als erziehungsunfähig bezeichnet werden könnte.“ Dieser Grundsatz gilt vor allem für die Fälle, welche auf eine bestimmte, spezifischer ärztlicher Therapie zugängliche Ursache zurückzuführen sind, so besonders die auf Kretinismus, Lues und Rachitis beruhenden Fälle. Allerdings gehört dazu eine geeignete Behandlung, und wenn

Kellner behauptet, mancher Idiotenanstaltsarzt begnüge sich damit, die Zöglinge an den interkurrenten Erkrankungen zu behandeln und im übrigen sie ihrem Schicksal zu überlassen, so muß ihm — die Wahrheit dieses Vorwurfs vorausgesetzt — weiter recht gegeben werden, wenn er hier manche Gelegenheit, den Kranken und der Wissenschaft zu nützen, für versäumt erklärt. Gewiß hat der Arzt manchen Einfluß auf die Prognose. Am schönsten sind die Erfolge der Therapie thyreogener Imbezillität bei geeigneter Behandlung mit Schilddrüsenpräparaten. Auch dieluetische Imbezillität, rechtzeitig spezifisch behandelt, gibt noch eine relativ gute Prognose, sogar quoad Heilung. Diagnostisch sind diese Fälle schwerer erkennbar, als die durch ihre Lipomatose so charakteristisch hervortretenden myxödematösen Fälle; sie scheinen aber recht häufig zu sein. Die Wassermannsche Reaktion muß hier helfen. Lippmann hat sogar die Frage angeschnitten, ob man nicht jede Idiotie möglichst frühzeitig einer antisiphilitischen Behandlung unterwerfen solle. Auch die Rachitisbehandlung bessert die Prognose einschlägiger Imbezillitätsfälle manchmal erheblich. Ebenso hat man großen Einfluß auf den Verlauf des Kretinismus, wenn man in frühester Jugend für Entfernung aus Gegenden, wo die Endemie herrscht, Sorge trägt. Dadurch soll man selbst dann noch völlige geistige Gesundung zu erreichen vermögen, wenn bereits die ersten Zeichen des Kretinismus der Diagnose zugänglich geworden sind. Auch später ist mit Schilddrüsenpräparaten noch viel zu erzielen. Weniger der Behandlung zugänglich und prognostisch ungünstiger sind die Mongoloiden, Hydrozephalen, Mikrozephalen, Akromegalen und ähnliche Fälle. Zwar scheint die Chirurgie hier manchmal der Psychiatrie zuhelfen zu kommen, aber der wirklich gebesserten Fälle sind doch wenig. Am ungünstigsten scheinen die Fälle zu verlaufen, welche schon in frühester Jugend mit häufigen epileptischen Krämpfen einhergehen; hier sehen wir, wie Hoche hervorhebt, oft ein rasches fortschreitendes Sinken des geistigen Niveaus. Nicht ganz so infaust, aber doch noch recht bedenklich sind die Fälle, welche mit halbseitigen oder paraplegischen Lähmungen einhergehen.

Die Prognose quoad vitam ist bei der Imbezillität durchaus günstig; nur bei sehr tiefstehenden Idioten ist auch da Gefahr vorhanden. Besonders gefährdet scheint die amaurotische familiäre Idiotie zu sein, von der ein großer Teil nach Spielmeyer an Tuberkulose eingeht; die anderen schreiten allmählich „bis zu den höchsten Graden der Verblödung und Hilflosigkeit“ (Kraepelin) fort, bis der Tod sie von ihrem Menschen unähnlichen und unwürdigen Dasein erlöst. Denn Idioten werden selten alt, wie Weygandt mit Recht sagt. Irgend eine interkurrente Erkrankung — die Tuberkulose z. B. wurde schon erwähnt — setzt, auch innerhalb der Anstalt, dem Leben des nicht bildungsfähigen und therapeutisch nicht beeinflussbaren Idioten meist ein vorzeitiges Ziel. Der Arzt muß auch im Auge behalten, daß die Pubertät, die beim Idioten so oft trotz sichtbarer Behandlungserfolge einen traurigen Rückschlag hervorruft, selbst die Prognose der Imbezillität manchmal wieder ungünstiger gestaltet. Die Bildungsfähigkeit zeigt dann plötzlich wieder eine deutliche Abnahme. Erregungszustände stellen sich ein, man spricht von heboider Erkrankung. In schweren Fällen sehen wir sogar das Bild der voll ausgebildeten Hebephrenie, wir nennen das dann eine Pfropfhebephrenie. Während letztere zumeist mit geistigem Siechtum endet, kann die heboide Form noch wieder zurückgehen.

Unter den Imbezillen sind bislang die moralisch Schwachsinnigen vom Gros der Ärzte als die prognostisch ungünstigsten angesehen worden. Doch sind wiederholt Autoren aufgetreten, die auch da von „Heilung“ berichten. Pachantoni z. B. veröffentlichte unlängst noch fünf solcher Fälle, von denen er drei als geheilt und zwei als gebessert ansieht. Allerdings bestreitet genannter Autor die Zugehörigkeit der „moral insanity“, der er seine Fälle zurechnet, zur Imbezillität. Doch ist diese Ansicht nicht die der meisten deutschen Psychiater. Wir erblicken in der „moral insanity“ eine Unterart der Imbecillitas congenita.*)

*) Soweit moralische Einsichtslosigkeit nicht in das Gebiet der Imbezillität gehört, d. h. keine weiteren Anzeichen geistigen, intel-

Der Vollständigkeit halber muß hier noch erwähnt werden, was E. Mendel bezl. des Hinzutretens anderer Psychosen zur Imbezillität lehrt, nämlich daß Paranoia sich zuweilen auf imbeziller Basis entwickelt, daß aber Paralyse nur in seltenen Fällen bei Imbezillen auftritt. Es entzieht sich meinem Urteil, wieweit diese Regel Gültigkeit hat.

Epileptische Psychosen.

Die Epilepsie geht nur dann den Psychiater an, wenn Verwirrungszustände, Absenzen, psychische Äquivalente oder epileptische Degenerationen der Psyche seine Begutachtung oder seine Hilfe erheischen. Man muß sich aber vergegenwärtigen, daß jede Epilepsie Seelenstörungen im Gefolge haben kann.

Bei der Prognose haben wir wieder zu unterscheiden: quoad vitam, quoad sanationem und quoad dementiam.

Quoad vitam ist zu bemerken, daß erstens der Status epilepticus stets eine Lebensgefahr bedeutet, die manchmal trotz raschem und tatkräftigem Einschreiten des Arztes nicht abgewandt werden kann. Zweitens bildet jeder Anfall eine wenn auch weitaus geringere Gefahr; es kann nämlich durch unglückliches Fallen (ins Wasser, ins Feuer, eine Böschung hinunter usw.) auch der einzelne Anfall lebensgefährlich werden. Hier sind naturgemäß die Epileptiker besser daran und in diesem Punkt prognostisch günstiger zu beurteilen wenn sie das Nahen des Anfalls merken und sich noch rasch in geeignete Lage bringen können. Auch das Erstickten, wenn der Anfall beim Essen kommt, dürfte hier für den angehenden Irrenarzt noch besonders hervorzuheben sein. Ferner ist das Leben des Epileptikers gefährdet im Dämmerzustand (planloses Umherirren in Winternächten; schwere Selbstverstümmelung ist auch hier und da beobachtet worden, wie ich einmal einen Epileptiker sich sein Skrotum fast vollständig abreißen sah). Auch können langdauernde Verwirrungszustände be-

lektuellen Defektes aufweist, steht sie außerhalb der Psychiatrie und wird verbrecherischer Hang, kriminelle Neigung usw. genannt. Auch ihre Prognose ist, wie jeder Strafrichter weiß, eine recht ungünstige, vielleicht noch um eine Nuance ungünstiger als die ethische Imbezillität.

denklich werden, wenn sie mit ständiger Gewichtsabnahme einhergehen und so einen günstigen Boden schaffen für den Ausbruch einer interkurrenten Erkrankung. Endlich können paranoide Äquivalente unter besonderen Umständen eine Suizidgefahr mit sich bringen. Über die Lebensdauer der dement gewordenen Epileptiker siehe unten.

Quoad sanationem ist die Prognose im allgemeinen trübe, da der progressive Charakter der Epilepsie nun einmal vorherrscht; er ist nicht so ausgeprägt wie beim Karzinom, aber doch etwa wie bei der Paralyse, der Lungenschwindsucht u. a. Vereinzelt sind Heilungen berichtet worden, sei es spontan, sei es durch zweckmäßige Therapie. Am prognostisch günstigsten bezl. der Heilung scheinen die Fälle zu verlaufen, welche mit relativ seltenen Anfällen medikamentös und vor allen Dingen diätetisch von vornherein in sorgfältige ärztliche Überwachung und Behandlung genommen werden. Unter Umständen gelangen auch die Fälle zur Heilung, welche frühzeitig von einem Neurologen bezl. eines Herdes diagnostiziert und dann vom Chirurgen trepaniert werden. Ich sah vor einer Reihe von Jahren einen Erdarbeiter im Status epilepticus nach bereits eingetretener deutlicher Demenz sterben. Ein Betriebsunfall hatte eine Kopfverletzung mit nachfolgender Epilepsie verursacht, die Chirurgische Universitätsklinik zu G. hatte begutachtet, daß die Epilepsie wahrscheinlich durch Trepanation zu heilen wäre, der Patient hatte die Operation verweigert und starb in der angegebenen Weise zwei Jahre später. --- Günstig ist noch die Prognose bei aufluetischer Basis ausbrechender Epilepsie, die sich der spezifischen Therapie als zugänglich erweist.

Quoad dementiam bilden die letzterwähnten Fälle von chirurgischer Natur (sogen. Jacksonscher Epilepsie) oder von Hirnsyphilis wieder eine relativ gute Prognose, wenn in geeigneter Weise therapeutisch eingegriffen wird; sonst verfallen auch sie der zunehmenden Demenz. Die genuine Epilepsie hat die ausgesprochene Tendenz, in Demenz überzugehen, und zwar scheint sich die Progredienz der letzteren nach der Zahl und Schwere der Anfälle oder ihrer Äquivalente zu richten. Analog dem häufigsten Epilepsieverlauf der erst seltener,

später häufiger und endlich bezl. der Frequenz ziemlich konstant bleibenden Anfälle pflegt die Demenz erst langsam, dann rasch, dann wieder langsamer fortzuschreiten. Nur vereinzelte Epilepsiefälle mit ungeheuer seltenen Anfällen oder Äquivalenten scheinen von der Demenz verschont zu bleiben, wie man ja z. B. Cäsar und Napoleon, neuerdings auch Paulus ein Epilepsieleiden nachgesagt hat. Die typische epileptische Charakteränderung ist fast immer angedeutet; manchmal steht sie, manchmal der Intelligenzdefekt mehr im Vordergrund. Prognostisch lassen sich für diesen Punkt keinerlei Regeln aufstellen.

Einer der besten Epilepsiekenner der Jetztzeit, G o w e r s, gibt noch folgende Regeln, die ich hier noch wiedergeben möchte. Die Prognose gestaltet sich bei männlichen Individuen etwas besser als bei weiblichen. Beginn vor dem 20. Lebensjahr ist prognostisch ungünstiger als Einsetzen der Epilepsie nach dem 20. Lebensjahr. Je länger die Epilepsie besteht, desto ungünstiger wird die Prognose. Die Prognose ist bei denen etwas günstiger, die nur im Wachen oder im Schlafe Anfälle bekommen, als bei denen, die sowohl im Wachen wie im Schlaf Anfälle haben. Je größer die Intervalle zwischen den schweren Anfällen, desto günstiger die Prognose, und am ungünstigsten ist letztere in Fällen mit täglichen Insulten.

Endlich möchte ich hier noch den jüngst verstorbenen C r a m e r zitieren, der in dem mit B r u n s und Z i e h e n zusammen geschriebenen Handbuch sagt: „Im allgemeinen kann man sagen, daß die Prognose der organischen Epilepsie ungünstiger ist als die der genuinen Epilepsie . . .“ Das trifft zweifellos für Kinder und für inoperable Herde zu. Anders aber, wenn beim Erwachsenen im voll ausgebildeten Hirn ein neurologisch bezüglich seines Sitzes diagnostizierbarer und operabler oder ein spezifischer Therapie zugänglicher Herd sitzt. Hier verschiebt sich die Prognose doch augenscheinlich wieder zu ungunsten der genuinen Epilepsie.

Dementia praecox.

In der Einleitung ist bereits angedeutet worden, daß von den Unterabteilungen der Dementia praecox besonders die Dementia

paranoides bald als eine äußerst seltene, bald als eine häufige Erkrankung von den Autoren aufgefaßt wird. Aber auch bezl. Katatonie und Hebephrenie herrscht keine einheitliche Diagnostik. Wir stoßen hier also, wenn wir die Prognose der Dementia praecox betrachten wollen, auf dieselben Schwierigkeiten, die wir bereits bei der Paranoia, in geringerem Maße auch bei Manie und Melancholie kennen lernten. Diese Hindernisse, die sich einer einheitlichen Auffassung und Beschreibung der Krankheit und somit auch ihrer Prognose entgegenstellen, wachsen ins Ungeheure, wenn man sich klar macht, daß gerade prognostische Rücksichten viele Autoren veranlaßt, eine Sonderstellung einzunehmen*); und wie man früher, als die diagnostischen Hilfsmittel in der inneren Medizin noch geringer waren, die Diagnose einer Meningitis tuberculosa z. B. wieder umstieß, wenn man katamnestisch die völlige Heilung beobachtete, gibt es auch Psychiater, die „geheilten“ Fällen von Dementia praecox das größte Mißtrauen entgegenbringen und diese Fälle lieber anderswo zu rubrizieren geneigt sind.

In dankenswerter Weise hat der Deutsche Verein für Psychiatrie im Jahre 1908 auf seiner Berliner Tagung über das Thema diskutiert. Halten wir uns zunächst an die dort aufgestellten Thesen. Bleuler, der den Begriff der Dementia praecox recht weit faßt, indem weder die Dementia noch die Praecocitas als notwendige Erscheinungen postuliert werden, führt als prognostisch ungünstige Symptome an: Überwiegen der schizophrenen Symptome bei Mangel akuter Erscheinungen; Verlust der geistigen Regsamkeit und gemütliche Stumpfheit ohne Benommenheit und andere akute Symptome; Schwinden des Negativismus ohne Besserung der gemütlichen Ansprechbarkeit; Erhöhung des Körpergewichts ohne psychische Besserung; Erkrankung in früher Jugend, während Erkrankungen

*) So z. B. schreibt R. Sommer: Nach meiner Erfahrung beruht die scheinbare Heilbarkeit des primären Schwachsinn (Dementia praecox) in der weitüberwiegenden Zahl der Fälle auf Fehldiagnosen, indem andersartige Prozesse fälschlich für primären Schwachsinn gehalten und die Besserungen oder Heilungen als eine mögliche Verlaufsart des primären Schwachsinn aufgefaßt werden.

nach dem 30. Lebensjahre um einige Prozent besser wegkommen; chronisch oder nachträglich in den Vordergrund tretender katatoner Symptomenkomplex. Auffallend günstig pflegt hingegen ausgesprochene und andauernde Katalepsie zu verlaufen; ebenso eine Gruppe der paranoiden Demenz, die stürmisch sich entwickelt, dem Kranken — insbesondere dem in reiferem Lebensalter stehenden — aber dabei eine gewisse Wahrung seiner Haltung läßt.

In einem Sechstel aller Fälle von Dementia praecox sah E. Meyer Heilung eintreten. Dauerheilungen wurden fast allseitig als äußerst selten bezeichnet; auch hielt der Begriff „Heilung“ wissenschaftlicher Nachuntersuchung meist nicht stand. Speziell die Katatonie wies nach Raecke 16, und wenn der Heilungsbegriff weitergefaßt wurde, 27 Prozent Heilungen auf. Kraepelin hatte für die Katatonie 13 Prozent herausgerechnet, Meyer kam zu dem Resultat, daß ein Fünftel bis ein Viertel der Fälle mit Heilung verliefen. Wenn so schon die Katatonie sich aus der Dementia praecox-Gruppe prognostisch vorteilhaft heraushob, so ist andererseits auch noch als auffallend zu bezeichnen, daß ein paranoider Beginn mit Sinnestäuschungen und Beziehungswahn ohne Desorientierung eine besonders gute Prognose gab; Raecke zählte 47 Prozent.

Ausgehend von diesen Resultaten der damaligen Verhandlung muß man nun berücksichtigen, daß die Psychiatrie — wieder unter der Führerschaft Kraepelins — insofern abermals eine Wandlung durchgemacht hat, als der Begriff der Dementia praecox wieder etwas enger gefaßt wird. Besonders scheint das manisch-depressive Irresein jetzt den Löwenanteil der funktionellen Psychosen in sich aufnehmen zu sollen. Durch diesen strengeren Maßstab verschlechtert sich naturgemäß wiederum die Prognose der Dementia praecox. Horne fand z. B. kürzlich unter 271 Fällen von Dementia praecox des Irrenasyls zu Christiania, die sämtlich unter 30 Jahre alt waren, nur 16 relative Heilungen. Unter Einrechnung der Fälle, die sich vier Jahre lang gut gehalten hatten, dann dement wurden, zählt er 36 „Heilungen“. Das entspräche also einem Prozentsatz von 5,9 bzw. 13,25. Und Berger berechnete in allerjüngster Zeit die Fälle „völliger Genesung“ auf etwa

10 Prozent, die leichterem Demenz auf 20 bis 30 Prozent, die schwerer Verblödung auf 60 bis 70 Prozent und fügt hinzu: „Im ganzen ist bei etwa 25 Prozent, also einem Viertel der in den Anstalten aufgenommenen Fälle das Heilungsergebnis ein solches, daß sie ihrem früheren Berufsleben wieder nachgehen können . . .“ Ich selber habe das Aktenmaterial meiner Anstalt auch in dieser Hinsicht einer Durchsicht unterworfen. Bei kritischer Würdigung der katamnestischen Erhebungen habe ich den Hocheschen Standpunkt, weniger am Diagnosenwortlaut zu kleben als vielmehr die adjektivistische Bezeichnung — in diesem Falle das Schizophrenische — im Vordergrund des Symptomenkomplexes zu suchen, mir zu eigen gemacht und mehrere Fälle, die als Dementia praecox-Fälle galten, fallen gelassen. Zwei Fälle fand ich aber unter allen Besserungen und Heilungen eines dreijährigen Turnus (unter 43 Fällen aller möglicher Diagnosen der Frauenseite), die wohl von den meisten Autoren auch heute noch als Dementia praecox-Fälle angesehen werden würden und die im Frühjahr 1909 bzw. 1910 entlassen waren.

Rechnet man also Besserung bis zur Entlassungsfähigkeit und dann mehrjähriges Sichhalten draußen in der Freiheit zu den Heilungen, so kommen solche selbst bei etwas strengem Maßstabe zweifellos noch vor. Gerade bei der Dementia praecox geht man aber Enttäuschungen am besten aus dem Wege, wenn man jede „Heilung“ als langdauernde Remission auffaßt, zumal — ich verweise nur auf die kürzlich erschienene Arbeit von Saitz — auch Entlassungsfähige oft noch geringe Anzeichen der Schizophrenie aufweisen, wenn man sie psychologisch prüft.

Wenn somit die Dementia praecox vollständige Heilungen in streng wissenschaftlichem Sinne kaum aufweist — abgesehen vielleicht von einigen Fällen sogenannter heboider Erkrankung, wenn man die hierher rechnen will —, so ist andererseits die Tatsache bemerkenswert, daß gewisse körperliche Erkrankungen, welche interkurrieren, einen wesentlichen Einfluß auf die Dementia praecox im Sinne der Besserung auszuüben vermögen. So habe ich kürzlich nachgewiesen, daß der Abdominaltyphus oft die Dementia praecox zu bessern

vermag. Allerdings pflegte diese Besserungsfähigkeit nach etwa sechsjährigem Bestehen der geistigen Erkrankung aufzuhören und in höherem Lebensalter sich überhaupt kaum noch bemerkbar zu machen. Ebenso wird dem Erysipel eine Fähigkeit zugeschrieben, Psychosen, wie die Dementia praecox, zu einer Remission zu bringen.

Andererseits sah ich wiederholt, daß die Disposition zu Lungentuberkulose bei Dementia praecox-Kranken sich durch interkurrierenden Typhus erhöhte und eine vorher latent und langsam verlaufene Phthise führte manchmal nach dem Typhus ungemein rasch zum Tode. Auch sonst scheinen Dementia praecox-Kranke, selbst unter den lebensverlängernden Bedingungen des modernen Anstaltsaufenthalts, mehreren Ursachen ausgesetzt zu sein, die leicht zum Tode führen. Es ergibt sich das offenbar aus der mehr oder minder hochgradigen Verblödung, aus der Unterernährung in langdauernden Erregungs- oder Verwirrungszuständen usw. Ganter fand unter seinen Patienten ein Durchschnittsalter von 45,7 bei Männern und 47,6 bei Frauen.

Eine besonders ungünstige Prognose — um das noch nachzuholen — schreibt M. Sommer der Spätkatatonie zu, insofern, als sich sehr oft und schnell ein schwerer katatoner Endzustand zu bilden scheine.

Dem größten Teil der Dementia praecox-Kranken aber ist zweifellos das Los beschieden, bis an ihr Lebensende Anstaltsinsassen zu bleiben, eine Tatsache, die uns um so mehr betrübt, als die Kranken uns meist in dem „hoffnungsvollsten“ Lebensalter und in körperlich gutem Ernährungs- und Kräftezustand eingeliefert werden. Im Endstadium kann man ja zwar die Krankheit als abgelaufen bezeichnen, aber der geistige Tiefstand gestattet meist keine Entlassung mehr, sogar nicht einmal in die Familie. Urstein hat aber neuerdings sehr richtig darauf hingewiesen, daß es in diesem Stadium manchmal gelänge und jedenfalls stets der Versuch gemacht werden müßte, einen Teil des früheren geistigen Besitzstandes zu retten. Es gelänge öfter, namentlich die Gebildeteren, intellektuell einstmals höher stehend Gewesenen, zu geistiger Arbeit anzuhalten, sie dazu zu bringen, daß sie läsen und auch darüber

sprächen, daß sie Tagesereignisse verfolgten und erörterten, daß sie an Vorträgen, geselligen Veranstaltungen teilnahmen und sich dabei äußerlich so verhielten, daß zunächst nichts Abnormes auffallen würde.

Die senilen Geistesstörungen.

Wir unterscheiden *Dementia senilis* und *Dementia arterio-sclerotica*.

Die *Dementia senilis* verläuft absolut ungünstig, da sie progredienten Charakter hat, die Geisteskräfte immer mehr schwinden läßt und schließlich das Hinzutreten eines körperlichen tödlich verlaufenden Leidens begünstigt (Pneumonie, Sepsis vom Dekubitus ausgehend u. dergl.). Dazu kommt noch, daß in manchen Fällen die Angsteffekte eine nicht zu unterschätzende Suizidgefahr in sich bergen. Gewöhnlich tritt nach mehreren Monaten bis mehreren Jahren durch Marasmus der Tod ein. Ziehen will ab und zu Remissionen beobachtet haben, andere Autoren leugnen dieselbe. Nach meinen Erfahrungen können sie jedenfalls sich nicht so deutlich kennzeichnen, wie z. B. bei der Paralyse oder der *Dementia praecox*, man kann höchstens von einem temporären Stillstand des Leidens sprechen. Ob das Remission genannt werden kann, ist Auffassungssache. Wenn George Stein (nach Wagner v. Jaureggs Vorträgen) die Prognose der *Dementia senilis* als „ungünstig“, die der Paralyse als „absolut schlecht“ bezeichnet, so muß ich widersprechen, falls in „ungünstig“ und „schlecht“ noch ein gradueller Unterschied etwa gleich den Zensuren 4 und 5 der Pädagogen gelegt ist: meines Erachtens ist die Prognose der echten und typischen *Dementia senilis* mindestens ebenso schlecht wie die der modernen Paralyse. Allerdings muß die Diagnose der *Dementia senilis* feststehen, die bei Greisen und Greisinnen, die der Anstalt zugeführt werden, nur zu leicht der Irrenarzt zu stellen geneigt ist. Die der Melancholie ähnelnden, vielleicht sogar zugehörenden Fälle mit der besonders üblen Prognose habe ich bereits auf Seite 9 erwähnt. Andererseits kommen differentialdiagnostisch die ebenda bereits genannte senile Paranoia

(zwischen seniler Paranoia und seniler Demenz gibt es sicher viel Übergangsformen) und die Manie in Betracht.

Es überschreitet den Rahmen unseres gestellten Themas, wollte ich bei jeder Krankheitsform differentialdiagnostische Betrachtungen anstellen. Doch bildet die *Dementia senilis* insofern eine Sonderstellung, als abgesehen von den Misch- und Übergangsformen die Kürze der Beobachtungszeit und der Mangel anamnestischer Daten — bekanntlich bei Senilen dem Psychiater sehr oft begegnend — eine Differentialdiagnose oft schwer ermöglicht, eine Prognose aber dennoch von uns verlangt wird. Unter Beachtung der nötigen Reserve werden wir da, wenn auf eine andere Diagnose hindeutende Symptome fehlen, die Prognose der senilen Demenz zugrunde legen, zumal auch Paranoia, Manie und Melancholie im Senium immer eine schlechtere Prognose abgeben als sonst; die Manie noch relativ am günstigsten. Lediglich etwaige Herderkrankungen, die auch in einem von mir beobachteten Falle einer 84jährigen eine *Dementia senilis* längere Zeit vortäuschten, erfordern ein gänzlich zurückhalten mit der Prognose bis zur genauen Diagnosestellung.

Ich habe an dieser Stelle dann noch Weygandt zu zitieren, der von der senilen Paranoia oder dem senilen Verfolgungswahn sagt, daß die Vorboten manchmal zehn und mehr Jahre zurückliegen könnten. Rechnet man diese Jahre mit, so ergibt sich quoad Hinausgerücktsein des letalen Endes natürlich eine relativ günstige Prognose, die sich erst verschlechtert bei Eintritt des ganzen Symptomenkomplexes.

Von der *Dementia senilis* sind mehrere Krankheitsformen von namhaften Autoren der Jetztzeit noch als Unterabteilungen gebildet bzw. ganz abgegrenzt. So von Kraepelin-Alzheimer die sogenannte Alzheimersche Krankheit. Hier scheint die Prognose noch ungünstiger zu liegen als durchschnittlich bei der senilen Demenz, denn das Leiden schreitet innerhalb weniger Jahre bis zur vollständigen Hilflosigkeit und dringenden Überwachungsbedürftigkeit unaufhaltsam fort; erst dann kann anscheinend noch einmal ein Stillstand eintreten. Hingegen hat Binswangers *Dementia praesentis* offenbar eine günstigere Prognose, als dem erwähnten

Durchschnitt entspricht; denn Binswanger nennt den einmal eingetretenen Zustand, den er beschreibt, ziemlich stationär, so daß die Kranken viele Jahre gleichmäßig in jener geistigen Abstumpfung und körperlichen Schwäche verharren könnten.

Eine Krankheit, der *Dementia senilis* sehr ähnlich, nur meist mit körperlichen Herdsymptomen begleitet, gehört noch hierher: die postapoplektische Demenz. Sie hat eine recht gute Prognose, wenn bei relativ jugendlichen Personen eine Apoplexie mit psychischer Schwäche infolge von *Vitium cordis* oder sonstigen thrombenbildenden Prozessen auftritt, wie ja bekanntlich da auch nach Jahren man noch Besserungen der körperlichen Erscheinungen konstatieren kann. Dagegen liegt die Prognose bei Arteriosklerose als ätiologischem Faktor bekanntlich ungünstig wegen Rezidivgefahr, ist im übrigen so zu beurteilen wie die *Dementia arteriosclerotica* im allgemeinen. In einem von mir beobachteten Falle war ein Blitzschlag das auslösende Moment einer unter dem Bilde der *Dementia senilis* verlaufenden Psychose: geistige wie körperliche Symptome zeigten fortschreitend lähmenden Charakter und führten innerhalb weniger Jahre ad exitum.

Die Prognose der *Dementia arteriosclerotica* ist auch recht ungünstig, wie schon angedeutet; nämlich etwa zu vergleichen der der senilen Demenz selber. Zwar scheint das arteriosklerotische Hirn, wenn fernere Apoplexien ausbleiben oder dieselben überhaupt nicht aufgetreten sind, die vegetativen Körperfunktionen noch etwas länger aufrecht erhalten zu können als das senile Hirn. Aber oft genug führen Komplikationen seitens anderer arteriosklerotischer Organe den Tod interkurrent herbei oder beschleunigen ihn. Auch hier gibt es wieder Übergangsformen zur senilen Demenz und zu den anderen bereits erwähnten Krankheitsbildern. Pilcz zweigt dann noch eine „leichteste nervöse Form der Hirnarteriosklerose“ ab und bezeichnet deren Prognose als „nicht zu ungünstig“; doch überschreitet eine solche nervöse Erkrankung unser Thema bereits ebenso sehr, wie ich das eingangs von der Neurasthenie u. a. behauptet habe.

**Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
Halle a. S.**

**Die Anstaltsfürsorge für körperlich,
geistig, sittlich und wirtschaftlich
Schwache im Deutschen Reiche
in Wort und Bild.**

- I. Abteilung.** In Vorbereitung. **Deutsche Krankenanstalten für körperlich Kranke.** Herausgeber: Prof. Dr. Brauer, Direktor des Eppendorfer Krankenhauses, Hamburg.
- II. Abteilung.** **Deutsche Lungenheilstätten.** Herausgeber: Prof. Dr. Nietner, Generalsekretär des deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Berlin X und 456 Seiten auf Kunstdruckpapier. Mit 429 Abbildungen, Grundrissen und Plänen. Preis in Halbleder geb. M. 18,—.
- III. Abteilung.** **Heim-, Heil- und Erholungsanstalten für Kinder in Deutschland.** I. Band. Herausgeber: Prof. Dr. A. Keller, Berlin. XII und 459 Seiten auf Kunstdruckpapier. Mit 426 Abbildungen, Grundrissen und Plänen. Preis in Halbleder geb. M. 18,—. (Zweiter Band in Vorbereitung.)
- IV. Abteilung.** In Vorbereitung. **Deutsche Krüppelheime.** Herausgeber: Pfarrer Th. Hoppe, Direktor des Oberlinhauses in Nowawes bei Berlin.
- V. Abteilung.** In Vorbereitung. **Deutsche Blindenanstalten.** Herausgeber: Kgl. Schulrat I. Matthies, Direktor der Kgl. Blindenanstalt in Steglitz b. Berlin.
- VI. Abteilung.** In Vorbereitung. **Deutsche Taubstummenanstalten, -Schulen und -Heime.** Herausgeber: Gustav Wende, Direktor der Königlichen Taubstummenanstalt in Berlin.
- VII. Abteilung.** **Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke.** Herausgeber: Oberarzt Dr. Johannes Bresler, Lüben (Schles.). Zwei Bände. Zusammen XIV und 1128 Seiten auf Kunstdruckpapier. Mit 11 Tafeln, 1252 Abbildungen, Grundrissen und Plänen.

Preis in Halbleder geb. Band I M. 28,—, Band II M. 19,—.
Gesamtpreis I. und II. Band M. 47,—.

Öffentliche Ruhehallen

Von Prof. Dr. R. Sommer,
Geh. Med.-Rat in Gießen.



Halle a. S. 1913
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von
Direktor Prof. Dr. Konrad Alt,
Üchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes unter ständiger Mitwirkung der Herren Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Anton in Halle, Prof. Dr. Aschaffenburg in Köln, Geheim. Med.-Rat Prof. Dr. Binswanger in Jena, Prof. Dr. Bruns in Hannover, Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Professor und Direktor Dr. Kirchhoff in Schleswig, Geh. Med.-Rat Dr. Krömer in Conradstein, Sanitätsrat Dr. Laquer in Frankfurt a. M., Medizinalrat Dr. Mayser in Hildburghausen, Med.-Rat Dr. Näcke in Hubertusburg, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Direktor Dr. H. Schlöß in Wien, Oberarzt Dr. Schmidt in Üchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Prof. Dr. Schultze in Göttingen, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Geh. Med.-Rat Dr. von Strümpell in Leipzig, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen in Wiesbaden

herausgegeben von
Prof. Dr. A. Hoche,
Freiburg i. Br.

Band X, Heft 4.

Inhaltsangabe.

	Seite
1. Übermüdung als Quelle von Nerven- und Geisteskrankheiten	5
2. Der erste Entwurf einer öffentlichen Schlaf- und Ruheshalle (1902).	11
3. Die erste Ausführung bei der internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden (1911).	15
4. Ruheshallen in den größeren Städten	24
5. Die neuen Pläne bei der Städteausstellung in Düsseldorf (1912)	28
6. Nachahmungen. Geschäft und Sozialhygiene.	32
7. Schlafwagen und Ruheshallen im Eisenbahnwesen.	35
8. Ruheshallen und Unfallversicherung im Hinblick auf Bau- und Fabrikbetriebe.	40
9. Ruheshallen und Invalidenversicherung	43
10. Ruhe und Bewegung	47

Erstes Kapitel.

Übermüdung als Quelle von Nerven- und Geisteskrankheiten.

Die Ermüdung ist sicher als eine wesentliche Quelle von Nervenkrankheiten und psychischen Störungen zu betrachten, wenn letztere auch nicht in prozentuarisch bedeutender Weise in der Form von schweren Geisteskrankheiten auftreten. Die Übertreibung, die darin gegeben war, daß man eine Zeitlang unter dem Begriff der Erschöpfungspsychosen viele Krankheiten zusammenfaßte, die ganz andere Ursachen hatten, speziell durch angeborene Anlage entstanden waren, hat dazu geführt, daß in der Reaktion hierauf die Bedeutung der Ermüdung im Gebiet der Psychoneurologie wieder unterschätzt worden ist; eine Erscheinung, die vielfache Analogien in der Entwicklung anderer wissenschaftlicher Auffassungen hat, und als eine Art von Zickzackkurve der wissenschaftlichen Meinungen bezeichnet werden kann, die der allmählichen Einstellung auf das richtige Niveau der wissenschaftlichen Erkenntnis vorausging.

Das Studium dieser Ursache im Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten hat, vom methodischen Standpunkt betrachtet, zwei Quellen, nämlich:

- I. die klinische Beobachtung über die Entstehung von nervösen und psychisch-nervösen Zuständen durch Übermüdung,
- II. das experimentelle Studium der ohne besondere Absicht entstandenen oder durch bestimmte Versuche hervorgerufenen Ermüdungserscheinungen mit psychologischen speziell psychophysischen Untersuchungsmethoden.

Zu I. Abgesehen von der vorhandenen Literatur liegt mir in meinen zahlreichen Krankengeschichten, besonders bei den großen Kontingenten von nicht innerhalb einer Anstalt behandelten Patienten, eine große Zahl von Fällen vor, bei denen un-

verkennbar entweder einmalige abnorm starke Übermüdung oder chronische Überanstrengungen, z. B. durch zu starke körperliche und geistige Arbeit oder Nachtwachen, als Ursachen von nervösen Erkrankungen erscheinen. Diese gruppieren sich vom klinischen Standpunkt in folgende Formen:

1. Funktionelle Neurosen mit ausgeprägt *neuralgischem* Charakter, wobei häufig Fehldiagnosen auf Muskelrheumatismus oder Gelenkrheumatismus vorausgehen, bevor der nervöse Charakter der Störung erkannt wird. Diese Art der Erkrankung kommt besonders nach akuten körperlichen Überanstrengungen mit gleichzeitiger geistiger Anspannung oder Aufregung vor.

2. Funktionelle Neurosen mit im Vordergrund stehenden Müdigkeitsgefühlen und begleitenden depressiven Stimmungen, die sich manchmal zu starken Depressionszuständen weiter entwickeln können, jedoch in der Regel subakut verlaufen und bei richtiger Behandlung im Laufe von einigen Monaten zur Heilung gebracht werden können.

3. Funktionelle Neurosen mit dem Charakter der starken Erreglichkeit, die öfter zu Verwechselungen mit epileptischen und epileptoiden Krankheitsformen führen, jedoch von diesen völlig zu trennen sind. Diese Unterscheidung ist auch praktisch von größter Wichtigkeit, da die Ermüdungsneurosen vor allem richtiger Schonung auch in bezug auf Arbeitsleistung bedürfen, während die epileptoiden Formen gerade zur Bekämpfung der lebhaften explosionsähnlichen Erregbarkeit starker, besonders auch körperlicher Arbeit bedürfen. Diese Unterscheidung führt praktisch zu einer sehr verschiedenen Gestaltung der Therapie.

4. Funktionelle Neurosen von wesentlich psychogenem (hysterischem) Charakter, die sich von den typischen Bildern der psychogenen Neurosen nur dadurch unterscheiden, daß gleichzeitig mit dem psychogenen Symptomenkomplex deutliche Zeichen von Ermüdung und Schwäche vorhanden sind. Wir kommen hier schon in das Gebiet, bei dem die Ermüdung nur als auslösendes Moment für Neurosen zu betrachten ist, die entsprechend ihrer besonderen Symptomatologie bestimmten sonst bekannten Krankheitsformen entsprechen.

5. Neurasthenisch-hypochondrische Formen, bei

denen sich die Zeichen der Ermüdung und verminderten Leistungsfähigkeit mit ausgeprägt hypochondrischer Ideenbildung verknüpft zeigen, woraus sich für die Therapie eine sehr schwierige Kombination von Symptomen ergibt, da die in diesem Stadium vorhandenen Müdigkeitsgefühle und Mißempfindungen von den Patienten immer wieder im Sinne von allen möglichen Krankheitsarten gedeutet werden.

Diese vorläufige Gruppierung der von mir beobachteten zahlreichen Fälle ließe sich wesentlich weiter entwickeln, es gehört jedoch eine umfassende klinische Darstellung der Ermüdungsneurosen nicht zu den Hauptaufgaben dieser Schrift. Diese will vielmehr, von den allgemeinen Tatsachen im Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten ausgehend, speziell durch die Einrichtung von öffentlichen Ruhehallen ein Mittel zur Vorbeugung von derartigen Krankheiten schaffen.

Zu II. Eine sehr wichtige Quelle der Erkenntnis von der Wirkung der Ermüdungen ist die psychologische und psychophysische Untersuchung geworden. Besonders hat die methodische Darstellung der Ausdrucksbewegungen und einfachen Willenshandlungen mit geeigneten motorischen Methoden in Form von Kurven zu einer Reihe von Einblicken in den Mechanismus der durch Ermüdung ausgelösten motorischen Störungen geführt. Die Untersuchung der Haltung und der Zittererscheinungen in verschiedenen Muskelgebieten, besonders dem der Finger und Arme sowie der Beine, ferner an der Stirnmuskulatur hat eine ganze Reihe von optisch-motorischen Symptomen ans Licht gebracht. In der Sammlung meiner Klinik befindet sich eine große Zahl von Kurven dieser Art, die durch solche Experimente bei Normalen und verschiedenen Formen von nervöser Störung zustande gekommen sind. Diese Untersuchungen sind vor allem auch bei einer großen Menge von Unfallnervenkranken ausgeführt worden, bei denen die Ermüdungserscheinungen eine bedeutende Rolle spielen.

Der Vergleich der Kurvenformen, die man erhält einerseits bei ausgeprägten Nervenkranken, andererseits bei Normalen, denen man bestimmte motorische Aufgaben stellt, z. B. einen Arm oder ein Bein möglichst lange auszustrecken, ergeben bei gleichzeitiger Registrierung der Bewegungen folgendes: Eine Reihe von Zitterformen z. B. bei Paralysis agi-

tans sind im strengsten Sinne charakteristisch lediglich für bestimmte nervöse Zustände und lassen sich bei Normalen auch durch Ermüdung nicht hervorrufen, andererseits entstehen bei Normalen durch Übermüdung eine große Zahl von Zittererscheinungen und sonstigen registrierbaren Veränderungen der Haltung, wie sie bei einer Reihe von funktionellen Nervenkrankheiten auch sonst vorkommen, d. h. also: die bei Normalen auf experimentellem Wege auslösbaren Ermüdungserscheinungen speziell im motorischen Gebiet kommen auch als klinische Zeichen von funktionellen Nervenkrankheiten ohne besondere experimentell erzeugte Ermüdung als Teil des Symptomenkomplexes vor. Man kann also dieses Verhältnis so auffassen, daß bei Normalen durch die Ermüdungsvorgänge Zustände hervorgerufen werden, die im übrigen im Gebiet der funktionellen Nervenkrankheiten auch ohne experimentell erzeugte Ermüdungsursache auftreten, während andererseits das Gebiet der Nervenkrankheiten vielfache Bewegungsstörungen bietet, die mit den Ermüdungsphänomenen als solchen nichts zu tun haben. Das gleiche Verhältnis gilt für eine Reihe von psychischen Erscheinungen, wobei ebenfalls die Ermüdung sich als Agent provocateur von psychischen Abnormitäten ergibt, die möglicherweise auch ohne sie als Teilerscheinungen von bestimmten Nervenkrankheiten auftreten können.

Zum Schluß dieser kurzen Übersicht möchte ich in bezug auf die Bedeutung der Ermüdung für Nerven- und Geisteskrankheiten besonders im Hinblick auf die obigen Bemerkungen über Erschöpfungspsychosen den folgenden Punkt zur Erörterung stellen. Wenn auch die Zahl der Fälle, in denen durch Übermüdung schwere Psychosen ausgelöst werden, außerordentlich gering ist, so ist andererseits doch erstens deutlich ersichtlich, daß durch ermüdende Einflüsse oft psychische Abnormitäten (Depression, Erregbarkeit etc.) geringeren Grades ausgelöst werden, — zweitens erscheint es mir im Hinblick auf eine Reihe von familiengeschichtlichen Untersuchungen wahrscheinlich, daß sich chronische Übermüdungen in der nächsten Generation in Gestalt von psychischen Störungen endogener Art, und zwar entweder in der Form angeborener geistiger Schwächezustände ohne nachweisbare organische

Hirnveränderungen geltend machen können, oder ebenfalls auf endogener Grundlage später in Krankheitsformen zum Vorschein kommen können, die klinisch mit dem Namen „primärer Schwachsinn“ (Dementia praecox, Schizophrenie) belegt werden. Wenn man die wissenschaftlichen Streitigkeiten über die Vererbung erworbener Eigenschaften in Betracht zieht, ist die Voraussetzung für einen solchen Zusammenhang, daß die Schädigungen, die als Ermüdungserscheinungen bei dem Einzelindividuum zum Vorschein kommen, gleichzeitig auf die Keimzellen einwirken und dadurch die Beschaffenheit der folgenden Generation mit beeinflussen. Selbstverständlich ist es sehr schwierig, ein eindeutiges Beweismaterial in dieser Richtung zusammenzustellen, da selbst, wenn man starke ermüdende Einwirkungen bei den Eltern vor der Zeit der Zeugung nachweisen kann, es immer denkbar ist, daß noch andere Momente für die pathologische Progenitur verantwortlich gemacht werden können, besonders wenn sich bei der psychiatrischen Familienforschung weitere Fälle von Geisteskrankheiten, möglicherweise sogar ähnlicher Art, in der Familie ergeben.

Am wichtigsten scheinen mir im Hinblick auf diese Fragestellung diejenigen psychischen Erkrankungen zu sein, bei denen die Erforschung der Familiengeschichte gar keinen Anhaltspunkt für schon in der Familie bestehende hereditäre Belastung ergibt, während die klinische Untersuchung die Diagnose einer angeborenen oder auf Grund angeborener Anlage später entstandenen Krankheit speziell primären Schwachsinn (Dementia praecox) ergibt. Es ist möglich, daß eine Sammel- forschung über diese allerdings nicht sehr häufigen Fälle die Bedeutung der Ermüdung für die Degeneration im Sinne einer progressiven Steigerung von Störungen in den späteren Generationen, neben toxischen Einwirkungen besonders durch Tuberkulose und Syphilis, immer mehr erkennen lassen würde. Vorläufig kann ein abschließendes Urteil über die Bedeutung der Ermüdung für die Beschaffenheit der folgenden Generation nicht gefällt werden, und es bleibt diese Frage der weiteren wissenschaftlichen Forschung vorbehalten. Ganz unabhängig davon muß jedoch jetzt schon der Ermüdung eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von Psychoneurosen zugesprochen werden.

Die psychiatrische Therapie hat gestützt auf diese Erkenntnis zwei Hauptaufgaben:

1. die psychisch-nervösen Zustände der einzelnen davon Betroffenen nach Möglichkeit zu heilen,
2. durch sozial-medizinische Einrichtungen die Entstehung von solchen Krankheiten nach Möglichkeit zu vermeiden.

Den ersten Teil dieser Aufgaben, der ganz in die spezielle Diagnostik und Therapie führen würde, muß ich in diesem Zusammenhang übergehen und wende mich lediglich zu der zweiten genannten Aufgabe.

Die Ursache, die im einzelnen Falle zu einer akuten oder chronischen Übermüdung führt, hat in der Regel, abgesehen von ihrer individuellen Bedeutung, einen ausgeprägt sozialen Hintergrund in der Beschaffenheit von bestimmten gesellschaftlichen Einrichtungen, Sitten und Anforderungen des Erwerbslebens, so daß aus der Häufung der individuellen Ursachen sich umfassende soziale Erscheinungen ergeben. Da sich nun ganz im allgemeinen in der gegenwärtigen Psychiatrie der prinzipielle Umschwung von der Individual-Therapie zur sozialen Prophylaxe vollzieht, so ist es unbedingt notwendig, daß infolge dieser Gesichtspunkte auch an der prophylaktischen Behandlung des ganzen Ermüdungsproblems festgehalten wird. Aus der Erkenntnis über die Bedeutung der Ermüdung in diesem Gebiet ergibt sich also durchaus die Aufgabe einer sozialen Organisation des Ausruhens. Dabei geben auch hier klinische und experimentelle Beobachtungen wichtige Fingerzeige für die Ausgestaltung dieser prophylaktischen Ruheeinrichtungen. Es stellt sich sowohl bei der klinischen Beobachtung wie bei dem psycho-physischen Experiment deutlich heraus, daß oft kleine Ruhepausen zu einer überraschend schnellen Erholung des Nervensystems führen, so daß dieses als mit Reserveeinrichtungen begabt erscheint, die auch nach starker Ermüdung alsbald wieder in Kraft treten und zu einer Restitution der verbrauchten Nervenkraft führen.

Es handelt sich also sozial nicht darum, in Form einer radikalen Reaktion gegen den tätigen Willenscharakter der Gegenwart, der sich in starker Arbeitsüberhäufung auf allen

Gebieten ausdrückt, zu einer Art idyllischer Ruhe, zu einem Naturzustand in der Vorstellungsart von Rousseau zurückzukehren, was abgesehen von einem vereinzelt Einsiedlertum undenkbar erscheint, sondern die sozial-prophylaktische Aufgabe besteht darin, in der Hast und Unruhe des modernen Lebens Ruhegelegenheiten zu schaffen, die eine Gelegenheit zu kurz dauerndem Ausruhen und zur Erholung der Nervenkraft bieten. Das, was im deutschen Wirtschaftsleben mit einer merkwürdigen Entwicklung des ursprünglichen Begriffs „Restauration“ heißt, ist vielfach in Wirklichkeit keine solche, auch dann nicht, wenn diese Einrichtungen von der Mitwirkung des Alkohols befreit sind. Im Sinne der vorstehenden Auseinandersetzungen ist es viel richtiger, Ruhegelegenheiten zu schaffen, die in bestimmter Weise dem dargestellten Zweck dienen. Dies kann in Form von öffentlichen Ruhehallen geschehen.

Zweites Kapitel.

Der erste Entwurf einer öffentlichen Schlaf- und Ruheshalle (1902).

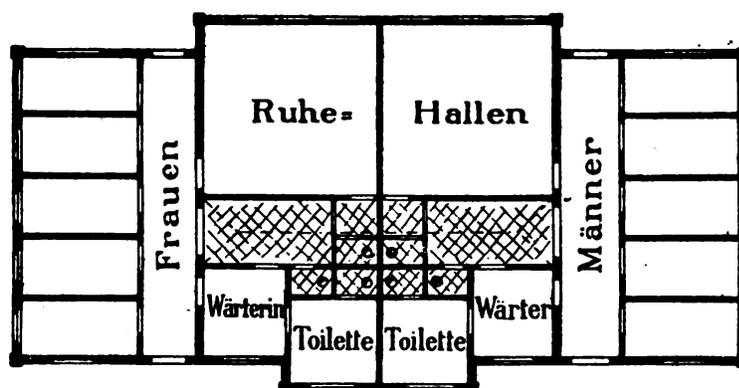
Die erste Ausführung über die Einrichtung von öffentlichen Schlaf- und Ruheshallen habe ich, angeregt durch Beobachtungen bei den großen Ausstellungen in Paris und Düsseldorf, sowie in verschiedenen großen Städten, ferner durch die im Vorstehenden skizzierten ärztlichen Erfahrungen über die Wirkung von starken Ermüdungen, in der Zeitschrift „Die Krankenpflege“ (vergl. den 2. Jahrgang 1902/03, Heft 6) gegeben. Diese lauteten:

„Der Mangel an Schlaf ist nicht nur in vielen Fällen Symptom einer Nervenkrankheit, sondern auch öfter Ursache einer solchen. Es handelt sich um die durch unsere sozialen Verhältnisse bedingte Störung des Schlafes, welche sich mit der fortschreitenden Ausbildung der großstädtischen Zentren und der Verkehrseinrichtungen allmählich zu einer Gefahr bedenklichster Art entwickelt. Während unsere Literatur bis in die kleinsten Journale von den Ideen der Degeneration erfüllt ist, läßt man es ruhig geschehen, daß die Nerven der lebenden

Generation durch die weitgehendste Störung des Schlafes ermüdet und die Regeneration der Nervenkraft verhindert wird. Nur der Schlaf kann ein Korrektiv gegen die Schäden bieten, welche die Hast des heutigen Verkehrslebens mit sich bringt. Nicht Betäubung durch alle möglichen narkotischen Mittel, sondern nur Ruhe kann die Schäden desselben beseitigen. Dabei scheint viel weniger das großstädtische Verkehrsleben selbst, als der Mangel an Schlaf und Ruhe zur Erholung davon das Schädigende zu sein. Man denke an die Tausende von Menschen, welche, abgesehen von den wenigen Bevorzugten, während der Nacht in der unbequemsten Situation im Eisenbahn-abteil sitzen oder in verkrümmten Stellungen liegen und nach langen Fahrten erschöpft ihr Ziel erreichen, an die vielen Personen, welche in Großstädten stundenlang herumlaufen und schließlich beladen mit eingekauften Dingen völlig ermüdet in ihre Familie zurückkehren, ferner besonders an das Treiben bei großen Ausstellungen, wie z. B. in Paris oder Düsseldorf, bei denen durch eine Reihe von Stunden fast ohne Unterbrechung neue Eindrücke auf den Besucher einströmen, ohne daß ein stilles Ausruhen, abgesehen von dem Sitzen in überfüllten „Restaurationen“, möglich wäre. Man darf den Einfluß von diesen Übermüdungen, denen sich gegenwärtig außerordentlich viele Personen, darunter besonders auch Frauen und Kinder, wenn auch nur vorübergehend, aussetzen, nicht unterschätzen.

Will man mit der Idee der psychischen Hygiene und der Schonung der Nervenkraft endlich Ernst machen, so wird die öffentliche Organisation der Ruhe eine der ersten und bis zu einem gewissen Grade lösbaren Aufgaben sein. Nicht als ob sich der Schlaf durch hygienische Polizeimaßregeln erzwingen ließe! Es handelt sich vielmehr darum, dem tatsächlich vorhandenen Bedürfnis durch die Einrichtung von öffentlichen Schlaf- und Ruhehallen entgegenzukommen. Nicht eine Form des sozialen Zwanges, sondern eine vermehrte Gelegenheit zum Ruhen und Schlafen mitten im Getriebe der Großstädte und des modernen Verkehrs ist die Aufgabe. Eine halbe bis eine Stunde Ruhe ist imstande, das ermüdete Nervensystem wieder aufleben zu lassen und den Erschöpften beispielsweise in dem Getriebe einer Ausstellung wieder arbeits- und genußfähig zu machen.

Ich werde nun kurz beschreiben, wie ich mir die Organisation dieser Schlaf- und Ruhehallen denke. Die Anlage derselben würde in größeren Stadtgemeinden am besten von diesen selbst in die Hand genommen, um von vornherein eine Benutzung zum Erwerb auszuschließen und die Einrichtung als eine öffentlich-hygienische zu kennzeichnen. Dieselben müßten in ruhigen Seitenvierteln der belebten Stadtteile, womöglich, falls öffentliche Plätze ohne zuviel Straßenlärm vorhanden sind, auf diesen angelegt werden. Vor allem sind bei großen Ausstellungen Anlagen dieser Art notwendig, einerseits um Muster für städtische Unternehmungen zu bieten, andererseits, um dem Publikum die Gelegenheit zur Gewöhnung zu geben. Die im einzelnen bei der Anlage zu erfüllenden Forderungen sind folgende: 1. Geräuschlosigkeit, 2. Bequemlichkeit, 3. Reinlichkeit, 4. leichte Zugänglichkeit, 5. völlige Trennung der Abteilungen für die beiden Geschlechter, 6. Billigkeit. Auf Grund dieser Forderungen ist der vorliegende Plan entworfen.



Figur 1.

Der Grundriß besteht aus einer Abteilung für Frauen (F) und einer für Männer (M), welche durch eine Scheidewand völlig getrennt sind. Rechts und links befinden sich nebeneinander je 5 kleine Räume mit den Maßen 2×4 m, ausgestattet mit einem sofaähnlichen Ruhelager nebst einem Tischchen und ein bis zwei Stühlen.

Die kleinen Zimmer sind durch einen davor gelagerten Korridor völlig von den anderen Räumen getrennt. Letztere

bestehen außer einem nach vorn innen liegenden Gelaß für je eine Warteperson:

1. aus einem größeren Zimmer (Ruhehalle) von 6×6 m Bodenfläche, in welchem sich ungefähr 5 bequeme Liegestühle zum Ausstrecken befinden, nebst einem Tisch mit etwas Lektüre;
2. aus einem Vorhof, der mit Glas überdeckt ist und als Garderobe zur Ablage der Überröcke, Hüte, Stöcke, usw. sowie auch der Schuhe dient; vor Betreten der Ruheshalle oder des Korridors vor den Zimmern empfiehlt es sich der Geräuschlosigkeit wegen, bereitliegende einfache Sandalen oder Filzpantoffel anzuziehen, wie dies z. B. bei Besuch von Schlössern üblich ist;
3. aus einem Klosett mit Vorraum nach der Ruheshalle zu; dasselbe ist zentral eingebaut, um alle Störung der Schlafräume und der Ruheshalle zu vermeiden; der Vorraum ist von dem Garderobenhof und der Ruheshalle aus zugänglich; die Klosettanlage ist ausschließlich für die Schlaf- und Ruheshalle Benutzenden bestimmt;
4. einem Waschraum nach vorn vom Klosett, welcher von dem Wärterraum aus betretbar ist und nach rückwärts zu dem Klosett führt.

Die ganze Anlage würde einen Flächenraum von ungefähr $10 \times 24 = 240$ qm bedecken. Dieselbe würde bei einfacher Herstellung, z. B. als einstöckiger Holzbau, nur geringe Kosten machen. Als Zahlung könnte bei Bemittelten für die Schlafzimmer ein Satz von ca. 50 Pf. pro Stunde, für die Ruheshalle von ca. 30 Pf. pro Stunde in Ansatz kommen. Gemeinden könnten für wenig Bemittelte die Sätze noch niedriger stellen. Ich halte unter Voraussetzung einfacher Bauart bei obigen Sätzen sogar eine Rentabilität für möglich, da 10 Plätze zu 50 Pf. und 10 zu 30 Pf. pro Stunde vorhanden sind. Nimmt man bloß eine volle Benutzung der Räume für 3 Stunden des Tages an, so ergibt dies $10 \times 50 \times 3 = 15$ M. + $10 \times 30 \times 3 = 9$ M., Summa 24 M. pro Tag, was einer sehr beträchtlichen Kapitalsanlage nebst Betriebskosten entspricht.

Es handelt sich nun zunächst im wesentlichen um eine Vertretung der Idee und probeweise Ausführung derselben bei einer der nächsten großen Ausstellungen, sodann um weitere

Durchführung in den größeren Städten. Jedenfalls bietet sich hier eine Gelegenheit zu sozialer Hygiene in bezug auf die Nervenkraft unserer Generation.“

Drittes Kapitel.

Die erste Ausführung bei der internationalen Hygiene - Ausstellung in Dresden (1911).

In einem weiteren Aufsatz (in Nr. 21 der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift, 13. Jahrgang, 19. August 1911) habe ich über die mehrfachen vergeblichen Versuche berichtet, die ich bei verschiedenen Ausstellungsleitungen machte, um eine Einrichtung von solchen Ruhehallen zu bewirken, bis schließlich ihre erste Ausführung bei der internationalen Hygieneausstellung in Dresden erfolgte.

Der Aufsatz in der Zeitschrift „Die Krankenpflege“ hat insofern ein eigenartiges Schicksal gehabt, als er wiederholt von größeren Tageszeitungen aufgegriffen und abgedruckt oder genau besprochen wurde, während er in der psychiatrisch-neurologischen Fachliteratur merkwürdigerweise nur sehr wenig beachtet wurde, obgleich ich die Überzeugung hatte, in einem wichtigen Punkte einen brauchbaren Vorschlag zur Prophylaxe von Nervenkrankheiten gemacht zu haben. Auch gelang es mir bei verschiedenen Gelegenheiten nicht, die Durchführung dieses Planes im Interesse der Öffentlichkeit zu bewirken. Im Gegenteil stieß ich dabei auf geradezu unglaubliche Verständnis- und Interesselosigkeit. Von der Ausstellungskommission für die Weltausstellung in St. Louis wurde die Ablehnung damit motiviert, daß nach den bestehenden Vorschriften auf dem Ausstellungsterrain nicht genächtigt werden dürfe! Der betreffende Referent hatte also trotz des beigelegten Aufsatzes nicht einmal begriffen, daß es sich um eine in den Tagesstunden verwendbare Schlaf- und Ruheshalle handelte. Auch bei einer Darmstädter Ausstellung ist es mir nicht geglückt, die Durchführung des Planes zu bewirken. Ich war also einerseits durch diese Mißerfolge etwas entmutigt, andererseits schöpfte ich aus der lebhaften Anteilnahme, die der Plan gerade bei einer Reihe von sehr erfahrenen Personen aus ver-

schiedenen Berufskreisen fand, immer wieder die Hoffnung, daß der Gedanke schließlich doch zur Ausführung kommen würde. Eine neue Anregung in dieser Hinsicht erhielt ich durch den Vorsitzenden des Lärmschutzverbandes, Herrn Dr. Lessing in Hannover, der meinen Artikel zur Ergänzung einer früheren Notiz darüber in ausführlicher Form abdruckte und für den Gedanken eintrat. Ferner riet mir der Genannte, mich an das Sekretariat der Dresdener Ausstellung und an Herrn Geh. Kommerzienrat Lingner in Dresden zu wenden, was dann auch im Juni 1910 mit folgendem Schreiben unter Beilage der Äußerung von Herrn Dr. Lessing geschah:

„In der Anlage übersende ich auf Anregung von Herrn Dr. Th. Lessing in Hannover, dem Vorsitzenden des deutschen Lärmschutzverbandes, einen Aufsatz über Einrichtung von öffentlichen Schlaf- und Ruhehallen mit der Bitte, den Plan wenn möglich bei der internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden zur Ausführung zu bringen. Es würde sich empfehlen, den Pavillon so zu bauen, daß er in seinen Hauptteilen nach Schluß der Ausstellung an eine andere Stelle, wozu in Dresden, überführt und in weitere Benutzung genommen werden kann.

Vielleicht könnte das Geld durch eine Sammlung aufgebracht werden, an der ich mich nach Kräften beteiligen würde.“

Auf diese Eingabe vom 22. Juni 1910 ist mir, trotz des Baues der Ruheshalle in Dresden nach meinem Plane, eine Antwort überhaupt nicht zuteil geworden, und ich habe erst durch ein Schreiben des Herrn Kollegen Dr. R ö m e r aus Illenau, der die Vorgeschichte kannte und die Dresdener Ausstellung besuchte, im Juli 1911 davon Kenntnis bekommen, daß, meinem Antrag entsprechend, die öffentliche Schlaf- und Ruheshalle bei der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden tatsächlich errichtet worden war; sein Brief lautet:

„Gestern kehrte ich von Dresden hierher zurück und möchte Ihnen nur kurz von der Ausstellung referieren, daß die von Ihnen vorgeschlagene Ruheshalle tatsächlich funktioniert und, wie ich dies durch eignen Gebrauch bestätigt fand, sich gut bewährt. Es sind auf jeder Geschlechtsseite elf Plätze: je sechs Kabinen und fünf Liegestühle im Freien. Vielleicht dürften die Kabinen noch etwas besser ventiliert sein. Die Ausstattung ist sonst recht gut und sauber. Der Zuspruch ist gut, zum Teil größer als der vorhandene Platz, namentlich in den ersten Nachmittagsstunden. Zahlreiche Plakate machen auf die abseits in der Stille liegende Ruheshalle aufmerksam. Die Wärterin, bei der das Billett (pro Stunde 55 Pf.) gekauft wird, ist leider über die Genese der Sache nicht orientiert. Ihr Name war ihr von einem offen-

bar ärztlichen Besucher genannt worden. Vielleicht würde es sich empfehlen, namentlich in Rücksicht auf die zahlreichen ärztlichen Besucher der Ausstellung, die Sache etwas zu propagieren, etwa durch einen Sonderabdruck Ihres Vorschlages oder eine Schrift des Anti-Lärmvereins, von dem gleichfalls keinerlei Zeichen da ist, oder wenigstens durch Angabe Ihrer Adresse oder der sonstigen Interessenten. Vielleicht könnte auch ein Einschreibebuch installiert werden für die, die sich für weitere Drucksachen interessieren. Die Gelegenheit für eine Propaganda wäre auch jetzt noch nicht vorüber.

Jedenfalls würden die Pläne der Einrichtung für Sie wertvoll sein und die etwaige Übernahme der Sache durch die Stadt später von Bedeutung für das Gedeihen der Einrichtung werden.“

Auf Grund dieser Mitteilung wendete ich mich dann an die Ausstellungsleitung, um mein geistiges Eigentum zu reklamieren, und erhielt darauf von der Geschäftsleitung der Dresdener Ausstellung folgende Mitteilung:

„Die Ruheshalle ist in dem zum Königlichen Großen Garten gehörigen, mit alten Bäumen bestandenen Teile des Ausstellungsgeländes an etwas abgelegener Stelle hinter den Staatspavillons Japans und Rußlands auf einer Grundfläche von ca. 265 qm errichtet worden. Der Platz ist so ausgewählt worden, daß ein Baum in der Mitte steht, der den beiden Höfen der Herren- und Damenabteilung Schatten spendet. Die Höfe haben je $4,5 \times 12,5 = 56,25$ qm Fläche. In jeder Abteilung sind 5 Kabinen vorhanden mit je $2,1 \times 3,6 = 7,56$ qm Grundfläche. Die Kabinen sind in Höhe von 2,75 m mit einer Nesseldecke überspannt und je mit einer Chaiselongue, einem Nachttisch und einem Stuhl ausgestattet. Sie sind verschließbar und mit größerem, hochgelegenen Fenster nach dem Park versehen. Vor den Kabinen stehen in dem Hofe 5 Ruhestühle im Freien, die durch eine große Anzahl Wellwände so umstellt sind, daß der einzelne Ruhende sich den Blicken der anderen entziehen kann. Für jede Abteilung ist ein großer Waschraum mit Wascheinrichtung eingerichtet und zwischen den beiden Eingängen befindet sich ein geräumiges Zimmer für die Wärterin, welche die Hallen zu beaufsichtigen und die Billetts auszugeben hat. Bemerkt wird noch, daß sowohl auf den Chaiselongues in den Kabinen wie auf den Ruhestühlen im Freien ein mit Leinen überzogenes Polsterkissen, sogenanntes Schlaraffiapolster, sich befindet, das nach jeder Benutzung frisch überzogen wird.

Der Einbau von Aborten war zunächst vorgesehen, stieß

jedoch dann wegen der Lage der Ruhehalle deswegen auf Schwierigkeiten, weil in diesem Teil des Königlichen Großen Gartens keine Schleusen eingebaut werden konnten, so daß eine Abschwemmung unmöglich gewesen wäre. Ohne eine solche glaubten wir jedoch, zumal in heißen Sommertagen, das Auftreten von Geruchbelästigungen befürchten zu müssen. Es ist deshalb nur im Waschraum durch Anschlag auf die nächste Bedürfnisanstalt hingewiesen.

Die Benutzung der Ruhehalle ist eine sehr rege, vor allen Dingen sind in den Mittags- und zeitigen Nachmittagsstunden meist sämtliche Schlafgelegenheiten belegt. Die Gebühr für Benutzung einer Ruhekabine beträgt 50 Pf. pro Stunde, zuzüglich 5 Pf. städtische Billettsteuer, und 30 Pf. für die Benutzung eines Liegestuhles im Freien.

Ihrem Wunsche entsprechend ist die Ausstellungsleitung bereit, in der nächsten Auflage des Kataloges die Ruhehallen als auf Grund der Anregung Ihrer Broschüre ins Leben gerufen aufzuführen und ist entsprechende Anweisung bereits erteilt worden.“

Jedenfalls bin ich der Leitung der Dresdener Hygiene-Ausstellung dafür dankbar, daß sie einen mehrfach von anderer Seite zurückgewiesenen Plan zum ersten Male in Wirklichkeit umgesetzt hat, muß jedoch andererseits offen aussprechen, daß der Mangel jeder Nachricht über die Ausführung der Halle auf meinen Antrag bis zu der Zeit meiner Reklamation vom Standpunkt der Wahrung des geistigen Eigentums entschieden zu beanstanden ist. Bei mündlicher Besprechung in Dresden wurde von der Ausstellungsleitung als Grund für diese auffallende Unterlassung das Versehen einer Unterbehörde angegeben. — Die Bauart der Dresdener Ruhehalle ist aus den beiden Bildern (Fig. 2 und 3) ersichtlich.

Am Schluß des obengenannten Aufsatzes habe ich die Hoffnung ausgesprochen, daß die Halle nach Schluß der Ausstellung in einer größeren Stadt, vielleicht in Dresden selbst, weitere Benutzung finden und zum Modell zahlreicher Einrichtungen gleicher Art werden wird. Dieser Aufsatz in der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift hat zunächst die erfreuliche Wirkung gehabt, daß das für mich lange Zeit peinliche Schweigen, welches in den Fachzeitschriften über meine Vor-



Figur 2.



Figur 3.

schläge geherrscht hat, durch einen daran anknüpfenden Aufsatz ¹⁾ von Herrn Kollegen M e r c k l i n -Treptow unterbrochen worden ist. Der Verfasser schließt sich den günstigen Urteilen, die von einer ganzen Reihe von psychiatrischen Kollegen nach Benutzung der Ruheshalle in persönlichen Gesprächen über die Einrichtung gefällt worden sind, im wesentlichen an und sucht das in Dresden gegebene Modell in mehreren Punkten zu verbessern, wobei er auf meinen ersten Plan Bezug nimmt.

M e r c k l i n beanstandet mit Recht, daß die von mir in meinem ersten Plan vorgesehene Trennung der beiden eigentlichen Ruheshallen von den kleinen Schlafzimmern durch einen Korridor, in Dresden nicht vorgenommen worden ist. Es liegt jedoch hier zweifellos nicht eine planlose Ignorierung eines wesentlichen Teiles meines ursprünglichen Bauplanes vor, sondern eine Methode der Ersparung. Bedenkt man, daß es sich überhaupt um die erste Ausführung des Gedankens handelt, und daß die bauliche Ausführung im ganzen ohne innere Einrichtung 6600 M. gekostet hat, was sich wohl aus lokalen Verhältnissen erklärt, so wird man es der Leitung der Dresdener Ausstellung keinesfalls verübeln können, daß sie vorläufig diesen Korridor auf beiden Seiten weggelassen und dadurch die Schlafzimmer direkt an die Hallen herangeschoben hat. (Vergl. Figur 3.)

Damit hängt die bei der damaligen Ausführung manchmal als störend empfundene Art des W e c k e n s zusammen, da in jedem Fall die Wärterin durch die Ruheshalle zu den einzelnen Schlafzimmern gelangen und an die Tür pochen mußte. Ich persönlich bin bei mehrfacher Benutzung der Ruheshalle bei der im übrigen leisen Art der Bedienung nicht dadurch gestört worden, muß jedoch M e r c k l i n völlig recht geben, daß sich auch in dieser Beziehung leicht Verbesserungen vielleicht durch elektrische Auslösung eines in dem Zimmer fallenden Hammers (nicht durch Läutewerke!) anbringen ließen.

Eine weitere Bemerkung M e r c k l i n s bezieht sich auf die Erkennung, wieviel Plätze in jedem Augenblick belegt sind, und wann dieselben eventuell wieder frei werden. Bei dem

¹⁾ Vergl. Psychiatr.-Neurologische Wochenschrift, 13. Jahrgang, Nr. 23.

zeitweilig sehr starken Andränge zu der Halle, der dazu führte, daß öfter eine ganze Reihe von Personen warten mußten, ist in der Tat eine Art Signalsystem in dieser Beziehung durchaus zu empfehlen, so daß ich Mercklins Anregung sehr begrüße. Sicher läßt sich dieses in Form einer tabellarischen Übersicht in dem Zimmer der Wärterin bewerkstelligen.

Ein dritter Übelstand ist schon in dem Schreiben der Geschäftsleitung der Dresdener Ausstellung hervorgehoben worden, nämlich die Abwesenheit von Klosetts, die mit Rücksicht auf die Lage der Halle im Königlichen Garten weggelassen werden mußten. Allerdings waren die nächsten Klosett-einrichtungen in der Ausstellung nicht weit entfernt. Es ist aber richtig, daß ihr Fehlen von manchen Personen als Übelstand empfunden wurde. Ich selbst war Zeuge davon, daß sich eine Ausländerin bei der Wärterin darüber bitter beschwerte, ja sogar es als eine Art von germanischer Rücksichtslosigkeit auffaßte. Persönlich bin ich sehr froh darüber, daß sich die Ausstellungsleitung durch diesen, von ihr selbst empfundenen Mangel nicht hat abhalten lassen, die Ruheshalle zu errichten. Es ist selbstverständlich, daß bei der ersten Ausführung von solchen Plänen auf unüberwindliche Schwierigkeiten irgendwelcher Art zunächst Rücksicht genommen werden muß, andererseits wird bei Ausführung der Hallen für die Dauer auf dieses Bedürfnis achtgegeben werden müssen.

Ein vierter Mangel bezieht sich auf das Nichtvorhandensein einer Heizung. Aber auch dies kann keinesfalls der Leitung der Dresdener Ausstellung zur Last gelegt werden, sondern erklärt sich einfach aus der Bestimmung der Halle für die bis zum Herbst dauernde Ausstellung. Allerdings ist aus einigen Einträgen in dem Album in den letzten Wochen der bis Ende Oktober offen gebliebenen Ausstellung ersichtlich, daß in dieser Zeit die Abwesenheit einer Heizvorrichtung mindestens bemerklich wurde. Bei Einrichtung von Ruheshallen in größeren Städten zur Benutzung im Sommer und Winter muß selbstverständlich darauf Rücksicht genommen werden.

Es zeigt sich also, daß die einzelnen Mängel, die dem damaligen Modell noch anhafteten, durchaus mit der Bestimmung dieser ersten Ruheshalle im Rahmen einer großen Aus-

stellung und mit deren besonderen Verhältnissen zusammenhängen, keinesfalls irgendwie als Einwendungen gegen das Prinzip aufgefaßt werden können, es entspringen daraus lediglich einzelne Verbesserungsvorschläge für die weitere bauliche Ausführung solcher Hallen, und ich werde sehr dankbar sein, wenn ich außer den sehr schätzenswerten Anregungen von Mercklin weitere Winke in dieser Beziehung erhalte.

Wie sehr durch diese Halle einem Bedürfnis des Publikums entsprochen worden ist, geht aus den vielfachen Einträgen hervor, die in das erwähnte Album in der Dresdener Ausstellung während der letzten zwei Monate — September und Oktober — gemacht worden sind. Selbstverständlich ist die Zahl der Besucher der Halle außerordentlich höher als die Zahl derjenigen, die sich eingetragen haben. Unter dieser Voraussetzung erscheint die Zahl der Einträge mit 53 relativ sehr hoch. Dabei zeigt die Übersicht der Unterschriften die Zugehörigkeit zu einer großen Reihe von verschiedenen Berufen: Ärzte, Architekten, Lehrer, Offiziere, Kaufleute usw., besonders auch eine ganze Reihe von Frauen stimmen in der Anerkennung dieser Einrichtung überein. Da es sich zunächst jetzt darum handelt, das wirklich vorhandene Bedürfnis, das von vielen Behörden noch nicht genügend anerkannt ist, auf Grund dieses Dresdener Experimentes vollkommen ins Klare zu stellen, möchte ich im folgenden eine Zusammenstellung von Einträgen aus diesem eigenartigen Gästebuch geben. Die Urteile stimmen durchaus mit den Äußerungen, die ich schon früher, d. h. vor Ausführung der Dresdener Ruheshalle, vielfach im Gespräch bekommen hatte, überein, während alle meine Bemühungen bei den Ausstellungsleitungen gescheitert waren, offenbar weil das weitverbreitete Bedürfnis völlig verkannt wurde. Ich gebe daher im folgenden eine Reihe von Auszügen:

„Eine vorzügliche Einrichtung! Würde in den Großstädten von großem Nutzen sein.“

„. . . ., war ich entzückt, eine so prächtige Einrichtung hier zu finden.“

„Prachtvolle Einrichtung.“

„Eine ausgezeichnete Einrichtung. Man staunt, daß Derartiges erst so spät zur Einführung gelangt. Sollte überall anzutreffen sein zum Wohle der Menschheit. Besonders jetzt in unserem hastigen Zeitalter.“

„Eine vorzügliche, höchst wohltuende Einrichtung, die an vielen Orten zu treffen sein möchte.“

„Ruhehallen sollten auf keiner Ausstellung fehlen.“

„Famose Sache!“

„Hoffentlich trägt eine Massenagitation zu Ruhehallen in den Großstädten bei.“

„Eine ganz famose Einrichtung!“

„Die Einrichtung der Liegehallen scheint mir sehr praktisch.“

„. . . Sanitätsrat Dr. Sachse spricht seine Freude aus über eine so zweckmäßige Neuerung.“

„Eine wohltätige und praktische Einrichtung, die überall den Fremden zur Benutzung sein sollte! Aber ohne Orchester in unmittelbarer Nähe.“

„Ausgezeichnete Einrichtung, die besonders in großen Städten sehr erwünscht wäre und bald eingerichtet werden sollte. Fehlt nur Klosett!“

„Eine großartige Idee; sehr merkwürdig, daß diese zweckentsprechende Einrichtung solcher Ruhestätten nicht schon längst eingeführt wurde!“

„Wir unterzeichnete Bürgervorsteher von Hildesheim bescheinigen, daß uns eine Stunde Ruhe während der Ausstellung ausgezeichnet bekommen ist.“

„Eine vorzügliche Einrichtung.“

„Eine köstliche Einrichtung, die besonders in Großstädten großen Beifall finden dürfte.“

„Einrichtung großartig. Aber der Kies müßte nicht da sein. Notwendig ist es, dieses Verfahren sofort in Berlin einzuführen, das ist das nächste Werk für den Erfinder.“¹⁾

„Sehr erfreut über die wohltuende Einrichtung.“

„Einzig schön.“

„Ausgezeichnet! Mir fehlte nur eine leichte Wolldecke.“

„Wunderbare Einrichtung.“

„Nach großer Ermüdung durch den Besuch der einzelnen Abteilungen der so prächtigen Ausstellung hier angelangt, und nach zwei-stündiger, wohltuender Rast wiederum mit neugestärkten Nerven vom Lager aufgestanden, kann ich nicht umhin, der Leitung dieses kleinen, aber äußerst wohltuenden Instituts meine volle Anerkennung auszusprechen. Man kann nur jeder künftigen großzügig angelegten Ausstellungsleitung den Rat geben, eine derartige Einrichtung zu schaffen, und ist deren Frequenz und Rentabilität sicher außer Frage.“

„Gute Einrichtung, die sich hoffentlich einbürgern wird.“

„Der Begründer der Ruheshalle müßte den ersten Preis auf der Ausstellung erhalten, wenn ein solcher existierte.“²⁾

¹⁾ Vergl. dazu den Bescheid der Stadtverwaltung Berlin, S. 27.

²⁾ Dem Urheber der Halle ist von der Ausstellungsleitung in Dresden ein Preis nicht zuerteilt worden. Dagegen haben meine Pläne im Zusammenhang mit anderen Sammlungsgegenständen bei

„Die Ruhehallen-Einrichtung ist eine tadellose und ist sehr empfehlenswert.“

„Eine ganz vorzügliche Einrichtung.“

„Eine ganz ausgezeichnete Idee.“

„Gelungene Sache.“

„Famose Einrichtung.“

„Eine außerordentlich begrüßenswerte Neuerung, passend in den Rahmen der herrlichen Ausstellung.“

„Großartige Idee. Für erregbare und leicht ermüdende Leute in den Großstädten eine Einrichtung von hervorragender Bedeutung und sicher erfolgreicher Wirkung. Gratuliere und wünsche, daß Ihre ausgezeichnete Idee die größte und schnellste Verbreitung finde. Mit kollegialem Gruß Ihr ergebener Professor Dr. Johann Piltz, Direktor der psychiatrischen und Nervenklinik in Krakau.“

„Bin von der vorliegenden Idee begeistert und bitte um gefällige Zusendung Ihrer Schrift „Ruhehallen“. Dr. Ed. Morauf, Arzt, Wien VI, Esterhazypl. 39.“

„Diese Idee hatte mein verstorbener Schwiegervater, Hofrat Dr. A. Mirus in Leisnig schon vor Jahrzehnten (für die Leipziger Messe). Er würde sich freuen, sie nun ausgeführt zu sehen. Mit kollegialem Gruß Dr. Karl Vollmöller, Universitätsprofessor a. D., Dresden-A., Wienerstr. 9.“

„Die Idee ist ausgezeichnet und wäre es zu begrüßen, wenn überall, besonders in den großen Städten, derartige Ruhehallen in Verbindung mit Restaurationen eingerichtet würden.“

„Wir schließen uns den vorstehenden Meinungen aufrichtig an.“

Im gleichen Sinne gehen die Einträge weiter und zeigen, daß die Einrichtung einem weit verbreiteten Bedürfnis entspricht.

Viertes Kapitel.

Ruhehallen in den größeren Städten.

Wenn man die mitgeteilten Urteile überblickt, könnte man annehmen, daß der Versuch, die Einrichtung nunmehr in den großen Städten durchzusetzen, leicht zum Ziel führen würde. Es ist aber in sehr vielen Fällen zwischen dem Bedürfnis des Publikums einerseits und der Einsicht und dem Willen von Behörden andererseits ein außerordentlicher Unterschied vor-

der Internationalen Ausstellung für soziale Hygiene in Rom Anerkennung in Gestalt eines gran premio gefunden. Sommer.

handen, der sich daraus erklärt, daß für die Organisation von Ausstellungen, ferner für die Stadtverwaltungen und staatlichen Behörden in der Regel ganz andere Gesichtspunkte maßgebend sind, als die Befriedigung von natürlichen Bedürfnissen. Ganz abgesehen von der Geldfrage, erklärt sich von dem sozial-philosophischen Standpunkt dies aus der rationalistischen Beschaffenheit der Zivilisation im Gegensatz zu den gefühlsmäßigen Bedürfnissen der leidenden Menschheit. Die großen Widerstände, die bei der Durchführung dieser Idee der öffentlichen Ruhehallen zu überwinden sind, erscheinen mir also lediglich als Einzelfall einer großen sozialen Gruppe von Erscheinungen und Vorgängen. Ich wundere mich deshalb im Grunde durchaus nicht darüber, daß meine bisherigen Versuche, auf Grund des Dresdener Modells bei den Stadtverwaltungen dauernde Einrichtungen dieser Art durchzusetzen, bisher vergeblich gewesen sind. Ich habe, um die Entwicklung in dieser Richtung zu fördern, im Oktober 1911 an eine große Zahl von Stadtverwaltungen folgendes Rundschreiben gesandt:

„Der Unterzeichnete übersendet in der Anlage ¹⁾ ergebenst einen Aufsatz über die öffentliche Ruhehalle, die bei der internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden auf meinen Antrag und nach meinem schon früher entwickelten Plan errichtet worden ist.

Es handelt sich nun weiter um die Einrichtung solcher Hallen in den größeren Städten und Verkehrszentren. Die Kosten des in Dresden errichteten Baues belaufen sich auf ca. 6600 M., bei der Ausführung für die Dauer müßte wohl etwas mehr gerechnet werden. Das finanzielle Ergebnis wird voraussichtlich so sein, daß bei der Ausführung solcher Hallen von seiten der Städte kein finanzielles Risiko zu erwarten ist. Die Hauptsache ist von vornherein die richtige Wahl des Platzes. Daß diese Einrichtungen einem weit verbreiteten Bedürfnis entsprechen und ein wirkliches Mittel der sozialen Hygiene sind, ist durch den Erfolg bei der Dresdener Ausstellung erwiesen. Die Halle kann bei der Hygiene-Ausstellung noch bis Ende Oktober und wahrscheinlich zum Zweck des Studiums noch ca. 14 Tage länger besichtigt werden.

¹⁾ Separatabdruck aus der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift. (Vgl. S. 15.)

Ich bitte nun, die Frage einer solchen Einrichtung in dortiger Stadt zu prüfen und, wenn möglich, den Plan durchzuführen. Eine Frankfurter Baufirma hat sich erboten, die Pläne und Kostenvoranschläge aufzustellen und würde jedenfalls bereit sein, dieselben dort vorzulegen, wenn nicht die Aufstellung der Baupläne auf Grund meiner Skizze und des Dresdener Modells dort in die Hand genommen wird. Ich bitte, mir Ihr Urteil und Ihre EntschlieÙung gefl. mitzuteilen.“

Die Versendung geschah an folgende Städte: I. Inländische: Barmen, Berlin, Braunschweig, Bremen, Chemnitz, Cöln a. Rh., Düsseldorf, Elberfeld, Frankfurt a. M., Halle a. S., Hamburg, Hannover, Heidelberg, Kiel, Königsberg, Leipzig, Lübeck, Magdeburg, Mannheim, München, Nürnberg, Stettin, StraÙburg, Stuttgart, Würzburg. II. Ausländische: Amsterdam, Basel, Bern, Budapest, Brüssel, Chicago, Christiania, Florenz, Genua, Kopenhagen, London, Madrid, Mailand, Manchester, Moskau, New York, Paris, Rom, Rotterdam, S. Franzisko, St. Louis, St. Petersburg, Stockholm, Triest, Turin, Venedig, Wien.

An die Herren Oberbürgermeister von Frankfurt a. M. und Cöln a. Rh., zu denen ich von anderen Gelegenheiten Beziehungen hatte, sind ausführliche Schreiben mit besonderer Beziehung auf die mir gut bekannten besonderen Verhältnisse dieser Städte abgegangen, ohne daÙ irgend eine Reaktion darauf erfolgt ist.

Mein Verfahren stellt sozusagen ein psychophysisches Experiment darüber vor, wie die Verwaltungen der großen Städte im allgemeinen sich zu dem nachgewiesenen Bedürfnis des Publikums verhalten. Von den genannten Stadtverwaltungen habe ich bisher folgende Antworten erhalten, die ich hier in der Reihenfolge des Eingehens zusammenstelle, indem ich den betreffenden Behörden verbindlichst danke, daÙ sie mir auf mein Schreiben geantwortet haben.

Stettin: „Wenn wir auch das Berechtigte und Nützliche der von Ihnen angeregten öffentlichen Ruhehalle voll anerkennen, so glauben wir doch, daÙ für Stettin zur Zeit ein Bedürfnis nach einer derartigen Halle noch nicht vorliegt.“

Barmen: „ . . . , daÙ in Barmen zur Zeit ein geeigneter Platz zur Errichtung einer öffentlichen Ruhehalle nicht vorhanden ist. Ich werde jedoch diesen sehr beachtenswerten Plan im Auge behalten.“

Elberfeld: „Von dem Aufsatz über die Einrichtung öffentlicher

Schlaf- und Ruhehallen habe ich mit Interesse Kenntnis genommen. Einer solchen Einrichtung näher zu treten, liegt jedoch für hiesige Stadt kein Bedürfnis vor.“

Chemnitz: „Ihre Anregung, betreffend die Errichtung öffentlicher Schlaf- und Ruhehallen in großen Städten, hat den hiesigen Gesamt-senat in seiner letzten Sitzung beschäftigt. Der Rat hat aber beschlossen, von einer Weiterverfolgung der Angelegenheit abzusehen, da ein Bedürfnis zur Errichtung von Ruhehallen in Chemnitz jetzt nicht anerkannt werden kann.“

Würzburg: „ . . . , daß wir vorerst, so anerkennenswert auch Ihre Anregung ist, zurzeit dieselbe nicht weiter zu verfolgen gedenken.“

Berlin: „Wir haben mit Interesse von Ihren Ausführungen über Aufstellung von Ruhehallen in Großstädten und Ausstellungen Kenntnis genommen, bezweifeln aber sehr, daß in einer Großstadt in der Nähe von Verkehrszentren ruhige Plätze zu finden sein werden, welche in dort aufgestellten Ruhehallen eine Beruhigung der Nerven oder gar einen ungestörten Schlaf ermöglichen. In Berlin halten wir eine derartige Einrichtung jedenfalls nicht für durchführbar.“

Nürnberg: „Im Hinblick auf die zutreffenden Ausführungen der Gutachter vom 30. vor. und 10. d. Mts. wird zurzeit von der Herstellung von öffentlichen Schlaf- und Ruhehallen abgesehen; es bleibt jedoch vorbehalten, bei gegebener Veranlassung die Angelegenheit weiter zu behandeln.“

Stuttgart: „ . . . , daß die hiesige Stadtverwaltung beschlossen hat, der Sache vorläufig nicht näherzutreten.“

Leipzig: „ . . . , daß wir hier ein Bedürfnis solcher Hallen zurzeit nicht anzuerkennen vermögen und deshalb zu unserem Bedauern nicht in der Lage sind, Ihrem Angebote näher zu treten.“

London: „In answer to your letter, datet October 1911, I have to inform you that the Council has erected waiting rooms in connection with its tramway service for the use of persons desiring to travel on its tramways. Seven such shelters have already been erected at certain points where the conditions of the traffic make it desirable that shelter should be provided for intending passengers, and others are contemplated. The buildings are for open construction and contain no seats or lavatory accommodation. I may add that many of the local authorities in London have constructed within their respective boroughs underground places of convenience, at some of which facilities are given for the sale of books, newspapers, etc.“

Die Übersetzung lautet:

„Als Antwort auf Ihren Brief vom Oktober 1911, habe ich Ihnen mitzuteilen, daß der Rat Warteräume in Verbindung mit seinem Straßenbahndienst errichtet hat, zur Benutzung für diejenigen Personen, welche seine Trambahnen brauchen wollen. Sieben solcher Unterkunftstätten sind schon an gewissen Punkten errichtet worden, wo die Verkehrsbedingungen es wünschenswert machen, daß Schutz

für Reisende gewährt würde, und andere sind in Aussicht. Die Gebäude sind von offener Bauart und enthalten keine Sitze oder Waschräume. Ich möchte hinzufügen, daß viele von den lokalen Behörden in London innerhalb ihrer betreffenden Marktflecken Untergrund-Bequemlichkeitsplätze haben, wo bei einigen Gelegenheit für Bücher- und Zeitungsverkauf usw. geboten ist.“

Wenn diese Übersetzung richtig ist, so liegt eine Verwechslung zwischen Schlaf- und Ruhehallen in meinem Sinne einerseits, Wartehallen bei Trambahnen usw. anderseits vor.

Es geht aus der Zusammenstellung hervor, daß bisher von 27 deutschen und 27 ausländischen Stadtverwaltungen nur 9 bzw. 1, im ganzen 10, geantwortet haben, die sämtlich zur Zeit der Ausführung des Planes nicht näher treten wollen. Ich kann den Stadtverwaltungen diese vorläufige Ablehnung auch durchaus nicht übel nehmen und bin damit zufrieden, daß die Angelegenheit überhaupt bei den betreffenden Behörden zunächst beraten worden ist. Bekanntlich bildet es im staatlichen Leben eine Art Regel, daß richtige Vorschläge zunächst mehrfach abgelehnt werden, um gelegentlich später wieder aufgegriffen und schließlich durchgeführt zu werden. Man muß in solchen Fällen schon sehr zufrieden sein, wenn die betreffenden Vorschläge überhaupt geprüft und nicht, wie es bei Neuerungen, z. B. methodischen Fortschritten auch im wissenschaftlichen Leben, öfter der Fall ist, im Anfang sogar von fachmännischer Seite als sinnlos bezeichnet werden, bis die fortschreitende Entwicklung die Entscheidung über den Wert der eventuellen Neuerung bringt. Ich lasse mich daher durch das ablehnende Verhalten der Stadtverwaltungen und Behörden, die bisher geantwortet haben, nicht im mindesten entmutigen, sondern werde ruhig auf dem eingeschlagenen Wege weitergehen. Jedenfalls hat die Ausführung des Planes bei der internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden für die weitere Entwicklung dieser Angelegenheit grundlegende Bedeutung gehabt.

Fünftes Kapitel.

Die neuen Pläne bei der Städteausstellung in Düsseldorf (1912).

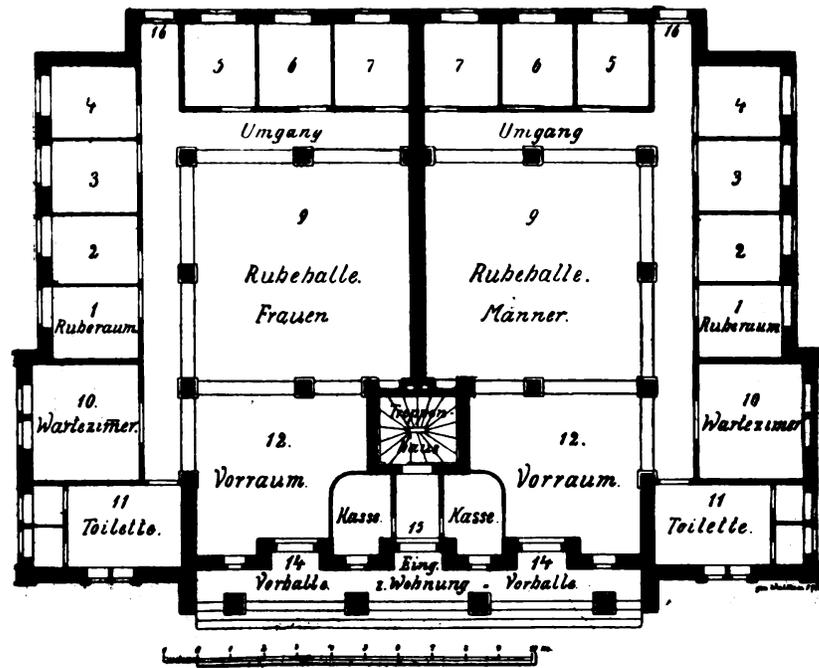
Schon bei der internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden hatte ich, ohne Kenntnis davon, daß infolge von mei-

nem Antrag eine öffentliche Ruheshalle wirklich ausgeführt worden war, die Absicht, im Zusammenhang mit der Sektion für Rassenhygiene wenigstens Pläne der Ruheshallen auszustellen, und hatte in diesem Sinne Schritte getan. Mein Vorschlag wurde jedoch von dem betreffenden Komitee zurückgewiesen, wobei es diesem, ebenso wie mir, offenbar unbekannt war, daß die von mir vorgeschlagene Ruheshalle in Dresden schon fertig dastand. Schon damals hatte ich mit Herrn Architekten Burg in Gießen, mit dem ich bei der Rekonstruktion des Liebig-Laboratoriums in Gießen zusammen gearbeitet habe, und der sich hierbei sehr bewährt hatte, die weitere Ausarbeitung von Plänen für eine Ruheshalle besprochen. Durch die Entdeckung, daß die Halle in Dresden infolge meines früheren Antrages schon ausgeführt war, wurde dieser Entwurf vorläufig gegenstandslos, aber gerade die Erkenntnis einiger Mängel der Konstruktion der Dresdener Halle veranlaßte mich von neuem, mich mit Herrn Architekten Burg wegen der Ausgestaltung des Planes in Verbindung zu setzen. Eine gute Gelegenheit hierzu bot die Städteausstellung in Düsseldorf, von deren Leitung ich zur Beteiligung aufgefordert worden war. Ich entschloß mich, außer einer Reihe von Plänen für psychiatrische Stadtasyle, die im Zusammenhang mit meinen Bestrebungen in dieser Richtung von Herrn Professor Dr. D a n n e m a n n , dem Oberarzt meiner Klinik, früher für die Weltausstellung in St. Louis entworfen waren, auch meine Pläne einer öffentlichen Ruheshalle auszustellen, und zwar gemeinsam mit den weiteren Entwürfen von Herrn Architekten B u r g , die nach öfteren gemeinsamen Besprechungen zustande gekommen sind. Die Düsseldorfer Ausstellung enthielt also in dieser Beziehung:

1. meine ersten Pläne und die Bilder der in Dresden nach meinem Plan ausgeführten Ruheshalle,
2. neue Entwürfe, die besonders unter weiterer Entwicklung des Dresdener Modells Dauereinrichtungen dieser Art für Benutzung in den größeren Städten aufweisen.

Der Grundriß und das Gesamtbild ist aus den beigegebenen Plänen, Abbildung 4 und 5, ersichtlich. Der erstere kehrt nach der vorläufigen Ausgestaltung in Dresden zu dem von mir von Anfang an festgehaltenen Grundsatz zurück, daß die Einzelkabinen von dem eventuell allgemeinen Ruheraum durch

eine Korridoranlage getrennt sein sollen, damit nicht, wie dies in der Dresdener Halle manchmal geschehen ist, die in dem gemeinsamen Raum Ruhenden bei dem Wecken der in den Kabinen Schlafenden gestört werden. Dabei ist die Gruppierung der Einzelzimmer im Verhältnis zu dem gemeinsamen Raum so gewählt, daß der Korridor, nach Art eines Kreuzganges an den alten Klostergärten, um den gemeinsamen



Figur 4.

Raum herumgeht. Es wird dadurch auch die Rückseite für die Anlage von Kabinen gewonnen. Ferner wurde die Stellung der durchaus notwendigen Klosettanlage so gewählt, daß möglichst wenig Störung der Ruhenden erfolgen soll, was meiner schon früher aufgestellten Forderung durchaus entspricht. Schließlich wurde in dem Sinn einer Dauereinrichtung in dem vorderen Teil des Gebäudes ein Giebel eingebaut, der als Wohnung für die Wärterin dienen soll.

Die Abmessungen der einzelnen Räume sind folgende:

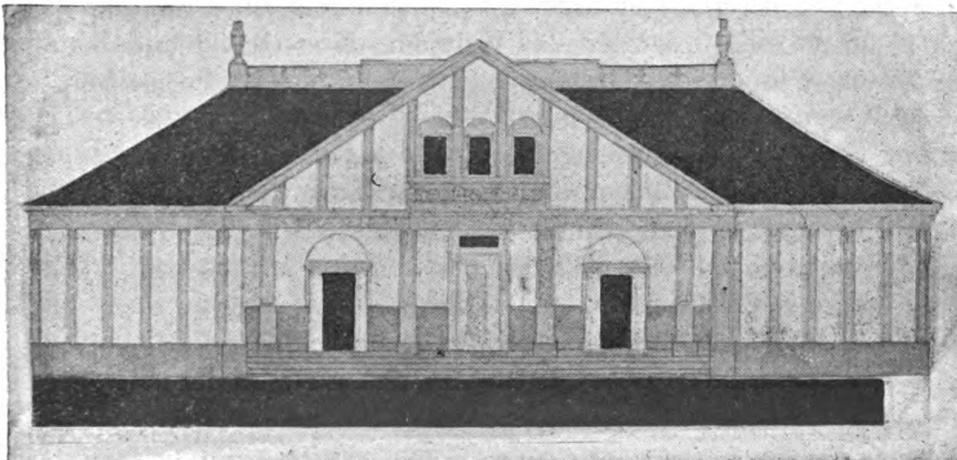
1. gemeinsamer Ruhe Raum auf jeder Seite 42,25 zusammen 84,50 qm.

2. Einzelräume auf jeder Seite $7 \times 5,50 = 38,50$ qm.
3. Toilettoraum auf jeder Seite inklus. Klosett zusammen 11,25 qm.
4. Raum für die Wärterin zur Abfertigung der Besucher.
5. Wohnräume der Wärterin im oberen Stock insgesamt 37,5 qm.

Der Quadratinhalt des Gebäudes beträgt ca. 390 qm, die Höhe des vorderen Teils ca. 10 m.

Die Baubeschreibung des Herrn Architekten Burg lautet:

„Das Gebäude in streng symmetrischer Form, in ortsüblichem Material errichtet, weist zwei Abteilungen mit je sieben Einzelzellen und einer größeren Ruhehalle zur allgemeinen Benutzung, sowie



Figur 5.

ein Schreib- und Wartezimmer mit anschließender Toilette und je zwei Klosetts auf. An die Eingänge für Damen und Herren schließt sich ein Vorraum und ein Schalterraum für Wärter und Wärterin. Der Schalterraum ist so gelagert, daß der Wärter oder die Wärterin jede Tür der Einzelzellen im Auge hat. Der Mittelbau der Hauptfront hat Mansardendach und Unterkellerung. Im Mansardendach liegt die Wohnung des Hauswartes (Wärter oder Wärterin). In der Kellerung sind die Zentralheizung und die Haushaltungskeller des Hauswartes untergebracht. Die Konstruktion der beiden Ruhehallen ist in Eisenbeton mit Glasoberlicht gedacht. Die Böden der Einzelzellen, der Ruhehallen, des Rundganges und des Schreib- und Wartezimmers sind mit Filzlinoleum belegt. Das Gebäude ist mit elektrischem Licht, Klingel und Signalwerk versehen. Die allgemeine Anordnung ist aus Grundriß, Ansicht und Schnitt des Gebäudes ersichtlich.“

Diese Pläne sind im Führer der Sektion III der Düsseldorfer Ausstellung von 1912 genau erläutert. — Hoffentlich hat die Ausstellung der Pläne in Düsseldorf dazu beigetragen, um dem Gedanken der öffentlichen Ruhehallen immer mehr Anhänger zu verschaffen, so daß schließlich die Ausführung in einer Reihe von Städten zustande kommt.

Die Kosten veranschlagt Herr Architekt Burg in folgender Weise:

„Bei Zugrundelegen des Quadratinhaltcs mit 390 qm, bei einem Herstellungspreis pro Quadratmeter mit 170 M., ergibt sich eine Gesamtsumme von (rund) 66 000 M. Bei Zugrundelegen des Kubikinhaltes mit 3900 cbm, bei einem Herstellungspreis pro Kubikmeter mit 17 M., ergibt sich eine Summe von (rund) 66 000 M., so daß das Gebäude ohne Grund und Boden und ohne innere Ausstattung zu ungefähr diesem Preise hergestellt werden kann.“

Diese Kosten sind höher, als ich sie nach dem Dresdener Versuch erwartet hatte, aber es ist zu berücksichtigen, daß es sich hierbei um Dauereinrichtungen handelt und die Leistungsfähigkeit bei dieser Bauart eine wesentlich höhere sein würde als die des Provisoriums in Dresden. Auch meine ich, daß die Kosten sich durch einfachere Bauart unter Beibehaltung des Grundrisses werden wesentlich ermäßigen lassen.

Sechstes Kapitel.

Nachahmungen. Geschäft und Sozialhygiene.

Nachdem ich 1902 den ersten Entwurf einer öffentlichen Schlaf- und Ruheshalle verfaßt hatte, nachdem ich seitdem ununterbrochen bei den verschiedensten Gelegenheiten für die Ausführung der Idee eingetreten war, unterstützt besonders durch eine Reihe von Tageszeitungen, die meinen ersten Aufsatz immer wieder von neuem aufgriffen, nachdem dann auf meinen Antrag die erste Ruheshalle bei der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden entsprechend meinem Plan errichtet war, nachdem ich dann, wie oben dargestellt wurde, eine große Zahl von Städten zur Errichtung von Ruheshallen zu veranlassen gesucht hatte, nachdem schließlich bei der Städte-

ausstellung in Düsseldorf neue Pläne für Dauereinrichtungen dieser Art, nach meinen Angaben von Herrn Architekten Burg in Gießen entworfen, ausgestellt waren, erschienen im Jahre 1912 plötzlich in einer ganzen Reihe von Tageszeitungen Reklameartikel des Inhalts, daß in Berlin ein „Siesta-Institut“ nach Londoner Muster errichtet worden sei. Nach den Zeitungsnotizen scheint es sich um eine Gesellschaft m. b. H. zu handeln, d. h. um eine geschäftliche Unternehmung, die sich des von mir seit mehr als 10 Jahren verfochtenen Gedankens der Ruhehallen nunmehr in lukrativer Weise bemächtigt hat. Sehr bezeichnend ist schon der Umstand, daß der deutsche Ausdruck: „öffentliche Schlaf- und Ruhehalle“ durch die fremdländische Etikette „Siesta-Institut“ ersetzt ist, was einerseits der unausrottbaren Neigung des deutschen Publikums zu hochtönenden Fremdwörtern entspricht, andererseits in sehr geschickter Weise die sprachliche Beziehung zu der von mir vertretenen und in Dresden schon in einem Beispiel ausgeführten „öffentlichen Schlaf- und Ruhehalle“ vermeidet. Außerdem war der Umstand sehr charakteristisch, daß dieses Siesta-Institut als aus London eingeführt bezeichnet wurde, während in sämtlichen mir bisher zu Gesicht gekommenen Artikeln darüber die Beziehung auf meine Pläne und die Entstehung der ganzen Bestrebung in Deutschland fehlte. Auch hier ist zu sagen, daß selbstverständlich dem großen deutschen Publikum ein aus „London“ eingeführtes „Siesta-Institut“, selbst wenn diese Herkunft gar nicht stimmt, viel mehr imponiert als eine in Deutschland erfundene „öffentliche Ruhehalle“.

Zufälligerweise habe ich bei meinem früheren Rundschreiben mich auch an die Londoner Stadtverwaltung gewandt und von dort die oben zitierte Nachricht (vergl. Seite 27) erhalten, die entschieden beweist, daß Ruhehallen in meinem Sinn in London nicht existieren. Die behauptete Herkunft des Siesta-Instituts aus London ist daher eine unbewußte oder bewußte Unwahrheit, die ebenfalls wieder, wenn nicht den Zweck, so doch mindestens die Wirkung hat, die Tatsache zu verhüllen, daß diese sozial-hygienische Idee in Deutschland entstanden und jetzt schon bis zu einem gewissen Grad entwickelt worden ist. Ebenso wie ich mein geistiges Eigentum oben

gegenüber der Leitung der Dresdener Hygiene-Ausstellung reklamieren mußte, möchte ich hier ausdrücklich klarstellen, daß es sich bei diesem Berliner Unternehmen um eine Nachahmung der von mir entwickelten Pläne unter Anpassung an die verkehrstechnischen und kapitalistischen Lebensformen einer großen Stadt handelt. Im übrigen freue ich mich, daß diese ganze Bestrebung sich auf diesem Wege weiter einbürgert, und vom Standpunkt der Prophylaxe dieser allgemeinen Idee habe ich auch gegen diese geschäftliche Form der Sache nichts weiter einzuwenden.

Abgesehen von der persönlichen Seite der Sache möchte ich jedoch hier prinzipiell zu den verschiedenen Formen Stellung nehmen, unter denen der Gedanke nun weiter entwickelt werden kann. Der Vorschlag, eine Gesellschaft zur Errichtung von solchen Ruhehallen zu gründen, war schon vorher (nach der Dresdener Ausstellung) von seiten einer größeren Bau-firma an mich herangetreten, und ich hätte daher Gelegenheit gehabt, dem Berliner Siesta-Institut auf diesem finanziellen Wege vorherzukommen. Selbstverständlich hat diese Bau-firma wohl kaum lediglich aus sozialhygienischen Motiven dieses Ansinnen an mich gestellt, sondern der Zweck war wohl auch hier im wesentlichen ein wirtschaftlicher, indem es auf die Errichtung einer größeren Zahl von Hallen dieser Art, selbstverständlich durch die betreffende Firma, abgesehen war. Ich konnte mich zu einer Beteiligung an diesem Plan nicht entschließen, nicht nur, weil ich als wissenschaftlicher Arbeiter zu wenig von großen Finanzunternehmungen verstehe, sondern weil mir von vornherein dieser Weg zur Lösung der Frage nicht der richtige zu sein scheint, sondern auf die schiefe Ebene der Kapitalanlage mit Erzielung möglichst hoher Dividende hinauslaufen mußte. Ich habe mich schon damals prinzipiell in dem Sinne entschieden, daß ich eine wirklich sozialhygienische Wirkung nur auf dem Wege allgemeiner volkshygienischer Maßregeln dieser Art erwarte, während mir die bloße kapitalistische Form solcher Einrichtungen nicht geeignet erschien, das Ziel zu erreichen, was ich bei meiner Bestrebung im Sinne hatte. Rein kapitalistische Unternehmungen dieser Art werden immer wieder nur zu einer Sonder-Einrichtung für die besitzenden Klassen führen, während ich

eine vollständige Durchdringung unseres ganzen modernen Verkehrs- und Wirtschaftslebens mit Ruheeinrichtungen dieser und ähnlicher Art im Sinne habe. Nur wenn die Städte, die Staatbehörden, die großen Organisationen der Unfalls- und Invaliditäts-Versicherung, ferner auch Wohltätigkeitsvereine und soziale Genossenschaften den Gedanken als Teil eines großen sozialen Programms auffassen und dementsprechend überall diese Ideen durchführen, wird das erreicht werden, was mir vom Standpunkt der Volkshygiene vorschwebt, nämlich eine Verbesserung der allgemeinen Volksgesundheit durch richtig organisierte Ruheeinrichtungen. Somit stehen sich die beiden Formen der Lösung unter den Leitmotiven: Geschäft und Sozialhygiene im Grunde unvermittelt gegenüber, und trotz des unverkennbaren Vorteils, den auch geschäftliche Unternehmungen dieser Art bieten, kann eine Verbesserung in umfassender Weise nur auf dem Boden der allgemeinen Sozialhygiene zustande kommen.

Siebentes Kapitel.

Schlafwagen und Ruhehallen im Eisenbahnwesen.

Vom Standpunkt der Prophylaxe in bezug auf Ermüdung größerer Gruppen der Bevölkerung ist es wichtig, das Eisenbahnwesen einer kritischen Betrachtung zu unterziehen. Seitdem sich mit der rapiden Entwicklung des Verkehrslebens auch die Nachtfahrten für viele Reisende sehr gehäuft haben, ist die Bestrebung entstanden, wenigstens für den höher zahlenden Teil des Publikums Schlafwagen einzurichten. Diese sind entweder in den Händen von kapitalkräftigen Gesellschaften oder in selteneren Fällen von Eisenbahngesellschaften privater oder staatlicher Art. Sie bilden jedoch in der Regel ein Reservat des relativ höher begüterten Teils des reisenden Publikums, wobei es auch in der zweiten Klasse der deutschen Eisenbahn sehr viele Reisende gibt, die sich diesen „Luxus“ nicht leisten können und geneigt sind, in dem gewöhnlichen Koupee zu bleiben auf die Gefahr hin, hier während der ganzen Nacht keine Gelegenheit zum Ausstrecken zu finden, wie

dies nach meinen Erfahrungen in manchen Ländern nicht nur für die II., sondern auch für die I. Klasse gilt. Die Schlafwagenbenutzer stellen demnach nur einen verschwindenden Teil des zahlreichen in der Nacht reisenden Publikums dar. Es ist mir nicht bekannt, ob in dieser Beziehung schon einmal eine Eisenbahndirektion vom sozial-hygienischen Standpunkt eine vergleichende Statistik des während der Nacht mit oder ohne Schlafwagen reisenden Publikums gemacht hat. Nach meinen Beobachtungen würde diese Statistik z. B. bei uns in Deutschland sogar in der II. Klasse die außerordentliche Überzahl der nicht im Schlafwagen fahrenden Personen ergeben. Allerdings finden manche auch ohne Schlafwagen, besonders mit Hilfe eines im richtigen Moment gespendeten Trinkgeldes, während der Nacht ganz günstige Bedingungen zum Schlafen auch in dem gewöhnlichen Koupee I. und II. Klasse. In der Tat ist diese relative Vermehrung der wirklich in der Nacht Schlafenden vom hygienischen Standpunkt sehr zu begrüßen, wenn auch die zu diesem Zweck angewendeten Mittel manchmal nicht ganz einwandfrei erscheinen. Aber auch wenn man diese Reisepraktiker zu den Schlafwagenbenutzern hinzurechnet, wird sehr wahrscheinlich schon in der II. Klasse eine Überzahl von Fällen herauskommen, bei denen die aus irgendwelchen Gründen unvermeidlichen Nachtfahrten stark ermüdend wirken.

Dies gilt in noch außerordentlich viel höherem Grade für die Benutzer der III. und der IV. Klasse.

Hervorzuheben ist, daß in anderen Ländern außer Deutschland speziell in Rußland durch die Einrichtung der Wagen in viel höherem Maße für das Schlafbedürfnis der Insassen auch der II. Klasse gesorgt ist. Aus diesem Grunde ist das Reisen in Rußland trotz vielfacher Nachtfahrten im allgemeinen viel weniger anstrengend als in Deutschland, wobei noch die bedeutende Verbilligung bei weiten Reisen durch den Zonentarif sehr wesentlich in dem Sinne in Betracht kommt, daß infolge der dadurch gegebenen Verbilligung vielfach die höheren Klassen mit ihren größeren Bequemlichkeiten benutzt werden. Zweifellos könnten sich die deutschen Eisenbahnverwaltungen in dieser Beziehung aus dem in anderen Punkten nicht nachahmenswerten Rußland sehr wichtige soziale Anregungen holen.

Vor allen wäre bei den deutschen Eisenbahnen lediglich auf dem Verwaltungswege schon dadurch etwas zu erreichen, daß für die Nachtfahrten eine reichliche Zahl von Plätzen durch genügende Einstellung von Wagen geboten und das Eisenbahnpersonal angewiesen wird, auch ohne die individuell begünstigende Verabreichung von Trinkgeldern nach Möglichkeit für bequeme Lagerung der Passagiere zu sorgen. Wieweit sich durch entsprechende Einrichtung der Wagen reichlichere Gelegenheit zum Ausruhen der Reisenden in der Nacht schaffen ließe, müßte vom technischen Standpunkt genau überlegt werden.

Es kommt jedoch meines Erachtens im Eisenbahnwesen nicht nur diese Beschaffung von Schlafwagen bzw. Ruhegelegenheiten in den vorhandenen Wagen in Betracht, sondern vor allem auch die Einrichtung von Ruhehallen in oder dicht neben den größeren Stationen, besonders bei den für den Verkehr bedeutungsvollen Kreuzungs- bzw. Umsteigstationen. Man kann oft beobachten, daß in größeren Bahnhöfen nachts Reisende, die auf andere Linien umsteigen müssen, stundenlang in den Wartesälen oder auf den Bänken der Eisenbahnstege in Stellungen der vollständigen Ermüdung sitzen oder besser kauern. Die in dieser Weise mit den größten Unlustgefühlen verbrachte Wartezeit könnte vom volkshygienischen Standpunkt viel besser zu einem richtigen Schlaf in einer von der Eisenbahnverwaltung selbst eingerichteten Ruhehalle in oder bei dem Bahnhof verwendet werden. Leider sind jedoch in dieser Beziehung wenigstens in Deutschland und vermutlich auch in anderen Ländern noch keine solchen Einrichtungen vorhanden. Um eine Anregung nach dieser Richtung zu geben, habe ich die oben erwähnte, an die Stadtverwaltungen gerichtete Eingabe mit geringen formalen Änderungen auch an den Preußischen Minister der öffentlichen Arbeiten in Berlin gesandt, der mir auf meine Bitte hin in entgegenkommender Weise die Erlaubnis zur Veröffentlichung seiner Antwort gegeben hat. Diese lautet folgendermaßen:

„Von der gefälligen Eingabe vom 23. Oktober d. J. habe ich mit Interesse Kenntnis genommen, muß aber von Einrichtungen der von Ihnen gewünschten Art auf den größeren Bahnhöfen absehen, weil

dem allgemeinen Verkehrsbedürfnis durch die Warteräume in ihrer jetzigen Gestalt Rechnung getragen wird und kein Anlaß besteht, von längeren Reisen ermüdete Personen durch besondere Einrichtungen in den Bahnhöfen zurückzuhalten. Auch eignen sich die Bahnhöfe schon an und für sich nach Lage und Beschaffenheit sowie wegen der Geräusche des Eisenbahnbetriebes wenig dazu, Anlagen für ruhebedürftige Personen aufzunehmen.“

Zu dieser Erwiderung bin ich genötigt trotz meiner persönlichen Dankbarkeit dafür, daß ich überhaupt eine Antwort erhalten habe, einige kritische Bemerkungen zu machen. Die Antwort entspricht zweifellos den Gesichtspunkten, die zur Zeit wohl überall im Eisenbahnwesen festgehalten werden, gleichgültig ob die betreffenden Verwaltungen privater oder staatlicher Natur sind. Es gibt eben in der Entwicklung des Verkehrswesens allgemeine Gesetze, denen sich in einer gegebenen Zeit die ausschlaggebenden Stellen durch eine Art natürlichen Zwanges ohne weiteres unterwerfen, während Neuerungen vorschläge, die von ganz anderen Absichten ausgehen, naturgemäß zunächst verworfen werden. Es gibt im staatlichen Leben eine Menge von Beispielen für die Erscheinung, daß die Geschäftsführung eines Ressorts erst allmählig durch die Zwecke eines anderen im günstigen oder ungünstigen Sinn beeinflusst wird. Es handelt sich also nicht darum, ob die in der gegebenen Antwort enthaltenen Motive an sich im Sinne der gegenwärtigen Verkehrstechnik richtig sind, sondern darum, ob man den sozialhygienischen Motiven für die ganze Volksbeschaffenheit eine solche Bedeutung beilegen will, daß demgemäß eine Beeinflussung des Eisenbahnverkehrs im Sinne solcher prophylaktischen Ruheeinrichtungen zu erfolgen hat. Dies ist meiner Auffassung nach zweifellos der Fall, da es sich bei den Eisenbahneinrichtungen nicht nur um die Technik des Betriebes handeln kann, sondern vom volkshygienischen Standpunkt aus sicher sehr wesentlich auch um die Schonung der körperlichen und geistigen Gesundheit der von den Eisenbahnen beförderten Reisenden.

Wir haben in anderen Punkten des Eisenbahnverkehrs eine ganz ähnliche Beeinflussung des Betriebes durch die Rücksichtnahme auf das Publikum erlebt, z. B. war das früher übliche nervenerschütternde Pfeifen der Lokomotiven vom Standpunkt des reinen Eisenbahnbetriebes zweifellos zu rechtfertigen.

tigen, da es ein deutliches Signal der Ankunft und Abfahrt darstellte. Die Belästigung des Publikums durch diese erschütternde akustische Äußerung des Betriebes war aber so stark, daß man mit Rücksicht hierauf mit Recht zu einer mehr schonenden Form der Signalgebung, in neuerer Zeit speziell optischer Art, übergegangen ist. Auch hier sind bestimmte Sitten, die sich im Eisenbahnbetriebe zunächst herausgebildet hatten, mit Rücksicht auf das Publikum, besonders auch die Anwohner der Bahnhöfe, umgeändert worden. Im Grunde liegt auch hier schon eine Rücksichtnahme auf die Nerven der Mitmenschen vor, die in neuerer Zeit immer mehr auch von sonstigen Betrieben speziell in Fabriken verlangt wird. Erkennt man dies prinzipiell an, so ist kein Grund vorhanden, eine Einrichtung, die in den nächtlich geöffneten Wartesälen an großen Stationen andeutungsweise eigentlich jetzt schon vorhanden ist, nicht in der angedeuteten Weise vom sozial-hygienischen Standpunkt weiter zu entwickeln.

Die Einrichtung von öffentlichen Ruhehallen der genannten Art zu kurzdauernder Benutzung bei größeren Stationen halte ich für eine absolut notwendige, um den Nachreiseverkehr vom sozial-hygienischen Standpunkt aus zu beeinflussen. Die Einrichtung von Toiletten ist im Grunde schon ein Schritt auf diesem Wege. Mit geringen Mitteln könnten diesen zunächst primitive Ruhezimmer in der genannten Art angegliedert werden, und man könnte dann auf diesem Wege zur Errichtung von größeren Ruheräumen dieser Art gelangen. Vielfach ließen sich sogar die vorhandenen Warteräume mit bescheidenen Mitteln durch Einrichtung von Wänden einfachster Art und Aufstellung von einfachen niedrigen Ruhelagern, wie ich zu persönlichen Zwecken ein derartiges Möbel konstruiert habe, herrichten. Man könnte sogar die primitiven Ruhelager, wie sie jetzt schon in Arresthäusern und Gefängnissen existieren, mit einer Verbesserung der technischen Einrichtung, besonders nach Versehung mit einer Polsterung, in geeigneter Weise für diese Zwecke umformen. Wenn man vom sozial-hygienischen Standpunkt solche Einrichtungen treffen will, so wird man leicht die technischen Mittel finden, um den Gedanken durchzuführen; will man sie jedoch unter starrer Festhaltung der gegenwärtig leitenden Betriebsmotive nicht, so würden auch

die besten technischen Vorschläge an dieser Stelle vorläufig nichts helfen. Es handelt sich also in diesem speziellen Gebiet des Eisenbahnwesens vorläufig noch um einen Kampf der leitenden Ideen. Auf der einen Seite steht die einseitige Verwaltungsmaxime, auf der anderen die sozialhygienische Idee.

Wir werden in den nächsten Jahrzehnten sehen, welche von diesen beiden Auffassungen sich auf die Dauer als die stärkere erweist. Hoffen wir, daß einer möglichst kurzen Periode der Assimilation von hygienischen Grundsätzen möglichst bald praktische Versuche der Eisenbahnverwaltungen zur Ausgestaltung dieser Ideen folgen werden.

Achtes Kapitel.

Ruhehallen und Unfallversicherung.

Wer als Gutachter über Unfallsnervenkrankheiten sich nicht nur damit begnügt, die Wirkungen eines Unfalles genau zu beschreiben, sondern darüber hinaus die Art und die Entstehung des Unfalles genau verfolgt, wird nicht selten auf ein psychologisches Moment bei dem Verunglückten treffen, aus dem die Handlung oder Unterlassung entspringt, die sich dann nach mechanischen Gesetzen im Unfall ausgestaltet. Diese psychologischen Momente sind sehr mannigfaltig und können natürlich in Verhältnissen liegen, die mit Ermüdung gar nichts zu tun haben, z. B. kann es sich um eine sonstwie psychisch bedingte Unachtsamkeit des Verunglückten oder einer anderen Person handeln, deren Nachlässigkeit die Bedingungen für den Unfall schafft. Immerhin ist unverkennbar, daß in einer Reihe von Fällen eine Übermüdung mit einer daraus entspringenden Unsicherheit, Hastigkeit, Unbesonnenheit usw. die eigentliche ursprüngliche Quelle des entstandenen Unfalles darstellt.

Abgesehen von diesen Einzel-Untersuchungen über die Entstehung der Unfälle ist sicher für jeden in der Unfallbegutachtung Erfahrenen klar, daß die außerordentlich schwere Wirkung, die gar nicht selten nach relativ geringfügigen Unfällen, die lediglich mit Schreckwirkungen einhergehen, zustande

kommt, darauf beruht, daß der körperliche oder geistige Chok auf ein von vornherein schon abnormes Nervensystem trifft, und daß gerade die chronischen Übermüdungen dazu disponieren, daß bei Hinzutreten eines Unfalles auch nur leichter Art schwere Erscheinungen zustande kommen. Bei den zahlreichen Unfallsbegutachtungen, die ich in der psychiatrischen Klinik zu Würzburg und in der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten in Gießen ausgeführt habe, befinden sich eine große Zahl von Fällen, bei denen disponierende Momente im Vordergrund stehen und die Auslösung von schweren Nervenkrankheiten zu der Geringfügigkeit des Unfalles in gar keinem Verhältnis zu stehen scheint. Wenn in solchen Fällen nachzuweisen ist, daß zwar eine nervöse Disposition vorhanden war, daß jedoch erst der Unfall trotz seiner Geringfügigkeit eine ausgeprägte Störung mit Erwerbsbeschränkung ausgelöst hat, so muß nach der gegenwärtigen Gesetzgebung der Unfall als Ursache anerkannt werden, und die Unfallversicherung wird dadurch mit einer großen Menge von Aufwendungen belastet, die vom Standpunkt einer unbefangenen Ursachenforschung im Grunde weniger auf dem geringfügigen Unfall als auf der schon vorher bestehenden Disposition beruhen, die möglicherweise auch ohne Unfall bei einer geringfügigen anderen Ursache zum Ausbruch gekommen wäre. Ich sage dies nicht, um an dem bestehenden Rechtszustand, wonach in solchen Fällen die Unfallversicherungen eintreten müssen, etwas zu ändern, da zweifellos, wenn vor dem Unfall Erwerbsfähigkeit bestanden hat, eine Verminderung dieser von der Unfallversicherung entschädigt werden muß, sondern lediglich in dem Sinn, um klar zu machen, welches große Interesse gerade die Unfallversicherungsgesellschaften an der Einrichtung von Ruhegelegenheiten, besonders z. B. bei den großen Bauarbeiten, haben müssen.

Sicher ist, daß es bei der Arbeiterschaft, die besonders an großen und umfassenden Bauwerken tätig ist, außerordentlich darauf ankommt, daß die betreffenden Arbeiter wirklich erholt und ausgeruht ihre Arbeit antreten. Man vergleiche nun hiermit den Zustand, den man oft in der Nähe von großen Bauten beobachten kann, daß in den Ruhezeiten zahlreiche

Arbeiter in den unbequemsten Stellungen und in sonderbarer Haltung herumliegen. Ich gebe zu, daß ein gesunder, kräftiger Mensch diese Art des Ruhens durchaus nicht als unangenehm zu empfinden braucht, und daß es ihm vielleicht auch objektiv nichts schadet. Wir müssen aber, wenn man von den Erfahrungen des Gutachters ausgeht, damit rechnen, daß in der Arbeiterschaft eine große Zahl von Personen beschäftigt ist, die durchaus nicht zu den in bezug auf das Nervensystem Gesunden und Widerstandsfähigen gerechnet werden können. Mindestens für diese Kategorie wird man vom Standpunkt der neurologischen Erfahrungen zugeben müssen, daß auch für die großen Baubetriebe die Organisation der Ruhe speziell in der Mittagspause, wo diese Arbeiter in der Regel nicht erst nach Hause gehen können, durchaus nötig ist. Dazu kommt, daß sich Einrichtungen dieser Art bei solchen Baubetrieben mit relativ sehr wenigen Kosten und in transportabler Weise treffen lassen. Ansätze hierzu scheinen an manchen Orten schon vorhanden zu sein, sie bedürfen jedoch der systematischen Ausbildung vor allem durch Schaffung von solchen transportablen Ruhehallen, wobei besonders auf die praktische Einrichtung Rücksicht zu nehmen wäre. Es ließe sich dies sehr wahrscheinlich in Verbindung bringen mit Einrichtungen für Beschaffung oder Warmhaltung des Essens, dieser wesentlichen Kraftquelle für den körperlich tätigen Arbeiter. Auch hier ist ja schon vielfach aus der privaten Initiative, besonders z. B. wenn die Arbeiter als nationale Gruppen im fremden Lande auftreten, oder von seiten der Arbeitgeber in sehr richtiger Weise vorgegangen worden, aber auch dieser Punkt der Arbeiterfürsorge bedarf noch der weiteren Entwicklung und könnte sicher im Zusammenhang mit der obligatorischen Einrichtung von einfachen Ruhehallen bei größeren Arbeitsbetrieben gelöst werden.

Ernährung und Ruhe unter Vermeidung von Schädigungen besonders durch Alkohol sind die wichtigsten Momente, um die Arbeiter in einen physiologischen und psychologischen Zustand zu bringen, der sie selbst vor Unfällen bewahrt und sie Handlungen und Unterlassungen vermeiden läßt, die auf dem Wege der mechanischen Verknüpfung und öfter des unglücklichen Zufalles ihre Mitarbeiter zu einem Unfall bringen.

Abgesehen von der auf diesem Wege zu erzielenden Verminderung der Unfälle würde im Sinne der obigen Ausführungen im allgemeinen bei der **a u s g e r u h t e n** Arbeiterschaft die Wirkung von sonstwie entstehenden Unfällen viel geringer sein, und diese werden im ganzen genommen zu einer geringeren Störung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit führen, als wenn Unfälle in den weiten Kreisen der Arbeiterschaft auf ein erschöpftes Nervensystem treffen.

Das, was im Vorstehenden im Hinblick auf große Bauunternehmungen gesagt ist, gilt für die Industrie im allgemeinen. Auch hier liegt es im gemeinsamen Interesse der Arbeiter, der Unternehmer und der Berufsgenossenschaften, daß nach Möglichkeit Einrichtungen zum Ausruhen für kurze Zeit in den arbeitsfreien Pausen geschaffen werden. Durch derartige Einrichtungen wird nicht nur die **Z a h l** der Unfälle, sondern auch in vielen Fällen die **S c h w e r e** ihrer Folgen abnehmen.

Neuntes Kapitel.

Ruhehallen und Invalidenversicherung.

Wenn man eine große Zahl von Personen kennt, die für die Invalidenversicherung in Betracht kommen, und die in diesem Gebiet abgegebenen Gutachten vergleichend betrachtet, so sind zwar einerseits sehr viele Fälle vorhanden, bei denen bestimmte **K r a n k h e i t e n** die Ursache der Invalidität bilden, andererseits fällt eine nicht unbedeutende Gruppe auf, bei der Erkrankungen bestimmter einzelner Organe fehlen oder, wie z. B. Arteriosklerose, nur in geringem Grade vorhanden sind, während doch eine allgemeine hochgradige Herabsetzung der Leistungsfähigkeit vorliegt. Hierbei geschehen öfter Irrtümer in der Art, daß gerade wegen der Abwesenheit ausgeprägter Organerkrankungen zunächst die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit höher eingeschätzt wird, als sie in Wirklichkeit ist, bis schließlich die hochgradige Störung der allgemeinen Leistungsfähigkeit unverkennbar hervortritt. Diese Personen erscheinen bei genauer Beobachtung im strengen Sinne in körperlicher und geistiger Beziehung **v e r b r a u c h t**. Es liegen **A u f b r a u c h s k r a n k h e i t e n** im funktionellen Sinne vor, wenn

auch eine stärkere objektive Veränderung von einzelnen Organen nicht nachgewiesen werden kann.

Diese prozentuarisch nicht unbeträchtliche Gruppe zerfällt, vom Standpunkt der Ursachenlehre aus betrachtet, in zwei Teile. Bei dem einen handelt es sich um einen **e n d o g e n e n** frühzeitigen Verlust der Arbeitsfähigkeit, der in diesem Gebiet im Grunde das gleiche darstellt, was wir in dem Gebiet der Psychiatrie in viel höherem Grade unter dem Krankheitsbegriff des primären Schwachsinn (Dementia praecox) zusammengefaßt finden. Besonders auch in der geistigen Entwicklung zeigt sich bei vielen Menschen die Erscheinung eines frühzeitigen geistigen Stillstandes ohne besondere geistige Erkrankung sehr häufig. Es sind Menschen, die schon um die Wende der 20 er oder 30 er Jahre mit ihrer geistigen Entwicklung völlig fertig sind und schon in dieser Lebenszeit stillstehen oder sogar rückwärtsgehen.

Man muß also in diesem Gebiet tatsächlich mit **e n d o g e n e n**, d. h. durch die angeborene Anlage früher oder später bedingten **S c h w ä c h e z u s t ä n d e n** im allgemeinen rechnen, und diese Überlegung gibt auch im Gebiet der **I n v a l i d i t ä t** nicht selten den Schlüssel für eine abnorm früh eintretende Leistungsunfähigkeit, andererseits gibt es zweifellos eine sehr große Zahl von Fällen, bei denen diese Erklärungsart frühzeitig ohne besondere organische Erkrankung eintretender Invalidität völlig versagt und diese vielmehr als die Wirkung einer großen Menge von **e r m ü d e n d e n** Einflüssen in der früheren Lebenszeit aufzufassen ist. Schränkt sich also infolge der vorstehenden Überlegungen die Häufigkeit dieser eigentümlichen Form von Invalidität, soweit sie durch äußere Momente bedingt ist, ein, so bleibt immerhin bei der großen Zahl der für die Invalidenversicherung in Betracht kommenden Fälle noch eine recht bedeutende Gruppe, bei der die **Ü b e r m ü d u n g** eine Rolle für das Zustandekommen der Invalidität spielt.

Die Bedeutung dieses ätiologischen Faktors erscheint jedoch noch viel größer, wenn man in Betracht zieht, daß zweifellos bei der Entstehung einer Menge von organischen **K r a n k h e i t e n**, die zur Invalidität führen, die Übermüdung ebenfalls von Bedeutung ist, indem sie entweder direkt die Krank-

heiten hervorruft oder die Bedingungen schafft, bei denen bestimmte Krankheiten den richtigen Boden für ihre Entwicklung finden. Am klarsten liegen nach den Forschungen der letzten zwanzig Jahre die Verhältnisse bei der Verursachung gewisser organischer Herzkrankheiten. Seitdem man mit den neueren Methoden besonders der Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen gelernt hat, die funktionellen Veränderungen des Herzens auf leichte Art zu studieren, hat man einen immer klareren Einblick in die Auslösung organischer Herzkrankheiten durch Überanstregungen gewonnen. Die Gegenwart mit ihren Übertreibungen im Gebiet des Sports und der Wettkämpfe bietet ein reiches Feld der Beobachtung in dieser Richtung.

Was für die Entstehung der Herzkrankheiten erwiesen ist, gilt wahrscheinlich auch für eine Reihe von anderen Organen, z. B. Niere, Leber u. a. in ganz ähnlicher Weise, nur daß hier die ermüdenden Momente, da sie nicht in Form von Muskularbeit aufzutreten brauchen, viel schwerer zu erkennen sind als im Gebiet des Sports, wo es sich um äußerlich wahrnehmbare Körperbewegungen handelt. Jedes Organ bzw. die für seine Funktion wesentliche Gruppe von Zellen hat vermutlich bestimmte Beziehungen zu besonderen Reizen, die gerade für dieses Organ eine Ermüdung bedeuten, wenn diese auch nicht wie z. B. beim Herzen in Form einer Dilatation, sondern in Gestalt einer Sekretionsanomalie zum Vorschein zu kommen braucht. Es ist aber gar nicht nötig, den Begriff der Ermüdung in dieser Weise physiologisch so stark zu erweitern, um darzutun, daß die Ermüdung in der Ätiologie bestimmter Krankheiten einen großen Einfluß ausübt, sondern auch, wenn man nach gewöhnlichem Sprachgebrauch versucht, den Ausdruck Ermüdung auf besonders anstrengende körperliche und geistige Leistungen einzuschränken, so ist unverkennbar, daß auch ganz abgesehen von den durch Überanstregung ausgelösten Herzkrankheiten diese Momente bei bestimmten Krankheiten eine große Bedeutung haben. Bei der Entwicklung der Lehre von den Infektionskrankheiten ist man immer mehr zu der Einsicht gelangt, daß es bei diesen nicht allein auf das Vorhandensein von Bakterien ankommt, sondern sehr wesentlich auf den Zustand der Organe, in welche die Bakterien gelangen. Die Abwehr

der fortwährend auf den Körper eindringenden infektiösen Schädigungen geschieht durch bestimmte Schutzeinrichtungen, die auf dem Bau und der Funktion der zunächst getroffenen Zellen und auf der richtigen Reaktion gegen die eindringende Infektion beruhen. Die Lehre von der Immunität ist in diesem Sinn ein Kapitel in dem großen Gebiet der Abwehrmaßnahmen des Organismus gegen die Wirkung der Infektion.

Es ist nun sehr wahrscheinlich, daß gerade bei einer als Volkskrankheit auftretenden Infektion, nämlich der Tuberkulose, die ermüdenden Momente für die Schaffung einer Prädisposition eine sehr bedeutende Rolle spielen. Möglicherweise hat diese Beziehung geradezu mechanische Ursachen, da in einem erschlafte[n] Zustande auch die Atemtätigkeit viel weniger ausgiebig und energisch zu sein pflegt als bei kräftiger körperlicher Bewegung. Die Ermüdung wirkt also vermutlich in diesem Gebiet prädisponierend. Sie allein kann die Krankheit nicht auslösen, sie schafft jedoch die Bedingungen, unter denen die Tuberkulose am besten gedeiht.

Ein ähnliches Verhältnis zwischen Übermüdung und organischen Krankheiten liegt wahrscheinlich noch in anderen Gebieten vor. Jedoch genügt schon das Gesagte, um vom sozial-hygienischen Standpunkt die ätiologische Bedeutung dieses Momentes ins richtige Licht zu setzen. Ich bin daher überzeugt, daß die sozial-prophylaktische Beschaffung von Ruheeinrichtungen im weitesten Umkreis auch auf die Verhinderung frühzeitig einsetzender Invalidität auf direktem und indirektem Wege einwirken kann, so daß die Invalidenversicherungen allen Grund haben, die soziale Bestrebung auf Errichtung von Ruhehallen ihrerseits zu fördern. Ebenso wie die Invalidenversicherung zu anderen medizinischen Zwecken zu billigen Zinssätzen Geld leiht in der Voraussetzung, daß durch solche Einrichtungen den Zwecken der Heilung und Prophylaxe gedient ist, ebenso sollte sie überall die Schaffung von derartigen Ruhegelegenheiten besonders als Dauereinrichtungen in Städten und großen Fabrikbetrieben und als Wandereinrichtungen bei großen Bauunternehmungen etc. fi-

nanziell in entsprechender Weise unterstützen.

Wenn man die Einrichtung von solchen Ruhedallen lediglich gewissermaßen als eine Art von baulichem Wettbewerb betrachtet und hier und da eine solche Halle vielleicht mit sich steigender Üppigkeit der Einrichtung errichtet, ist für die soziale Hygiene noch nicht viel geholfen; erst wenn dieser Gedanke die großen Verbände, die zur Zeit mit der Unfall- und Invalidenversicherung zu tun haben, völlig durchdringt, und in systematischer Weise über das ganze Land verbreitet und durchgeführt wird, läßt sich ein volkshygienischer Einfluß in größerem Maßstab erwarten. Ich hoffe, daß diese Ausführungen die Invalidenversicherungen veranlassen werden, ihrerseits tatkräftig in der genannten Richtung vorzugehen.

Zehntes Kapitel.

Ruhe und Bewegung.

Die in den vorstehenden Kapiteln behandelten Pläne und Tatsachen haben einen tieferen Hintergrund in den allgemeinen Ideen einer sozialen Psychophysiologie. Ich verstehe hierunter die Betrachtung der Massenerscheinungen, die das soziale Leben im Gebiet des Verkehrs, der Produktion von Werten, der Schaffung, der Erhaltung und des Verbrauchs von Lebensgütern bietet, vom psychologischen und physiologischen Standpunkt. In dieser Weise angesehen, zeigt jede Zeit ihren eigenartigen Typus in psychologischer und physiologischer Hinsicht, indem in ihr bestimmte Kräfte und Ideen relativ stärker hervortreten als in anderen, so daß sich eine bestimmte Charakteristik der einzelnen Zeitperioden von diesem Standpunkt herausstellt.

Gerade in dem psychologischen Gebiet ist dieser eigenartige Wechsel von geistigen Funktionen, die in einzelnen Jahrhunderten besonders in den Vordergrund treten, sehr deutlich zu erkennen. Dem intellektuellen Charakter, der in der Literatur in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts und im ersten Teil des 18. Jahrhunderts hervorgetreten war, ist

ungefähr von der Mitte des 18. Jahrhunderts an eine viel stärkere Entwicklung und Betonung des **Gefühlslebens** gefolgt. Von diesem säkularen Standpunkt aus betrachtet, erscheint die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts und der bisherige Verlauf des 20. stark beherrscht von einem **energischen Willenstypus**, der nicht nur in Gestalt einer Reihe von **Kriegen** seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts, sondern im weiteren Ablauf auch in der Gestaltung des **ganzen wirtschaftlichen Lebens** und den Lebensformen sämtlicher Schichten der Gesellschaft zum Vorschein kommt. Eine ausgeprägte **Richtung zur Tätigkeit**, zum aktiven Handeln, zum **Organisieren**, zur Entwicklung von **gewaltigen Kräften** durch zum Teil sehr komplizierte Formen der **gesellschaftlichen und finanziellen Assoziationen** kennzeichnen dieses ganze Zeitbild. Die ganze Periode ist beherrscht von einem ausgeprägten **Willenstypus**, so daß im Hinblick auf die **typischen Erscheinungen** seit dem 17. Jahrhundert eine **völlige Umbildung** der psychischen Beschaffenheit speziell in Deutschland erfolgt ist. Der ruhige, träumerische, lediglich auf die **Denkakte** eingestellte und von der **äußeren Lebensgestaltung** abgekehrte Deutsche wird immer mehr zu einer Art von **aussterbender Rasse**. Die Arbeit, die rastlose Tätigkeit, das **rücksichtslose Ringen um Macht, Einfluß, Geld und Geltung** charakterisiert die Zeit. Äußerlich kommt dies in der **ruhelosen Hast** des modernen Verkehrslebens sehr deutlich zum Vorschein.

Man kann also den Grundcharakter der ganzen Entwicklung der deutschen Kultur seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts unter dem Begriff der **Bewegung** im **physiologischen Sinne** und der **motorischen Erregung** in **halbpathologischer Bedeutung** kennzeichnen. Soll sich dieser Zeitcharakter nicht zu einer deutlich pathologischen **Hast** und **nervenzerrüttenden Unruhe** auswachsen, so müssen vom **sozialhygienischen Standpunkt** aus **Hemmungen** in diesen rastlosen Mechanismus eingeschaltet werden. Diese können unmöglich in einer **Unterdrückung** der mit dem modernen Leben notwendig verknüpften Tätigkeit bestehen. Es ist undenkbar, daß man etwa durch **Polizeimaßregeln** die rastlose Maschine des modernen Verkehrslebens aus solchen Gründen stilllegen könnte, wohl aber ist es möglich, daß un-

sere Zeit selbst, gestützt auf die Selbsterkenntnis ihres eigentlichen Typus mit seinen pathologischen Auswüchsen, dafür sorgt, daß dieses Übermaß von Bewegung durch rechtzeitige Ruhe korrigiert wird.

Die von mir verfochtenen Ruhehallen sind also vom Standpunkt der sozialen Psychophysiologie eines der Mittel, um das Übermaß von Bewegung und motorischer Erregung rechtzeitig einzudämmen und dem sonst unfehlbar sich erschöpfenden Nervensystem des ganzen Volkskörpers Gelegenheit zur Erholung zu bieten.

Die klinische und experimentalpsychologische Beobachtung hat erwiesen, daß auch geringe Erholungszeiten von der größten Bedeutung für die Restitution der Nervenkraft sind, und aus diesem Grunde wird die umfassende Ermöglichung von eingeschalteten kurzen Ruhezeiten in den Anstrengungen des modernen Erwerbslebens viel größere Wirkungen haben, als dies zunächst erscheinen könnte.

Ruhe und Bewegung sind die beiden Pole, um die sich das Leben in physiologischer Beziehung dreht. Eine richtige gegenseitige Ergänzung dieser beiden polaren Momente, ausgeprägt in großen sozialen Lebensformen, bietet die beste Grundlage für die allgemeine Volksgesundheit in körperlicher und geistiger Beziehung.

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes.

Begründet von Direktor Professor Dr. Konrad Alt in Uchtspringe (Altmark).

Herausgegeben von

Geh. Hofrat Prof. Dr. med. A. Hoche, Freiburg i. Br.

Abonnementspreis pro Band = 8 Hefte 8 Mark. — Es liegen bis jetzt 9 Bände abgeschlossen vor, der zehnte Band ist im Erscheinen. Jedes Heft ist auch einzeln käuflich.

Preisermäßigung: Bei Bezug der kompletten Serie tritt für die bereits abgeschlossenen Bände eine Ermäßigung des Preises auf 6 M. pro Band ein.

ERSTER BAND.

- Heft 1. Hoche, Prof. Dr., Freiburg i. Br. Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Zweite Auflage. Einzelpreis M. 1,80.
Heft 2/3. Ziehen, Prof. Dr. Th., Berlin. Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis. Zweite Auflage. Einzelpreis M. 2,—.
Heft 4. Kirchhoff, Professor Dr., Schleswig. Neuere Ansichten über die örtlichen Grundlagen geistiger Störungen. Einzelpreis M. 1,—.
Heft 5/6. Bruns, Prof. Dr. L., Hannover. Die Hysterie im Kindesalter. Zweite Auflage. Einzelpreis M. 1,80.
Heft 7. Windscheld, Professor Dr. Franz, Leipzig. Die Diagnose und Therapie des Kopfschmerzes. Zweite Auflage. Einzelpreis M. 2,—.
Heft 8. Hoche, Prof. Dr., Freiburg i. Br. Über die leichteren Formen des periodischen Irreseins. Einzelpreis M. 1,40.

ZWEITER BAND.

- Heft 1. Arndt, Prof. Dr. Rud., Greifswald. Was sind Geisteskrankheiten? Einzelpreis M. 1,50.
Heft 2. Tilling, Direktor Dr. Th., Rothenberg. Über alkoholische Paralyse und infektiöse Neuritis multiplex Einzelpreis M. 0,80.
Heft 3/4. Hoffmann, Dr. Aug., Düsseldorf. Über die Anwendung der physikalischen Heilmethoden bei Nervenkrankheiten in der Praxis. Einzelpreis M. 2,40.
Heft 5/6. Bratz, Dr., Berlin. Die Behandlung der Trunksüchtigen unter dem Bürgerlichen Gesetzbuch. Einzelpreis M. 2,40.
Heft 7/8. Alt, Prof. Dr. K., Uchtspringe. Über familiäre Irrenpflege. Einzelpreis M. 3,—.

DRITTER BAND.

- Heft 1. Schultze, Professor Dr. Ernst, Bonn. Die für die gerichtliche Psychiatrie wichtigsten Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs und der Novelle zur Zivilprozeßordnung. Einzelpreis M. 1,80.
Heft 2. Arndt, Prof. Dr. Rud., Greifswald. Wie sind Geisteskrankheiten zu werten? Einzelpreis M. 2,—.
Heft 3. Möblus, Dr. P. J., Leipzig. Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes. Zehnte Auflage. Mit Bildnis des Verfassers. Einzelpreis M. 1,60.
Heft 4. Hoche, Prof. Dr., Freiburg i. Br. Die Aufgaben des Arztes bei der Einweisung Geisteskranker in die Irrenanstalt. Einzelpreis M. 1,—.
Heft 5. Trömmner, Dr. E., Hamburg. Das Jugendirresein (Dementia praecox). Einzelpreis M. 1,—.
Heft 6. Hoche, Prof. Dr., Freiburg i. Br. Welche Gesichtspunkte hat der praktische Arzt als psychiatrischer Sachverständiger in strafrechtlichen Fragen besonders zu beachten? Einzelpreis M. 1,20.
Heft 7. Weber, Prof. Dr. L. W., Göttingen. Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. Einzelpreis M. 1,50.
Heft 8. Oppenheim, Prof. Dr. H., Berlin. Zur Prognose und Therapie der schweren Neurosen. Einzelpreis M. 1,50.

VIERTER BAND.

- Heft 1. Laquer, Dr. med. Leopold, Frankfurt a. M. Über schwachsinnige Schulkinder. Einzelpreis M. 1,50.
Heft 2. Hoche, Prof. Dr. A., Freiburg i. B. Die Grenzen der geistigen Gesundheit. Einzelpreis M. 0,80.
Heft 3. Pfister, Prof. Dr. H., Freiburg i. Br. Die Anwendung von Beruhigungsmitteln bei Geisteskranken. Einzelpreis M. 1,20.

Die „freie Selbstbestimmung“ bei
der Wahl des Aufenthaltsortes
nach dem Reichsgesetz über
den Unterstützungswohnsitz

Von Prof. Dr. phil. et med.
H. Liepmann, Berlin
Oberarzt a. d. städt. Irrenanstalt Dalldorf



Halle a. S. 1913
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von
Direktor Prof. Dr. Konrad Alt,
Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes unter ständiger Mitwirkung der Herren Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Anton in Halle, Prof. Dr. Aschaffenburg in Köln, Geheim. Med.-Rat Prof. Dr. Binswanger in Jena, Prof. Dr. Bruns in Hannover, Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Prof. u. Dir. Dr. Kirchhoff in Schleswig, Geh. Med.-Rat Dr. Krömer in Conradstein, San.-Rat Dr. Laquer in Frankfurt a. M., Med.-Rat Dr. Mayser in Hildburghausen, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Direktor Dr. H. Schlöß in Wien, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Prof. Dr. Schultze in Göttingen, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Geh. Med.-Rat Dr. von Strümpell in Leipzig, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen in Wiesbaden

herausgegeben von
Prof. Dr. A. Hoche,
Freiburg i. Br.

Band X, Heft 5.

Einleitung.

Auf keinem Gebiete prallen psychiatrische und nichtpsychiatrische Auffassung so hart aufeinander, wie in der Auslegung der §§ 12 und 24 des Reichsgesetzes über den Unterstützungswohnsitz. Wohl gehen auch bei Auslegung der Gesetzesbestimmungen, welche sich mit Geisteskranken befassen, im Strafrecht und Bürgerlichen Gesetzbuch die Meinungen der Juristen und Psychiater nicht immer zusammen. Indessen hat hier eine Annäherung stattgefunden, seit die Juristen angefangen haben, sich mehr mit den abnormen Geisteszuständen zu befassen und die Psychiater sich klar darüber geworden sind, daß den vom Gesetz gebrauchten Ausdrücken nicht einfach der psychiatrische Sinn des Wortes mit auf die Spitze getriebenem Formalismus unterzulegen ist, sondern daß er nach Sinn und Absicht des Gesetzes und, soweit der Wortlaut Spielraum läßt, der Rücksicht auf ein gesundes Ergebnis ausgelegt werden muß. Die Kategorie von Psychiatern, deren Grundsatz ist: fiat psychiatria, pereat mundus, ist seltener geworden, und die der Straf- und Zivilrichter, welche ihren Begriff von Geisteskrankheit aus der vulgären Vorstellung übernehmen, ebenfalls.

Diese Annäherung hat, wie gesagt, bisher bezüglich des Begriffes der freien Selbstbestimmung im Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz (U. W. G.) nicht stattgefunden. Zwar in der wissenschaftlichen Literatur hat sich diese Divergenz der Standpunkte weniger manifestiert. In der psychiatrischen Literatur sind m. W. überhaupt nur 2 kleine Publikationen über den Gegenstand erfolgt: ein Aufsatz von N ä c k e ¹⁾ (Psychiatr. Wochenschrift 1900 S. 381) und einer

¹⁾ N ä c k e kommt in einem bestimmten Falle zu dem Ergebnis, daß der Kranke mit einem sehr hohen Grade von Wahr-

von Schott¹⁾ (Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 69 S. 860). Die Verschiedenheit der Standpunkte kommt vielmehr in den vielen Prozessen zutage, die seit dem Bestehen des Gesetzes (1870) geführt worden sind. Wer Gelegenheit hat, in die Akten solcher Prozesse mit den ärztlichen Gutachten und den Entscheidungen der Bezirksausschüsse und des Bundesamts für das Heimatwesen hineinzublicken, wer sich die Mühe macht, die bisher erschienenen 46 Bände der Entscheidungen des Bundesamts durchzustudieren, dem tritt diese Diskrepanz lebhaft entgegen. Oft genug sehen wir, daß die Irrenärzte die freie Selbstbestimmung in der Wahl des Aufenthaltsortes verneinen, während die gerichtlichen Instanzen sie bejahen. In ganz wenigen Fällen stützten sich die gerichtlichen Urteile auf psychiatrische Gegengutachten, so daß hier die Meinungsverschiedenheit sich innerhalb des psychiatrischen Lagers abzuspielen scheint. Wir werden aber unten (s. S. 55) sehen, welche Bewandnis es meist mit diesen psychiatrischen Bejahungen der freien Selbstbestimmung bei Geisteskranken hat.

Die gesetzlichen Grundlagen.

Der § 12 des Reichsgesetzes über den Unterstützungswohnsitz lautet:

scheinlichkeit seine verschiedenen Stellungen und Wohnungen, wenn nicht immer, so doch sehr oft, durch krankhafte Motive veranlaßt, gewechselt habe. In seinen Erörterungen legt er nur den Standpunkt des Bundesamtes, wie er in dem Schriftsatz der einen Partei zitiert ist, nicht die Bundesamtsentscheidungen im Original zugrunde. Er erklärt schließlich „die Entscheidung des Bundesamtes“ zu Recht bestehend. Er scheint damit nur den Grundsatz zu meinen, daß Geisteskrankheit und Geistesschwäche nicht ohne Weiteres die freie Selbstbestimmung aufheben. Eine Auseinandersetzung im Einzelnen mit dem eben verstorbenen Kollegen erübrigt sich durch meine positiven Ausführungen. Die wichtigsten Entscheidungen liegen erst nach Erscheinen von Näckes Arbeit. Schott, der das Verdienst hat, den Gegenstand neuerlich wieder zur Sprache gebracht zu haben, gibt nach Kennzeichnung des bundesamtlichen Standpunktes aus verschiedenen Entscheidungen und den Bemerkungen von Kommentatoren, seinem Befremden Ausdruck. „Die im Gesetz und seinen Auslegungen enthaltenen Ansichten werden vielfach der psychiatrischen Auffassung zuwiderlaufen.“ Er fordert zur Veröffentlichung weiterer Fälle auf. In einem eigenen Fall gutachtet er — offenbar mit innerem Widerstreben — gemäß den Grundsätzen der höchsten Instanz.

„Wird der Aufenthalt unter Umständen begonnen, durch welche die Annahme der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes ausgeschlossen wird, so beginnt der Lauf der einjährigen²⁾ Frist erst mit dem Tage, an welchem diese Umstände aufgehört haben.

Treten solche Umstände erst nach Beginn des Aufenthaltes ein, so ruht während ihrer Dauer der Lauf der einjährigen²⁾ Frist.“

Zum Verständnis sei bemerkt, daß nach § 10 derjenige in einem Ortsarmenverband den Unterstützungswohnsitz erwirbt, der nach zurückgelegtem 16. Lebensjahr innerhalb desselben ein Jahr lang seinen ununterbrochenen Aufenthalt gehabt hat. Vor 1909 betrug die Frist zwei Jahre und die Altersgrenze war 18 Jahr (noch früher 24 Jahr).

Dieser Paragraph 12 handelt von dem Erwerb des Unterstützungswohnsitzes.

§ 24, von dem Verlust des Unterstützungswohnsitzes, lautet:

„Ist die Abwesenheit durch Umstände veranlaßt, durch welche die Annahme der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes ausgeschlossen wird, so beginnt der Lauf der einjährigen Frist erst mit dem Tage, an welchem diese Umstände aufgehört haben.

Treten solche Umstände erst nach dem Beginn der Abwesenheit ein, so ruht während ihrer Dauer der Lauf der einjährigen²⁾ Frist.“

Es fällt auf, daß im § 24 der Wortlaut abweicht vom § 12, dort ist nur davon die Rede, daß der Aufenthalt unter Umständen begonnen ist, hier heißt es, die Abwesenheit durch Umstände veranlaßt. Mehrere Bundesamtsentscheidungen erklären, daß diese Wahl des Wortes „veranlaßt“ im § 24 keinerlei Verschiedenheit in den Voraussetzungen beider Paragraphen

²⁾ Vor 1909 „zweijährigen“.

begründe (XIX, 9, XXXI, 13). Die Differenz der beiden Ausdrücke scheint also als versehentliche aufgefaßt zu werden.

Nach § 12 erwirbt also derjenige durch einjährigen Aufenthalt keinen neuen Unterstützungswohnsitz, der entweder schon bei dem Aufenthaltswechsel die freie Selbstbestimmung nicht besessen hat oder bei dem sie n a c h dem Aufenthaltswechsel so lange Zeit ausgeschlossen war, daß die einjährige Frist, welche zum Erwerb des neuen Wohnsitzes erforderlich ist, nicht abgelaufen ist.

Wichtig ist die Motivierung, welche dem § 12 in der Bundespräsidialvorlage gegeben ist:

„Der den Erwerb des Unterstützungswohnsitzes begründende Aufenthalt muß der Natur der Sache nach ein auf freiem Willen beruhender sein. Solche Umstände also, welche die Annahme der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes ausschließen, wie namentlich die Verbüßung einer Haft, die Ableistung der allgemeinen Militärpflicht usw. können bei der Berechnung der Aufenthaltsfrist nicht in Betracht kommen.“

In der Begründung der Bundespräsidialvorlage ist allerdings geistige Krankheit nicht genannt, sondern muß unter „usw.“ substituiert werden. Es könnte daher jemand annehmen, der Gesetzgeber habe nur an ä u ß e r e Unfreiheit, d. h. Zwang durch mächtigere Instanzen gedacht, wie Dienstpflicht, Verurteilung zu Strafen u. dgl. Diese Auffassung ist aber von k e i n e r Seite gehegt worden. Sowohl die Kommentatoren wie die Entscheidungen des Bundesamtes ziehen die i n n e r e Unfreiheit, „den Mangel eines vernünftigen Willens“ hinein und erkennen damit an, daß auch Mangel der freien Selbstbestimmung durch Geisteskrankheit verursacht werden kann.

Einige allgemeine Grundsätze des Bundesamts.

Wie hat sich nun die höchste Instanz hinsichtlich des Unterstützungswohnsitzes zu der Frage gestellt, w a n n bei einem Menschen die freie Selbstbestimmung ausgeschlossen ist?

Darüber geben zahlreiche Urteile Auskunft.

Zunächst hat das Bundesamt sich auf den Standpunkt gestellt, daß G e i s t e s k r a n k h e i t an sich nicht not-

wendig die freie Selbstbestimmung aufhebt. Auch Entmündigung wegen Geisteskrankheit bedingt an sich nicht den Mangel freier Selbstbestimmung für die Wahl des Aufenthaltsortes. XXV, 5; wird einem entmündigten Querulanten die freie Selbstbestimmung zugesprochen. III, 36: „Bevormundete Blödsinnige entbehren keineswegs der Willensfähigkeit, sondern nur der rechtlichen Selbständigkeit (Dispositionsfähigkeit). Zivilrechtliche Vorschriften (über Folgen der Entmündigung) finden keine Anwendung auf das Gebiet des öffentlichen Rechts.“

XXV, 3: „Es können die berufenen Spruchbehörden sich nicht einer selbständigen Prüfung der Frage, ob in dem konkreten Falle die freie Selbstbestimmung in der erwähnten Richtung ausgeschlossen war, entziehen.“

Erst recht kann Entmündigung wegen Geistes s c h w ä c h e an sich kein Grund zur Verneinung der freien Selbstbestimmung in der Wahl des Aufenthaltsortes sein. Bezüglich eines wegen Trunksucht Entmündigten heißt es XXXVI, 13: „Er steht in Ansehung der Geschäftsfähigkeit einem Minderjährigen gleich, der das 7. Jahr vollendet hat. Er ist in dieser seiner Geschäftsfähigkeit b e s c h r ä n k t, aber ebensowenig willensunfähig, wie ein solcher.“ (Hier bezieht sich übrigens das Bundesamt selbst auf zivilrechtliche Bestimmungen!) Da der wegen Geistes s c h w ä c h e Entmündigte ebenfalls nur in seiner Geschäftsfähigkeit beschränkt ist, so muß auf ihn derselbe Schluß Anwendung finden.

Andererseits ist die Entmündigung nicht notwendige Voraussetzung des § 12, sondern es genügt tatsächliche Feststellung des Wahnsinns, unheilbaren Nervenleidens (Gehirnlähmung) usw. (XXXII, 1).

Den Standpunkt, daß weder zivilrechtliche noch strafrechtliche Momente an sich der Entscheidung im Sinne des § 12 vorgehen können, daß die Voraussetzungen des § 12 vielmehr einer besonderen Prüfung durch die armenrechtliche Spruchbehörde unterliegen, daß ferner die Spruchbehörde weder an die ärztlichen Gutachten noch an die Zeugenaussagen gebunden ist, haben wir als Psychiater einfach anzuerkennen, es sind keine Fragen psychiatrischer Natur.

Von Wichtigkeit für uns ist der Grundsatz des Bundesamts,

daß die Beweislast, daß der seit Jahren Abwesende den Unterstützungswohnsitz wegen Geisteskrankheit nicht habe verlieren können, dem Kl ä g e r obliegt (XVIII, 39).

**Wiedergabe spezieller Bundesamtsentscheidungen mit
kritischen Bemerkungen.**

Wir haben bisher hauptsächlich ins Auge gefaßt, welche Momente nach den Entscheidungen des Bundesamts nicht eo ipso die freie Selbstbestimmung in der Wahl des Aufenthaltsortes ausschließen.

Von entscheidender Bedeutung ist nun, welche positiven Kennzeichen das Bundesamt für den Mangel der freien Selbstbestimmung fordert.

Es erhellt schon aus dem Vorhergehenden, daß das Bundesamt außerordentlich geringe Anforderungen an die Freiheit der Selbstbestimmung stellt.

Ich gebe eine Reihe von Proben aus seinen Entscheidungen (von 1870 bis 1913) wieder, deren aufmerksame, genaueste Lektüre ich jedem Leser dringend empfehle:

VII, 6: X hat zeitweise an Wahnideen und Melancholie gelitten, woraus aber der Mangel der freien Selbstbestimmung, soviel hier in Betracht kommt, nicht ohne weiteres zu folgern ist.

VIII, 19: Seine Krankheit, welche als halluzinatorischer Wahnsinn mit dem Charakter des Schwachsinnns bezeichnet wird, hat den N. nicht verhindert, 3 Jahre lang seinem Erwerb, bald an diesem, bald an jenem Ort nachzugehen und es ist nichts darüber beigebracht, daß er seinen jeweiligen Aufenthalt nicht selbst gewählt habe, sondern unfreiwillig dahin gebracht sei.³⁾ Seine Wahnvorstellungen waren offenbar unschädlicher Natur und nicht von der Art, um ihn in der Wahl des Aufenthaltes zu beschränken.

³⁾ Der Sperrdruck in diesen und andern Bundesamtsentscheidungen von mir.

Ein Satz aus IV, 120 entspricht diesem Passus mit umgekehrten Vorzeichen:

„Der einjährige Aufenthalt in St. war ihm durch den Vater angewiesen und beruhte auf einem lediglich passiven Verhalten des Sohnes.“ Daher habe der Sohn den Unterstützungswohnsitz nicht erworben.

Wir müssen hier schon auf einen Punkt von großer Wichtigkeit hinweisen. Das Bundesamt legt hier, wie in vielen folgenden Entscheidungen großen Wert darauf, daß der Ortswechsel „aus eigenem Antrieb“, „aus eigenem freien Antrieb“, nicht „unfreiwillig“ geschehen sei. Daß also nicht andere Personen die Kranken bestimmt haben. Das bedeutet aber eine Verwechslung des Begriffes der inneren Unfreiheit mit dem der äußeren Unfreiheit (Zwang oder wesentliche Abhängigkeit von Anderen). Wenn auf Grund von Geisteskrankheit die freie Selbstbestimmung bestritten wird, so wird nicht notwendig bestritten, daß der Kranke aus eigenem Antrieb gehandelt hat oder daß die „Freiheit“ dieses Antriebes in dem Sinne beschränkt wäre, daß eine Abhängigkeit der Willensbestimmung vom Willen anderer Personen vorläge. Sondern es wird die Abhängigkeit der Willensbestimmung von den eigenen krankhaften Vorgängen des Betreffenden behauptet. Zwar kann die abnorme Abhängigkeit einer Person von andern Personen den Beweis bringen, daß sie der freien Willensbestimmung entbehrt. Daher ist der Argumentation in IV, 120 zuzustimmen. Aber der Umstand, daß Jemand aus eigener EntschlieÙung handelt, beweist nicht umgekehrt, daß diese EntschlieÙung eine innerlich freie war. Die Mehrzahl der Verrückten läßt sich nicht von anderen Personen beeinflussen, dafür aber von ihren krankhaften Ideen.

Übrigens findet sich in dieser Entscheidung IV aus dem Jahre 1873 ein Satz, der nicht die Einengung der späteren Entscheidungen zeigt: „Der Geisteskranke entbehrt aber des vernünftigen Willens, jedenfalls des freien Willens, den die Wahl und Erwerb eines Wohnsitzes bedingt.“

VIII, 21: In demselben Urteil findet sich — als Interpretation des vom Gesetz gebrauchten Ausdruckes „Freie Selbstbestimmung“ — die später öfter wiederkehrende Formel von

„richtigem Wollen und Erkennen“ hinsichtlich der Wahl des Aufenthaltsortes. („Sein geistiger Zustand war nicht in einem Maße getrübt, um richtiges Wollen und Erkennen auszuschließen.“)

XIII, 8: Der Dr. X. habe erklärt, daß N. an periodischen Anfällen von Irresein leide; zeitweilig könne er noch etwas schaffen, jedoch nur unter beständiger Leitung und Aufsicht. Er sei menschenfeindlich und träge. Das Bundesamt bemerkt: „Nur auf die nicht mehr vorhandene Fähigkeit sich allein, d. h. ohne beständige Aufsicht und Leitung seinen Unterhalt zu verschaffen, bezieht sich also die konstatierte Unselbständigkeit, keineswegs ist darunter die eigentliche geistige Unfreiheit, insbesondere eine solche zu verstehen, welche die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes ausschliesse.“ Auch der Kreisphysikus erklärt, daß N. „jeder Selbständigkeit zum Handeln entbehre“ und das darauf stützt, daß er an hochgradiger, wahrscheinlich angeborener Verstandeschwäche leide, beirrt das Bundesamt nicht. Es dürfe zwar als Tatsache betrachtet werden, daß N. auch schon damals sich in einem Geisteszustand befand, in welchem er der Hilfe, des Beistandes und der Leitung Anderer bedurfte. Dafür aber, daß ihm die Fähigkeit des Entschlusses bezüglich der Wahl des Aufenthaltsortes gefehlt habe, fehle jeder Anhaltspunkt! Über die Dauer der periodischen Anfälle von Geistesstörung sei nichts konstatiert.

Also trotzdem mehrere Ärzte bekundeten, daß N. auch außerhalb seiner periodischen Anfälle von Irresein jeder Selbständigkeit zum Handeln entbehre, und hochgradig geisteschwach sei, erkennt das Bundesamt den Mangel freier Selbstbestimmung nur für die periodischen Anfälle an!

Wir sehen auch hier: Nach dem Bundesamt kommt es auf den sonst erwiesenen geistigen Zustand bei der Frage nach der Wahl des Aufenthaltes gar nicht an. Es steht auf dem Standpunkt: Mag der geistige Zustand sein, wie er wolle, damit ist doch nichts über die „Fähigkeit des Entschlusses bezüglich des

Aufenthaltes“ gesagt! Er betrachtet also diese Fähigkeit als etwas sui generis, das eine reine Tatsachenfrage sei. Einen Anhaltspunkt für die Verneinung dieser Fähigkeit scheint es — wenigstens nach zahlreichen Ausführungen — hauptsächlich in dem Nachweis, daß Jemand tatsächlich den Aufenthalt nicht selbst wählen konnte, zu sehen. Das ist aber entschieden gegen das Gesetz. Der § 72 verlangt nicht die tatsächliche Unfähigkeit aus eigenem Antrieb von Ort A nach Ort B zu kommen, sondern die freie Selbstbestimmung bei der Wahl von B als Aufenthalt. Diese Freiheit ist aber nicht durch den Nachweis, daß es dem Betreffenden tatsächlich gelungen ist, B zu wählen, erwiesen, sondern sie ist ein Gegenstand psychologischer Erörterung.

XIX, 13: „N. ist allerdings von Hause aus geistig sehr schwach veranlagt, und hat von jeher ein höchst wunderliches, menschenscheues Benehmen an den Tag gelegt. Auch hat er sich stets durchaus von seinem Bruder leiten lassen, dergestalt, daß, als letzterer von Kukahn nach Greifenberg zog, allerseits als selbstverständlich betrachtet wurde, daß N. an dem Umzug teilnehmen werde. Andererseits aber bestätigen die Zeugen ausdrücklich, daß N. jedenfalls noch in Kukahn, wenn er auch wenig Lust zur Arbeit zeigte, doch ländliche Arbeiten wie andere Knechte, und zwar zur Zufriedenheit, sowohl bei seinem Bruder, wie bei andern Bauern verrichtete, namentlich auch das Mähengut verstanden habe. Ein Zeuge, der Kossäth H. bemerkte: N. sei nicht erschienen, wie andere Menschen, doch seien seine Arbeiten nicht zu tadeln und seine Antworten auf gestellte Fragen immer vernünftig gewesen.

Allerdings haben der Kreisphysikus Dr. G. und Dr. K. sich dahin ausgesprochen, daß der Genannte seinerzeit (Ende 1881 und April 1882) von ihnen blödsinnig befunden worden sei, d. h. nicht imstande, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen, und haben hinzugefügt, daß er sich schon seit 1875 in einem gei-

steskranken Zustände befunden haben müsse. Dieser Äußerung könne aber den oben erwähnten Tatsachen gegenüber kein entscheidendes Gewicht beigelegt werden.“ Da er erst 1882 sehr erregt und tobsüchtig geworden sei, so sei die Folgerung, er sei schon früher blödsinnig gewesen, nicht ohne weiteres zulässig erschienen. „Daß aber nicht jeder Zustand, wenn gleich ungewöhnlich großer geistiger Beschränktheit, notwendiger Weise auch als eine die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes ausschließende angesehen werden muß, hat das Bundesamt in wiederholten Entscheidungen ausgeführt.“

XXII, 5 (1890): „Unzweifelhaft ist, daß die N. seit Jahren geisteskrank ist und an hochgradigen Wahnvorstellungen leidet. Sie vermeint von fürstlicher Abstammung zu sein und die Gemahlin eines Fürsten zu sein . . . ferner, daß sie unter der Zwangsherrschaft eines Lakaien stehe, welcher seine Macht über sie durch Anwendung von Chloroform ausübe.“

Das Bundesamt findet erstens trotz der Aussage des Dienstherrn der N., eines Dr. L., nicht erwiesen, daß sie schon 1886 geisteskrank war. Zweitens: „Dr. W. andererseits (aus der Charité) hat einer Äußerung darüber: ob während der Zeit, über welche sein Gutachten sich erstreckt, die freie Willensbestimmung der N. ausgeschlossen gewesen — sich vollkommen enthalten, weil diese Frage nicht Gegenstand ärztlicher Beurteilung sei. In dieser Begutachtung ist aber ein Aufschluß um so unentbehrlicher, als erfahrungsgemäß geistige Störungen, auch hochgradige Wahnvorstellungen, die Fähigkeit des Kranken, selbständige Entschlüsse zu treffen, welche der augenblicklichen Lage der Verhältnisse und dem beabsichtigten Zwecke durchaus entsprechen, daher an sich vernünftig sind, keineswegs unbedingt ausschließen.“

Unter den tatsächlichen Feststellungen zugunsten der freien Entschließung wird angeführt: daß sie aus eigenem, freiem Antriebe aufgekündigt

habe, da sie wegen Kränklichkeit ihren Dienst nicht mehr versehen könne. (Also wieder die schon gerügte Substituierung von äußerer Freiheit an Stelle von innerer Freiheit.)

Nicht einmal die Bekundung, daß die N. erklärt habe, sie könne sich ohne Erlaubnis des Lakaien nicht von Braunschweig entfernen, weil dieser sie auch in anderen Städten ausfindig machen und über sie verfügen werde, daß sie ferner erklärt habe: sie müsse in Braunschweig bleiben, weil von der in Frage stehenden fürstlichen Person dann Geld gerade nach Braunschweig geschickt werde, genügt dem Bundesamt. „Aber auch diese Vorkommnisse vermögen, selbst, wenn sie richtig wiedergegeben sind, jene Schlußfolgerung der Beklagten nicht zu rechtfertigen, welche dadurch allein schon entkräftet wird, daß die N. demnächst dennoch Braunschweig in Wirklichkeit verlassen hat.....!

Also der Umstand, daß die N. lange Zeit ihren Wohnsitz nach derartig verrückten Gesichtspunkten bestimmt hat, soll alle Beweiskraft verlieren dadurch, daß sie schließlich einmal nach anderen Gesichtspunkten gehandelt hat? Als ob bei einem Verrückten das frühere Walten wahnhafter Beweggründe dadurch fraglich werden könnte, daß eine spätere Handlung nicht konsequent im Sinne dieser Beweggründe ausfällt! Selbst, wenn man nicht annimmt, daß die N. ihren Verzug von Braunschweig unter anderen, ebenso verrückten Gesichtspunkten vorgenommen hat, bleibt doch mindestens bestehen, daß während ihres Aufenthaltes in Braunschweig derart wahnhafte Ideen ihr Bleiben bestimmt haben, und ferner wirft doch diese Feststellung ein helles Licht auf den ganzen geistigen Mechanismus derselben, speziell bei Wahl des Aufenthaltes. (Es handelte sich darum, daß Braunschweig den Erwerb des Unterstützungswohnsitzes durch den mehrjährigen Aufenthalt der N. bestritt.)

Wichtig ist auch folgender Absatz: „Demgegenüber würde es anderweit des Beweises bedürfen, daß dieser Wechsel des Aufenthaltes ein durch Wahnvorstellungen der N. bei derselben innerlich erzwungener ge-

wesen sei. Eine dahin gehende Behauptung ist von dem Beklagten selbst nicht aufgestellt worden und würde auch wohl überhaupt nicht, geschweige im vorliegenden Falle nachweisbar sein, in welchem als feststehend angesehen werden muß, daß die N. durchaus selbständig, von keiner Seite äußerlich beeinflußt, ihren Aufenthalt von Braunschweig nach Berlin verlegt hat.“

Also hier wird erstens behauptet, der Nachweis, der Aufenthaltswechsel sei durch „Wahnvorstellungen innerlich erzwungen“, lasse sich überhaupt nicht (also auch bei anderen Fällen nicht) führen! Dann wird dem Merkmal der inneren Unfreiheit wieder das der äußeren substituiert. Als ob der Nachweis, daß die N. nicht unter dem Einfluß von Wahnvorstellungen gehandelt hat, damit erbracht ist, daß sie von keiner Seite äußerlich beeinflußt war!

XXV, 5: „Daß die an Querulantenwahn leidenden Personen innerhalb desjenigen Kreises ihrer Gedanken und Beschäftigungen, welcher von der sie beherrschenden krankhaften Vorstellung nicht unmittelbar berührt wird, der Fähigkeit keineswegs entbehren, selbständig der Lage der Verhältnisse durchaus entsprechende und daher vernünftige Entschließungen zu fassen.“

XVIII, 40: Ein wegen „Wahnsinns“ Entmündigter hat sich von 1871—1884 in 5 verschiedenen Orten aufgehalten. Sein „Geisteszustand scheint ein wechselnder gewesen zu sein.“ „Mehrfach hat ihn sein Verhalten als einen „verrückten und unheimlichen Gast“ erscheinen lassen, dergestalt, daß die Leute, bei denen er wohnte, froh waren, wenn er wieder auszog.“

„Dagegen lautet die Auskunft der Polizeibehörde in Mannheim (wo N. weit über 2 Jahre gewohnt hat) dahin, daß sämtliche namhaft gemachten Mietgeber keinerlei Geistesstörung an dem N. wahrgenommen haben. Mag nun auch selbst während der letztgedachten Zeit der Geisteszustand kein normaler, vollständig gesunder gewesen sein, so liegt doch nichts für die Annahme vor, daß N. während derselben der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes beraubt gewesen

sei. Sache des Klägers wäre es gewesen, den Beweis zu führen, daß dies dennoch der Fall war.

In allen bisher genannten Fällen hat das Bundesamt den Mangel der freien Selbstbestimmung als nicht erwiesen angesehen.

In einigen wenigen Entscheidungen (abgesehen von IV, 120 und XIII, 14, wo es sich um Anwendung des alten preußischen Rechts handelte) hat es diesen Mangel anerkannt. So wird XXV, 3 von H. anerkannt, daß er seit früher Kindheit an der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes gehindert war. Ebenso XXX, 13 bei einem Fall von Gehirnähmung, XXXII, 1 bei einer Idiotin, XXXIII, 2 bei einer ganz verwirrten Frau.

Ehe wir in eine Erörterung dieser Entscheidungen vom psychiatrischen Standpunkt eingehen, wollen wir eine erst in diesem Jahre veröffentlichte Entscheidung des Bundesamtes wiedergeben, welche den Standpunkt des Bundesamtes gewissermaßen programmatisch zusammenfaßt und m. E. zum schärfsten Widerspruch reizt. Die Entscheidung selbst enthält den Satz: „Diese Ausführungen entsprechen der vom Bundesamt in ständiger Praxis dem § 12 UWG. gegebenen Auslegung“.

XXXXVI, 10, 1913:

Merkmal des Ausschlusses der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes infolge geistiger Schwäche. Bewertung ärztlicher Gutachten. Saarlouis contra Nalbach. I. Inst.: Bezirksausschuß zu Trier. Urteil des Bundesamts vom 19. Oktober 1912.⁴⁾

Streitig zwischen den Parteien ist die Frage, ob die Unterstützte — wie Kläger behauptet — infolge von Geisteskrankheit der freien Selbstbestimmung bei der Wahl ihres Aufenthaltsortes entbehrt und deshalb trotz langjähriger Abwesenheit von Nalbach dort den Unterstützungswohnsitz nicht hat verlieren können.

⁴⁾ Es sind nur einige, die uns hier interessierenden Fragen nicht betreffende Sätze fortgelassen. Sperrdruck wieder von mir.

Der Vorderrichter hat nach Vernehmung von acht Zeugen und zwei Sachverständigen über den geistigen Zustand der Margarete B. die Klage abgewiesen. Er nimmt an, daß die beiden ärztlichen Gutachten gegenüber den von den Zeugen bekundeten Tatsachen nicht entscheidend sein könnten, und stellt fest, daß bei der B. ein richtiges Wollen und Erkennen bei der Wahl des Aufenthaltsorts vorhanden gewesen sei.

Gegen diese Entscheidung hat der Kläger form- und fristgerecht Berufung eingelegt und, unter Überreichung der Abschrift einer weiteren Auslassung des Dr. E. und der Abschriften protokollarischer Erklärungen des Peter B., Nikolaus W. und Wilhelm L. folgendes geltend gemacht: Zu Unrecht stütze sich der Vorderrichter lediglich auf die Aussage der Zeugen. Zwar unterliege die Frage, ob die freie Selbstbestimmung infolge von Geisteskrankheit ausgeschlossen gewesen sei, der freien Beurteilung der Spruchbehörden, diese seien aber an den Ausspruch der Sachverständigen nicht gebunden, noch weniger aber an die von Zeugen ausgesprochenen Meinungen.

Der Beklagte hat um Zurückweisung der Berufung gebeten. Der Beigeladene hat sich den Ausführungen des Klägers angeschlossen und noch geltend gemacht: Die Aussage des eigenen Bruders der Unterstützten, des Peter B., daß sie nur auf Betreiben ihrer Mutter die Dienststelle in Honzrath angenommen habe, im Haushalte nicht zu gebrauchen gewesen sei, weder zählen noch schreiben noch lesen könne, vom Ortsgeistlichen nicht einmal zum Kommunionempfang zugelassen sei, beweise, daß bei ihr niemals freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltes bestanden haben könne. Diese Aussage entkräfte die Bekundungen der in erster Instanz vernommenen Zeugen, die die geistigen Fähigkeiten der B. nicht so genau kannten wie ihr Bruder.

Der Beklagte hat gegenüber diesen Auslassungen noch geltend gemacht: Die B. sei zur Beichte und Kom-

munion zugelassen worden, wie eine Anfrage bei dem Stadtpfarrer bestätigen werde.

Der Berufung mußte der Erfolg versagt bleiben.

Der § 12 UWG. will nur die Fälle treffen, wo jemand entweder des eigenen Willens völlig entbehrt oder wo der vorhandene eigene Wille bei der Wahl des Aufenthalts infolge äußeren Zwanges sich nicht durchsetzen kann.

Das Fehlen des freien Willens bei einem Menschen ist nicht schon deshalb anzunehmen, weil sein Begriffsvermögen ein beschränktes ist, seine Kenntnisse von der ihn umgebenden Welt geringe sind, er ein Analphabet ist. Alle diese Momente schließen nicht aus, daß der Mensch einen keine komplizierte Gedankenarbeit bedingenden Willen zu bilden imstande ist. Die auf den Wechsel des Aufenthaltsorts gerichtete Willensbildung erfordert eine verhältnismäßig einfache Gedankenoperation. Die den Wechsel vollziehende Person braucht sich nur der Verschiedenheit der beiden Orte bewußt zu sein und den Willen zu bilden vermögen, daß sich ihr Leben fortan anstatt an dem bisherigen an dem zweiten Orte abspiele. Welche Motive für den Aufenthaltswechsel maßgebend sind, ist unerheblich.

Diese Ausführungen entsprechen der vom Bundesamt in ständiger Praxis dem § 12 UWG. gegebenen Auslegung.

Der Sachverständige Oberarzt Dr. E. gelangt nun in dem Gutachten vom 11. November 1911 auf Grund seiner vom 29. Oktober bis 11. November 1910 in der Heilanstalt Merzig an der B. gemachten Beobachtungen zu dem Ergebnisse: Der B. fehle die nötige Überlegung, um bei der Wahl ihres Aufenthaltsortes die

verschiedenen in Betracht kommenden Gründe und Gegengründe richtig zu erkennen und gegeneinander abzuwägen. Er meint danach, daß die B. von jeher derartig schwachsinnig gewesen sei, daß richtiges Wollen und Erkennen hinsichtlich ihres Aufenthaltsorts ausgeschlossen gewesen sei.

Der Sachverständige fordert hier mehr, als zur Bildung des Willens, den Aufenthaltsort zu wechseln, nötig ist. Auf die Gründe, die die Willensbildung beeinflussen, kommt es, wie bereits dargelegt, nicht an, noch weniger darauf, ob die Gründe der objektiven Kritik eines normal denkenden Menschen standhalten.

Das Gutachten des Dr. med. H. kommt zu folgendem Ergebnisse:

Die B. sei bei ihrem angeborenen hochgradigen Schwachsinn leicht zu beeinflussen, sie arbeite wohl, sei aber nicht fähig, bei angebotener Arbeitsmöglichkeit sich solche auszusuchen, sich selbständig nach Arbeit umzusehen, sich allein zu ernähren, sie bedürfe dabei der Hilfe anderer. Richtiges Wollen und Erkennen hinsichtlich der Wahl ihres Aufenthaltsorts habe der B. von jeher gefehlt.

Dieses Gutachten geht zwar von einer Auffassung des Begriffs der freien Selbstbestimmung aus, die der des Bundesamts nahekommt, sein Endergebnis steht aber, ebenso wie das Gutachten des Dr. E. nicht im Einklange mit den Aussagen der vernommenen Zeugen. Nach dem Inhalte dieser Aussagen ist der Schwachsinn der B., wenigstens vor ihrer Aufnahme in das städtische Hospital zu Saarlouis, nicht derartig gewesen, daß sie der Willensfähigkeit entbehrt hätte. Es genügt, in dieser Beziehung auf die zutreffende Beweiswürdigung des Vorderrichters hinzuweisen. Der Inhalt der vom Kläger in der Berufungsinstanz noch beigebrachten protokollarischen Erklärungen eines Bruders, einer Schwester, eines Schwagers und eines

früheren Dienstherrn der B. ist nicht geeignet, den Beweis für das Fehlen des Willens bei ihr zu erbringen. Es wird dadurch keineswegs bewiesen, daß regelmäßig andere Personen ihr Dienststellen haben aussuchen müssen, weil sie nicht dazu fähig gewesen wäre. Die letzte Dienststelle bei dem Zeugen L. in Hützweiler hat sie aus eigener freier Entschliebung angenommen, wie die Bekundungen der Schwester und des Schwagers sowie des L. klar ergeben. Wenn die Schwester und der Schwager der B. in der letzten Zeit, als sie bei zur Arbeit begleitet haben, so spricht dieser Umstand keineswegs ohne weiteres für das Fehlen eines Willens bei ihr. Die Begleitung kann ihren Grund sehr wohl in der Besorgnis haben, daß die B. andernfalls ihre eigenen Wege gehen und ihr etwas zustoßen könne. Die weiteren Bekundungen, daß sie die umliegenden Ortschaften voneinander habe unterscheiden können, und daß sie noch von Saarlouis aus Besuche in Nalbach ohne Begleitung gemacht und freiwillig nach Saarlouis zurückgekehrt sei, unterstützen die Annahme der Willensfähigkeit.

Unerheblich ist es, ob die B. zur Kommunion und Beichte zugelassen worden ist oder nicht: aus dem Mangel an Klarheit über die Bedeutung dieser Handlungen folgt keineswegs der Mangel an Willen.

Nach alledem hat die B. den Unterstützungswohnsitz in Nalbach durch ihre langjährige Abwesenheit verloren.

Vorläufige Fixierung einiger wichtiger Punkte in den Entscheidungen.

An der Hand der wiedergegebenen Entscheidungen, namentlich der letzten, will ich nun in eine Besprechung der Grundsätze, welche das Bundesamt leiten, eintreten.

Zunächst ist zu bemerken, daß, wie schon in früheren Entscheidungen, in der letztgenannten wiederholt dem

Mangel der freien Selbstbestimmung der Begriff der „Willensunfähigkeit“ substituiert wird (so III, 36, XXXVI, 12, XXXVI, 13). „§ 12 will nur die Fälle treffen, wo jemand entweder des eigenen Willens völlig entbehrt, oder wo der vorhandene eigene Wille bei der Wahl des Aufenthaltsorts infolge äußeren Zwangs sich nicht durchsetzen kann.“ Also, außer wenn äußerer Zwang vorliegt — eine Voraussetzung, mit der wir es hier ja nicht zu tun haben — ergibt hiernach nur völlige Willenslosigkeit die Voraussetzungen des § 12!

Eine andere Umschreibung der freien Selbstbestimmung ist die öfter (VIII, 21, XXXVI, 11 Entscheid d. B.-A.) wiederkehrende Formel: „Das richtige Wollen und Erkennen bei der Wahl des Aufenthaltsortes.“

Daß öfter in den Entscheidungen die im Sinne des Gesetzes unfreie Selbstbestimmung mit einem tatsächlich unfreiwilligen Wechsel des Aufenthaltsortes verwechselt ist, ist schon erwähnt. Z. B. VIII, 19: „es ist nichts darüber beigebracht, daß er seinen jeweiligen Aufenthalt nicht selbst gewählt habe, sondern unfreiwillig dahin gebracht worden sei“ (Fall von halluzinatorischem Wahnsinn mit Schwachsinn). Es wird öfter Wert darauf gelegt, daß die betreffende Person „selbständig“, „aus eigenem Antrieb“, „aus eigener freier Entschliebung“ gekündigt oder eine Stelle angenommen habe. Wie schon ausgeführt wurde, kann zwar der Umstand, daß jemand bei seinen Handlungen über das bei gesunden Menschen in gleicher Lage Übliche hinaus fremder Leitung bedarf, den Beweis mangelhafter innerer Freiheit erbringen, aber umgekehrt bringt die Tatsache, daß bei einer Entscheidung fremde Personen nicht mitgewirkt haben, doch nicht den Beweis, daß die Entscheidung eine innerlich freie gewesen ist. Wenn z. B. eine Person kündigt, weil sie unter der Wahnvorstellung steht, ihre Verfolger duldeten sie nicht länger am Orte, oder der Kaiser habe sie nach Berlin gerufen, so ist es ganz belanglos, ob sie den Kündigungsakt „selbständig“ vornimmt, also ohne daß andere Personen sie dazu gedrängt haben.

Nach diesen vorausgehenden Vorbemerkungen treten wir in eine mehr systematische Besprechung der Begriffe, um die es sich im Gesetz handelt, ein.

Der Begriff der freien Selbstbestimmung.

Was heißt freie Selbstbestimmung, freie Willensbestimmung?

Es kann ebensowenig wie im Strafgesetz oder Bürgerlichen Gesetzbuch die Willensfreiheit im philosophischen oder metaphysischen Sinne als Gegensatz der Determiniertheit gemeint sein. „Frei“ kann nicht im Sinne des philosophischen Indeterminismus soviel heißen wie: außerhalb des Gesetzes der Kausalität stehend. Es wäre so verkehrt wie möglich, im Gesetz den Begriff von etwas einzuführen, dessen Existenz wohl die Mehrzahl, jedenfalls eine sehr große Zahl von Philosophen, Psychologen, Juristen, Naturforschern, Medizinern bestreiten.

Die Deterministen sprechen die Willensfreiheit in diesem Sinne jedem Menschen ab. Das Gesetz kann unmöglich diese Unfreiheit meinen, welche nach der Ansicht einer so großen Zahl hochstehender Beurteiler allen Menschen eigen ist.

Es muß auch hier gelten, was die Motive zum Strafgesetzbuch des Norddeutschen Bundes (S. 70), aus welchem das deutsche Strafgesetz hervorgegangen ist, sagen (nachdem dargelegt ist, was unter Zurechnungsfähigkeit zu verstehen ist): Es darf namentlich nicht gefürchtet werden, daß dadurch die verschiedenen metaphysischen Auffassungen über die Freiheit des Willens im philosophischen Sinne in die Kriminalverhandlungen gezogen werden.”

Auch die Motive zum Vorentwurf zum Deutschen Strafgesetzbuch 1909 sagen: „Der Ausdruck „freie Willensbestimmung“ ist nicht im metaphysischen Sinne, sondern im Sinne des gewöhnlichen Lebens zu verstehen.”

Das Bundesamt hat sich auch nirgends auf den Standpunkt gestellt, daß Freiheit im Sinne von Undeterminiertheit gemeint sei. Es hat, soviel ich sehe, den Begriff „frei“ nirgends definiert, sondern ihn einfach ignoriert.

Da man den Begriff Freiheit im Gesetz nicht als Kausallosigkeit, den von Unfreiheit nicht als Determiniertheit auslegen kann, hat sich eine erfreuliche Übereinstimmung darüber

eingefunden, daß frei⁵⁾ überall, wo das Wort im Gesetz mit Hinsicht auf abnorme Geistesbeschaffenheit vorkommt, soviel heißt, wie frei von krankhaften Bedingungen und daß eine Handlung, die wesentlich⁶⁾ unter dem Einfluß von Sinnestäuschungen, Wahnideen, von krankhaft gestörter Überlegung, von krankhaft gestörtem Gefühl oder Willen steht, unfrei ist.

Entbehrt der Geisteskranke eo ipso bei jeder Handlung der freien Selbstbestimmung?

Einer Erörterung von großem theoretischen, aber durch die Stellung des Bundesamtes auch praktischen Interesse können wir nicht aus dem Wege gehen.

Muß die psychiatrische Wissenschaft bekunden, daß jede Handlung eines Geisteskranken unter krankhaften Bedingungen steht? Ich muß sagen, wenn wir nicht Haare spalten wollen, ist das zu weit gegangen. Zunächst ist zu bedenken, daß der Begriff Geisteskrank keine ganz scharfen Grenzen nach oben hat. Die feinere wissenschaftliche Betrachtung mag einem Psychiater unter Umständen schon Zeichen geistiger Krankheit ergeben bei einem Menschen, bei dem andere Psychiater sich noch nicht entschließen würden, von Geisteskrankheit zu sprechen. Aber selbst der Grenzschrift fernstehende Geisteskranke begehen genug Handlungen, bei denen wir keinen Einfluß ihrer krankhaften Abweichungen bemerken oder gezwungen wären, einen solchen anzunehmen. Gewisse Kranke entscheiden sich namentlich bei gröberen Aufgaben genau so, wie sie es als Gesunde auch getan haben. D. h. nicht nur mit einem zu billigenden Endergebnis, sondern auch auf demselben psychischen Wege.

Auf diesen Unterschied ist größtes Gewicht zu legen. Der Effekt einer Entschließung kann durchaus unauffällig sein und im Rahmen des bei Gesunden Üblichen. Und doch kann

⁵⁾ Natürlich sprechen wir hier nur von der inneren Freiheit nicht der Freiheit von äußerem Zwang.

⁶⁾ Die Hinzufügung des Wortes „wesentlich“ empfiehlt sich, um Haarspaltereien und der Verwertung des quantitativ Unerheblichen vorzubeugen.

die Entscheidung auf krankhaftem Wege erfolgt sein. Die Niederlassung z. B. eines Kranken in Berlin braucht keine unzweckmäßige zu sein und sie kann dennoch auf krankhaft veränderten Überlegungen beruhen.

Also was ich hier meine, ist nicht, daß manche Handlungen Geisteskranker objektiv das Richtige treffen, sondern daß der Mechanismus ihres Zustandekommens ein „richtiger“, d. h. normaler war.

Viele Kranke kleiden sich an und aus, nehmen ihre Mahlzeiten, machen Einkäufe, genau wie sie es in gesunden Tagen getan haben, d. h. die für den in Betracht kommenden Akt erforderlichen psychischen Vorgänge laufen regelrecht ab.

Daß gewisse Kenntnisse und Fertigkeiten bei Geisteskranken verschont sein können, weiß jeder Irrenarzt.

Es ist damit nicht etwa die Lehre von der Partialität der Geisteskrankheit, so wie sie manchmal gemeint ist, die Lehre von der „Monomanie“ zugegeben. In dem ganzen Streit über Partialität oder Totalität der Geistesstörung ist gewöhnlich ein verhängnisvoller Fehler gemacht worden. Man glaubt, es stände sich gegenüber: Entweder gibt es isolierte fixe Ideen bei einem sonst ganz Gesunden oder alles an dem Geiste des Erkrankten ist krank. Der gewöhnlich gebrauchte Ausdruck ist: „Die ganze Persönlichkeit ist krank.“ Zwischen dieser Alternative glaubt man sich entscheiden zu müssen. Es sind aber beide Annahmen falsch. Daß bei einem geistig sonst gesunden Menschen es vorkommt, daß nur eine Idee oder ein Gedankengang erkrankt sei (sit venia verbo) ist irrig. Erfahrung und Überlegung ergeben, daß die Störung selbst bei den seltenen Fällen, wo der Anschein isolierter Erkrankung vorliegt, tief in das geistige Leben des Betreffenden eingreift. Sie kann sogar in dem Sinne die gesamte Persönlichkeit ergriffen haben, daß keine der großen Klassen der psychischen Vorgänge, Empfinden, Fühlen, Wollen, Vorstellen, unbeteteiligt an der Abweichung ist. Damit ist aber nicht zugegeben, daß auch jedes der den großen Klassen untergeordneten psychischen Teilgeschehnisse oder gar jedes Einzelgeschehnis krankhaft verändert sei. Mag z. B. das Vorstellen mitergriffen sein, insofern gewisse gedankliche Operationen fehlerhaft oder unzu-

länglich ablaufen, es muß darum nicht etwa die Fähigkeit, Schach zu spielen mitgelitten haben.

Also kann man ruhig zugeben, daß gewisse Einzelleistungen, ja ganze Kategorien von Leistungen sich bei Geisteskranken regelrecht vollziehen können, ohne sich der Lehre von der Monomanie zu verschreiben.

Wenn daher das Bundesamt den Grundsatz aufstellt, Geisteskrankheit an sich genüge nicht für den Nachweis des Ausschlusses der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes, so können wir jedenfalls dem nicht den Satz entgegenhalten: Wenn jemand geisteskrank ist, so steht bei ihm alles unter dem Einfluß der Geisteskrankheit. Wir können damit nicht prinzipiell gegen das Verlangen weiterer Belege protestieren.

Dieses Zugeständnis entspringt mehr einem Bedürfnis nach logischer Reinlichkeit, als daß es praktisch große Konsequenzen hätte. Nämlich in näherer Ausführung von oben schon Ange deutetem muß gesagt werden:

Die Möglichkeit zeitweise normaler Handlungen kann die psychiatrische Erfahrung zwar nicht abstreiten, aber sie ergibt, daß die Geistesstörungen viel tiefer in das gesamte Verhalten des Betroffenen eingreifen, als der Unkundige sich träumen läßt. Die Fälle, in denen auch nur der — wie wir sahen, trügerische — Schein einer isolierten Störung besteht, sind überaus selten. Die tägliche Beobachtung, die minutiöse Analyse des Seelenlebens einer Unzahl von Geisteskranken, die Verfolgung ihres Lebensganges hat uns bei scheinbar normalen Handlungen Geisteskranker den Zusammenhang mit ihren krankhaften Empfindungen, Ideen und Gefühlen kennen gelehrt. Wir erleben Tag für Tag, wie die Angehörigen und Bekannten von Geisteskranken ihr Verhalten normalpsychologisch zu motivieren suchen, wo sich uns eine unzweifelhafte Bekundung ihrer Krankheit offenbart hat. So wird ihre gedrückte Stimmung oft auf Festhaltung in der Anstalt, zornige Erregung auf den geübten Zwang zurückgeführt, während beide auf von innen kommenden krankhaften Verstimmungen beruhen. Scheinbar normale Handlungen erweisen sich bei näherem Zusehen oft durch Wahnideen oder Sinnestäuschungen motiviert. Manchmal erfährt man es erst jahrelang nachher, aus Äußerungen, die

uns überbracht werden, aus späteren Geständnissen usw. Es ist jedem Psychiater bekannt, wie Kranke unter dem Einfluß von Stimmen, Verfolgungsideen von Wohnung zu Wohnung, von Ort zu Ort ziehen. Ihre Umgebung, ihr Hauswirt, ihre Mitmieter wissen oft davon nichts. Viele Kranke verbergen ihre wahnhaften Motive. Oft sogar vor dem Arzt. Nur dem besonders geschulten Psychiater gelingt es dann, den wahren Sachverhalt zutage zu bringen. Ein Querulant X. meiner Beobachtung, der Millionen als Schadenersatz von der deutschen Regierung verlangte, hatte während des jahrelangen Zeitraums, in dem seine Forderungen geprüft wurden, im Geschäft eines Freundes vollwertig eine Stelle ausgefüllt. Er hat aber dafür keinen Pfennig angenommen, obgleich er auf minimale Revenuen angewiesen, buchstäblich hungerte. Erst spät erfuhr ich von dem Freund den Grund: X. hatte ihm anvertraut: den millionenhohen Schadenersatz von der Regierung könne er nur beanspruchen, wenn er nachweise, daß er während des ganzen Zeitraumes erwerbslos war! So erwies sich der enge Zusammenhang zwischen dem querulatorischen Wahne und einer scheinbar damit in gar keiner Beziehung stehenden Handlungsweise!

Wenn es also zwar prinzipiell richtig ist, daß nicht jede Leistung, jede Äußerung durch jede Form von Geistesstörung und in jedem Stadium derselben alteriert werden muß, so ist doch praktisch von entscheidender Bedeutung, daß der krankhafte Prozeß unendlich viel mehr von dem gesamten geistigen Leben des Befallenen ergreift, als oberflächliche Betrachtung ahnen läßt. Willensentscheidungen, Stellungnahmen, Überzeugungen Geisteskranker sind viel tiefer und umfangreicher von ihrer Krankheit beeinflusst, als es dem Laien, der mit dem Kranken gelegentlich zu tun hat, zur Kenntnis kommt. Intelligente und feinfühlige Angehörige, die dauernd um den Kranken sind, fühlen das allerdings heraus, wenn sie nicht durch landläufige Vorurteile oder blinde Zärtlichkeit in ihrem Urteil bestochen werden. Der Fernerstehende bemerkt es gewöhnlich erst dann, wenn er Konflikte mit dem Kranken hat. Diejenigen Laien, welche etwa unter dem Gebahren eines Querlanten leiden, sind viel geneigter, zu erklären, der Mann ist „total verrückt“, als seine Freunde, die oft durchaus nicht einsehen wollen, daß er abnorm ist.

Der Umstand, daß praktisch jedenfalls keinerlei Verlaß darauf ist, daß die Willensentschließungen eines Geisteskranken sich normal abwickeln, hat rationellerweise im Bürgerlichen Gesetzbuch dazu geführt, den wegen Geisteskrankheit Entmündigten jede Geschäftsfähigkeit abzusprechen. Mag die Möglichkeit bestehen, daß dieser oder jener Kranke eine oder die andere Angelegenheit einmal sinnig ordnet — die Gewißheit, daß er in der Regel dazu nicht imstande ist, daß gar nicht abzusehen ist, welche Verkehrtheiten er machen kann, genügt hier, um allen seinen Handlungen die Rechtsgültigkeit abzusprechen.

Auf diesen Standpunkt stellen sich die Kommentatoren des Gesetzes über den Unterstützungswohnsitz und das Bundesamt nicht. Der bloße Nachweis der Geisteskrankheit soll nicht ohne weiteres bei einer Person jede ihrer Willensbestimmungen als unfrei unterstellen lassen, nicht jede soll eo ipso rechtlich unbeachtlich sein.

Nicht einmal die Entmündigung wegen Geisteskrankheit soll etwas für die Wahl des Wohnsitzes präjudizieren.

Sind wir nach dem Gesagten als Psychiater legitimiert, hiergegen Einspruch zu erheben?

Wenn wir Psychiater hierüber zu entscheiden hätten, so läge uns folgende Stellungnahme nahe: Da es gewiß ist, daß Geisteskrankheiten in viel tieferem und weiterem Maße das gesamte psychische Leben beeinträchtigen, als es scheint, und daß sich gar nicht absehen läßt, auf welchen verborgenen Wegen die Wirkung sich entfaltet, so wäre es auch auf dem Gebiete des öffentlichen Rechtes angebracht, generell bei einem Geisteskranken den Ausschluß der freien Selbstbestimmung bei rechtserheblichen Handlungen zu präsumieren. Wir würden ferner die Frage erheben, ob es ein befriedigender Rechtszustand ist, daß ein wegen Geisteskrankheit Entmündigter nach dem bürgerlichen Gesetzbuch einen Vormund erhält, der seinen Aufenthalt bestimmt, daß er nach dem Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz prinzipiell dennoch seinen Aufenthalt selbst wählen und durch freie Selbstbestimmung den Unterstützungswohnsitz erwerben und verlieren kann?

Aber etwas Zwingendes können wir gegen diese

Auffassung des Bundesamts nicht sagen. Nicht nur, daß formal überhaupt kein Zweifel an der Ungebundenheit der Bundesamts-Entscheidungen besteht, auch sachlich können wir nach obigen Ausführungen uns nicht auf den Standpunkt stellen, daß es direkt ein psychiatrischer Nonsens ist, den Beweis der Unfreiheit einer Handlung bei einem als geisteskrank Erkannten besonders zu verlangen. Wenn wir nämlich zugeben müssen, daß eine im definiertem Sinne freie Selbstbestimmung überhaupt bei einem Geisteskranken vorkommen kann, d. h., daß nicht jeder Akt desselben unter dem Einfluß von krankhaften Faktoren stehen muß, so können wir wenigstens keinen logischen Zwang nachweisen, die generelle Präsomtion der Unfreiheit für alle Handlungen anzuerkennen. Ob also diese generelle Präsomtion statthaben soll, ist nicht mehr eine rein psychiatrische und nicht mehr rein logische Frage, sondern gesetzgeberische resp. gesetzinterpretatorische Gesichtspunkte haben hier das letzte Wort zu sprechen.

Ich glaube, wir müssen uns daher darin finden, daß nicht alle Willensentscheidungen Geisteskranker eo ipso als unfrei gelten sollen, daß vielmehr der Nachweis gebracht werden muß, dieser spezielle Geisteskranke war bei der Wahl des Aufenthaltsorts unfrei.

Es ist das aber ein schon sehr weitgehendes Zugeständnis, da es sich bei den Voraussetzungen der §§ 12 und 24 gar nicht um einen einzelnen Willensakt handelt. Es ist das ein Punkt, den man sich durchaus klar machen muß. In dem ersten Absatz des § 12 ist zwar von der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes die Rede. Aber der zweite lautet: „Treten solche Umstände erst nach Beginn des Aufenthaltes ein, so ruht während ihrer Dauer der Lauf der einjährigen Frist.“ Also hier wird die Frage erhoben, ob der Betreffende während eines langen Zeitraumes nach Beginn des Aufenthaltes die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes besessen habe. Hier handelt es sich also gar nicht um einen einzelnen Wahlakt, sondern um die Bewertung eines dauernden Verhaltens. Sei ein Geisteskranker etwa 1¹/₂ Jahre an einem Ort gewesen, so fragt es sich, ob er minde-

stens ein Jahr davon die freie Selbstbestimmung besessen habe. Gaben wir zu, daß ein Geisteskranker die oder jene Handlung einmal „frei“ vollziehen könne, so wird natürlich die Wahrscheinlichkeit sehr viel geringer, daß für ein Tun resp. Unterlassen über 1 Jahr (die Beibehaltung des Wohnsitzes) normale psychische Bedingungen obgewaltet haben. Ist nämlich die Beibehaltung des Wohnsitzes nicht mindestens für den Zeitraum 1 Jahres auf „freie Selbstbestimmung“ zurückführbar, so wird der Unterstützungswohnsitz nicht erworben.

Wir sehen daraus, wie groß schon generell die Wahrscheinlichkeit dafür ist, daß ein Geisteskranker den Unterstützungswohnsitz nicht erwerben oder verlieren kann.

Aber unterwerfen wir uns dem Standpunkte, daß die allergrößte Wahrscheinlichkeit nicht ausreicht, sondern der Beweis direkt erbracht werden muß.

Was wir damit zugestanden haben, ist nur dies: Daß nicht mit der Feststellung von Geisteskrankheit an sich schon der Ausschluß der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes bejaht ist.

Wir kommen zu der kardinalen Frage: Sind die Forderungen, welche das Bundesamt für den Beweis des Ausschlusses der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes stellt, mit dem Gesetz vereinbar?

Daß das Bundesamt sich vorbehält, seine Voraussetzungen für den Ausschluß der freien Selbstbestimmung unabhängig vom Zivilrichter zu statieren, müssen wir zugestehen. Daß aber diese Voraussetzungen dem Gesetz entsprechen, dürfen wir unbedingt fordern.

Analogieschluß vom „armenmündigen Alter“.

Bis zum Jahre 1908 verwehrt das Gesetz den noch nicht 18 jährigen den Erwerb des Unterstützungswohnsitzes. Die meisten der oben angeführten Entscheidungen fallen in die Zeit vor 1908. Eine Fähigkeit, die dem 17³/₄ jährigen ab gesprochen wurde, wurde also Verrückten, periodisch Irren mit dauerndem Schwachsinn und Blödsinnigen zu gesprochen. Seit 1908 ist das armenmündige Alter zwar auf 16 Jahre herabge-

setzt worden. Der Kontrast ist immer noch kraß genug. Was ein gesunder Mensch von 15³/₄ Jahren nicht kann, soll ein Verrückter und Blödsinniger können. Nur ein Grad von Verrücktheit und Blödsinn soll die freie Selbstbestimmung aufheben, bei dem ein Wollen überhaupt nicht mehr vonstatten geht, also bei Zuständen völliger Zusammenhanglosigkeit der seelischen Vorgänge oder annähernd vollkommenen Fehlens aller geistigen Vorgänge. Das heißt, beim Geisteskranken soll Erwerb und Verlust des Unterstützungswohnsitzes nicht ausgeschlossen sein, wenn er auf der Stufe eines 15- oder 12- oder 8jährigen Kindes steht, sondern wenn er — soweit hier überhaupt noch die Analogie mit einer Stufe der normalen Entwicklung zulässig ist, auf der Stufe eines Kindes im ersten Lebensjahre steht.

Nun weiß ich, daß formal der § 12 nicht zwingend aus der Bestimmung über das „armenmündige“ Alter interpretiert werden kann. Daß man aber nicht umhin können wird, sich über den Geist des Gesetzes an einer solchen Bestimmung mit zu unterrichten, wird der Unbefangene zugeben. Hat doch das Bundesamt das selbst getan, wenn es — ich erwähne nur die zitierte Entscheidung XXXVI, 12 — für den wegen Trunksucht Entmündigten geltend gemacht, er stehe einem Minderjährigen nach vollendetem 7. Jahre gleich, habe also wie dieser nur beschränkte Geschäftsfähigkeit.

Bei der Frage: Unter welchen Umständen ist bei Geisteskranken und Geistesschwachen die freie Selbstbestimmung ausgeschlossen, kann also die Altersgrenze von 16 Jahren mit ein Wegweiser sein.

Streng wissenschaftlich ist, wie beiläufig bemerkt werden mag, ein Geisteskranker oder selbst Geistesschwacher niemals einer bestimmten Stufe der normalen Entwicklung restlos gleichzusetzen. Es kommt aber hier auch nicht auf gänzliche Gleichsetzung an, sondern nur auf eine sehr summarische Vergleichung. Die Differenz zwischen dem Geisteszustand eines fast 16jährigen und dem Zustand geistiger Erkrankung, den das Bundesamt als Begründung der Unfähigkeit, seinen Wohnsitz zu wählen, anerkennt, ist jedenfalls ein so ungeheurer, daß dagegen die Fehler, welche vor dem wissenschaftlichen Forum jeder Parallelisierung krankhafter Zustände und

normaler Entwicklungsstufen anhaften, von verschwindender Feinheit sind.

Aber nicht etwa nur der Hinblick auf das armenmündige Alter begründet unsern Einspruch gegen die Auslegung, welche die höchste Instanz dem § 12 in Fällen von Geisteskrankheit und Geistesschwäche gibt. Es ist das nur ein Hilfsmittel der Orientierung.

Die Gleichsetzung von freier „Selbstbestimmung“ mit „Willensfähigkeit“ und die Zurückweisung der Würdigung der Motive.

Es wurde schon erwähnt, daß das Bundesamt häufig dem Begriff freier Willens- resp. Selbstbestimmung dem Begriff Willensfähigkeit substituiert und daß es XXXXVI, 13 ausdrücklich sagt, der § 12 treffe nur Fälle, wo jemand des eigenen Willens völlig entbehrt. Das bedeutet: Das Merkmal der Freiheit völlig ignorieren. Es heißt doch nun aber im Gesetz nicht Willensfähigkeit, auch nicht eigene Willensbestimmung, sondern freie Selbstbestimmung!

Die Entscheidung fixiert: „Die den Wechsel vollziehende Person braucht sich nur der Verschiedenheit der beiden Orte bewußt zu sein und den Willen zu bilden vermögen, daß sie ihr Leben fortan anstatt an dem bisherigen, an dem zweiten Orte abspiele.“

Es ist mit Recht hierzu bemerkt worden, daß nach dieser Definition ein Hund, der, nachdem er verkauft ist, zu seinem Herrn zurückläuft, die freie Selbstbestimmung hinsichtlich des Aufenthaltsortes hat. Er ist sich zweifellos der Verschiedenheit der beiden Orte bewußt und er vermag den Willen zu bilden, an dem Ort, nach dem er sich begibt, sein Leben zu verbringen.

„Welche Motive für den Aufenthaltswechsel maßgebend sind, ist unerheblich.“ Und S. 14: Auf die Gründe, die die Willensbildung beeinflussen, kommt es, wie bereits dargelegt, nicht an, noch weniger darauf, ob die Gründe der objektiven Kritik eines normal denkenden Menschen standhalten!

Also das Bundesamt statuiert einen Willen, ja einen freien Willen, ohne Rücksicht auf die Motive. Nun ist Be-

urteilung eines Willens ohne Rücksicht auf die Motive eine Unmöglichkeit. Wenn wahnhafte Beweggründe, oder aus grober Urteilsschwäche hervorgehende Beweggründe den Willen bestimmen, so soll der Wille ein freier bleiben?

Was bleibt von der Willenshandlung übrig, wenn wir von der Motivation absehen? Daß überhaupt ein Ziel gefaßt und auf Erreichung des Zieles gehandelt wird.

Dieses nackte Wollen besteht auch bei dem zum Militär Eingezogenen, der gerade nach § 12 nicht die freie Selbstbestimmung hat. Der Eingezogene nimmt den Aufenthalt in der ihm angewiesenen Garnison in seinen Willen auf und stellt sich dem Regiment. Zu einer unfreien Willensbestimmung wird diese Willensbestimmung nur dadurch, daß unter den Motiven folgendes eine entscheidende Rolle spielt: eine übergeordnete Macht, welche über Zwangsmittel verfügt, hat das Ziel gesetzt. Eine Willenshandlung und eigene Willensbestimmung bleibt der Akt des Sichstellens. Aber er ist keine freie Willensbestimmung, weil der Ausgehöbene weiß, „ich muß dahin, d. h. wenn ich nicht dahin gehe, werde ich dazu gezwungen.“ Durch die Motivation wird diese Willenshandlung unfrei. Nur beim physischen Zwang liegt gar keine Willensbestimmung vor, bei jedem psychologischen Zwang ist sie vorhanden.

Übrigens läßt sich schon aus dem Wortlaut des § 12 die Unstatthaftigkeit der Gleichsetzung von Ausschluß der freien Selbstbestimmung mit „Willensunfähigkeit“ erschließen. Denn es ist von Umständen die Rede, welche „die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes“ ausschließen. Es heißt nicht etwa beim „Aufenthalt nehmen“ oder Ähnliches. Es wird damit vorausgesetzt, daß es eine Wahl des Aufenthaltsortes gibt, bei der die freie Selbstbestimmung fehlt! Jedes Wählen ist natürlich ein Wollen. Also bezieht sich das Gesetz im § 12 direkt gar nicht auf den Fall, daß überhaupt kein Wollen möglich ist,⁷⁾ und erkennt ausdrücklich an, daß es ein Wollen ohne freie Selbstbestimmung gibt.

Sollte man sich aber diesem Schluß mit der Annahme entziehen wollen, der Ausdruck „Wahl des Wohnortes“ im § 12 sei ein Lapsus des Gesetzgebers, so genügt eben der Hinweis

⁷⁾ a potiori gilt es natürlich auch von diesem.

darauf, daß der Gedanke, die Freiheit des Willens zu bejahen, ohne Bezugnahme auf die den Willen bestimmenden Gefühle und Vorstellungen, d. h. die Motive — ein psychologisches Un-
ding ist.

Was würden in psychiatrischer Hinsicht die Konsequenzen sein von dem Ersatz des „Ausschlusses freier Selbstbestimmung“ durch „Willensunfähigkeit?“

Es gibt allerdings extreme Fälle, in denen in diesem Sinne keine Willenshandlung mehr möglich ist. Es kommen in Betracht gewisse Stuporzustände, ferner Zustände, in denen jede Initiative fehlt, ein Wille überhaupt nicht aufgebracht werden kann, andere Zustände, in denen jeder Willensantrieb durch Gegenantrieb unterdrückt oder unwirksam gemacht wird. Ferner Zustände, in denen der Kranke von wechselnden Antrieben derart hin- und hergezogen wird, daß die Festhaltung eines Zieles, eine kontinuierliche Willenshandlung unmöglich wird. Schließlich so schwere Grade von Trübungen des Bewußtseins oder geistiger Verworrenheit, daß Ziele überhaupt nicht mehr gesetzt werden können.

Das sind nun alles Zustände, die tatsächlich die Wahl eines Wohnortes unmöglich machen. Ein Stuporöser oder Soporöser kommt überhaupt nicht vom Fleck. Ein extrem Verwirrter bleibt nicht ein Jahr — ohne äußeren Zwang — an einem Ort. Es wären das also Fälle, auf welche die tatsächlichen (durch § 10 gegebenen) Voraussetzungen des Erwerbes eines Wohnsitzes nur in Frage kommen, wenn die Kranken passiv dahin geschleppt werden. Womit sich die Anwendbarkeit des § 12 überhaupt auf die Fälle des äußeren Zwanges beschränkte — eine Konsequenz, zu der sich noch Niemand bekannt hat.

Die große Mehrzahl schwerer Geisteskranker besitzt aber die Willensfähigkeit, wie sie Entscheidung XXXXVI definiert. In schweren, vorgeschrittenen Fällen von Gehirnerweichung oder von Verrücktheit weiß der Kranke oft noch: Dies ist der eine Ort und das ist ein anderer Ort und er vermag den Willen zu bilden, daß sein Leben sich fortan an dem zweiten Ort abspiele. Einige Beispiele für viele: Ein Kaufmann, der sich „Wilhelm rex, Napoleon, Charlemagne, Erfinder des lenkbaren Luftschiffes, Dramatiker, Dramaturg, Schachweltmeister und Konstruk-

teur des drehbaren Unterseebootes“ unterschreibt, kam zum Geburtstag des Kaisers nach Berlin, um den ihm gebührenden Thron im Berliner Schloß einzunehmen. Hier wollte er, daß „fortan sein Leben“ sich abspiele.

Ein Kapellmeister verließ vor wenigen Wochen seine Heimat, weil Gottes Stimme ihm gesagt hatte, er sei Prophet Johannes II, er solle zum Kaiser nach Berlin und ihm prophezeien. Der Mann ist dabei derartig geordnet und zusammenhängend in seinen Auseinandersetzungen, daß seine Mutter ihn nicht für krank, sondern für „erleuchtet“ hält, obgleich er den fünften derartigen Anfall hat.

Ein anderer Kranker verließ Berlin und begab sich nach Hamburg, weil er in Berlin überall mit „Spiegelmaschinen verfolgt, am Geschlechtsteil bestrahlt, halbiert, gebissen, begossen, bestreut und aufgeblasen wurde.“ In der freien Reichsstadt Hamburg sei das nicht möglich.

Jeder Psychiater kennt Hunderte solcher Beispiele. Will man vertreten, daß diese Kranken mit „freier Selbstbestimmung“ ihren Wohnort gewählt haben, daß „die Motive für den Aufenthaltswechsel unerheblich“ sind, daß es „auf die Gründe der Willensbildung nicht ankommt“?

Besprechung des konkreten Falles, den die Entscheidung des Bundesamtes (46, 10) betrifft.

Aber wenden wir uns weniger krassen Fällen zu. Denn ich glaube annehmen zu dürfen, daß das Bundesamt selbst nicht immer die Konsequenzen seiner XXXXVI, 13 gegebenen Ausführungen ziehen würde. Die tatsächliche Rechtsprechung ist in der Tat nicht ganz so weit gegangen, wie es die in der betreffenden Entscheidung proklamierten Grundsätze und Definitionen fordern.

Wenden wir uns dem konkreten Falle zu ⁸⁾ (46, 10). Der Sachverständige, Oberarzt E. sowohl, der die damals 44 jährige

⁸⁾ Da ich Akten und Krankengeschichte der hier besprochenen Fälle nicht kenne, kann ich immer nur die in den Entscheidungen selbst niedergelegten tatsächlichen Angaben zugrunde legen. Es kommt ja auch nicht auf den einzelnen Fall, sondern auf die Prüfung der Grundsätze an.

B. 1910 in der Heilanstalt beobachtet hat, sowie Dr. med. H. kamen beide zu dem Ergebnis, daß ihr das richtige Wollen und Erkennen bei der Wahl des Aufenthaltsortes gefehlt habe. Oberarzt E. weist auf die Unfähigkeit hin, die Gründe und Gegenstände richtig zu erkennen und gegeneinander abzuwägen, Dr. H. speziell auf ihre Unselbständigkeit, ihre Abhängigkeit von Anderen. Beide attestieren hochgradig angeborenen Schwachsinn. Erwiesen ist, daß die B. weder z ä h l e n (!), noch schreiben, noch lesen könne, der Bruder gibt an, daß sie nicht zur Kommunion zugelassen wurde.

Die Entscheidung führt dagegen aus, B e s c h r ä n k t h e i t, Geringfügigkeit der Kenntnisse, der Umstand, daß jemand Analphabet sei, täten nichts zur Sache. Das Bundesamt übersieht,

1. daß es ein ungeheurer Unterschied ist, ob jemand Analphabet ist, weil die Schul-, Lebens-, Zeitverhältnisse und der Bildungsstand der Bevölkerung — wie in Rußland, Balkanländern und selbst manchen Gegenden der Kulturländer — einen großen Teil der Bevölkerung vom Unterricht ausschließen, oder ob ein einzelnes Mitglied einer Familie in einer hochkultivierten Provinz Deutschlands Analphabet ist, weil sie nicht l e r n e n k o n n t e. Unter solchen ist Analphabetsein Beweis eines hervorragenden Grades geistiger Schwäche.

2. daß unwidersprochen von der Familie behauptet wird, daß die B. nicht einmal z ä h l e n konnte! Wer mit 44 Jahren nicht zählen kann, ist ein Idiot.

3. macht die Entscheidung geltend, die B. habe nicht r e g e l m ä ß i g durch andere Personen ihre Dienststelle aussuchen lassen. Die letzte habe sie aus eigener freier Entschliebung angenommen. Hier wird wieder die Verwechslung gemacht 1. zwischen t a t s ä c h l i c h e m Vollzug einer Handlung und freiem daher r e c h t g i l t i g e m Vollzug. Tatsächlich kann z. B. ein 15 jähriger Gesunder einen Aufenthalt wählen, rechtsgiltig nicht. 2. zwischen e i g e n e r Entschliebung und f r e i e r Entschliebung. Die weit über das Gewöhnliche hinausgehende Abhängigkeit einer Person von anderen kann zwar wie schon ausgeführt mit Recht als ein Beweismittel ihrer Willensunfreiheit herangezogen werden, je ausgesprochener und andauernder diese Abhängigkeit war, ein desto deutlicheres Licht wirft

sie auf die Qualität des Willens und die den Willen bestimmenden geistigen Vorgänge einer Person, aber daß ein Kranker unbeeinflußt seinen Willen realisiert hat, beweist nicht, daß dieser Wille frei war.

4. Sieht das Bundesamt nicht einmal in dem Umstand, daß Schwester und Schwager die B. fast immer bei ihren Gängen zur Arbeit begleitet haben, einen Beweis für das „Fehlen eines Willens.“ (Was natürlich nach unsern obigen Ausführungen gar nicht Beweisgegenstand ist.) „Die Begleitung könne ihren Grund sehr wohl in der Besorgnis haben, daß die B. andernfalls ihre eigenen Wege gehen und daß ihr etwas zustoßen könne.“ Also die Notwendigkeit, eine über 40 jährige Frau auf ihren Gängen zur Arbeit zu begleiten, „damit sie nicht ihre eigenen Wege gehe,“ soll nicht gegen ihre freie Selbstbestimmung sprechen!

Immer heißt es in dieser Entscheidung, welche ausdrücklich hervorhebt, daß sie „der ständigen Praxis des Bundesamts entspreche“: „Die Willensfähigkeit“, „der Mangel an Willen“, „das Fehlen des Willens.“

Nach allem, was die Entscheidung selbst als Tatsachen zugrunde legt, war die B. eine Idiotin. Über die Frage, ob sie eine höherstehende Idiotin oder eine tiefstehende Imbecille war, wollen wir da hier die Grenzen willkürlich sind, nicht streiten. Jedenfalls bestand ein ganz eminenter Grad von Geistesschwäche, wie er nur bei ausgesprochen krankem Gehirn vorkommt. Von einer bloßen „Beschränktheit des Begriffsvermögens“ und geringen Kenntnissen kann hier gar keine Rede sein. Die Gehirnentwicklung dieses Mädchens ist in der fötalen Periode oder in der ersten Lebenszeit schweren krankhaften Störungen unterworfen gewesen, derart, daß es überhaupt nicht zu der normalen Gehirnbeschaffenheit des Typus Mensch gekommen ist. Sie war ein geistiger Krüppel. Also den Maßnahmen eines Geschöpfes, das zwar Menschenform und Antlitz trägt, aber gerade derjenigen zerebralen und geistigen Merkmale entbehrt, welche den Menschen zum vernünftig wollenden Wesen machen, wird eine Rechtsgiltigkeit verliehen, die denen eines 15 jährigen, unvergleichlich höher stehenden Minderjährigen versagt wird!

Die Geistesschwachen und der § 12.

Es mag hier gleich eine kurze Erörterung der Frage, wie weit „Geistes s c h w ä c h e“ die freie Selbstbestimmung besitzen, angefügt werden.

Wenn der Psychiater Geistes s c h w ä c h e und Geisteskrankheit unterscheidet, so meint er mit ersterer nicht etwa etwas n i c h t Krankhaftes. Die Geistesschwäche ist vielmehr auch das Ergebnis von Krankheit: Gehirnsyphilis, Gehirnhautentzündung, Gehirnverletzung in der ersten Lebenszeit, oder verschiedene Krankheitsprozesse während des fötalen Lebens hinterlassen Defektzustände, die man nur deshalb nicht zu den Krankheiten im landläufigen Sinn rechnet, weil es s t a t i o n ä r e Zustände sind, die nicht wie eine Krankheit Anfang, Entwicklung und Ende haben. Ebenso hinterlassen viele Geistes- und Gehirnkrankheiten im s p ä t e r e n Leben einen Dauerzustand, in dem Denken, Fühlen und Wollen abnorm bleibt. Auch hier spricht man oft von (erworbener) Geistesschwäche. Streng genommen ist auch der Geistesschwache geisteskrank. Daß man innerhalb des weiteren Begriffes des geistig Kranken, Geistesschwäche und Geisteskrankheit im engeren Sinne unterscheidet, hat also zwei mehr äußerliche Motive:

1. Daß es sich nicht um einen noch flammenden Prozeß, nicht um den Brand, sondern um die verkohlte Ruine handelt,
2. daß es praktische Vorteile hat, geistige Zustände, deren hervorstechendes Merkmal das M i n u s gegenüber dem Normalen — ein Quantitatives — ist, unter einem besonderen Ausdruck zu vereinigen.

Wie wenig prinzipiell und scharf die Abtrennung der Geistesschwachen von den Geisteskranken ist, zeigt sich darin, daß bei feinerem Zusehen — oft sogar für die grobe Betrachtung — beide Gesichtspunkte sich als irrig erweisen. Viele der sogenannten Geistesschwachen zeigen nicht immer das stationäre Bild. Verschiedenartige zeitweise Erregungen, Verstimmungen, Bewußtseinstrübungen usw., heben sich von dem gleichmäßigen Dauerbilde ab. Und die Annahme, daß es sich, abgesehen von solchen episodischen Vorkommnissen, um ein bloßes M i n u s, eine bloß quantitative Herabsetzung von geistigen Fähigkeiten handelt, ist meist auch nur für eine summarische Betrachtung richtig. Bei näherem Studium sind diese

Imbezillen nicht nur weniger intelligent, weniger willensstark, weniger feinfühlig, sondern eine in Kürze gar nicht zu erschöpfende Reihe qualitativer Abnormitäten des Vorstellens, Fühlens, Wollens findet sich bei ihnen. Etwa große Reizbarkeit, perverse Triebrichtungen, paranoide Denkweise, kurz Charakterzüge, die man nur durch eine sehr künstliche Konstruktion als bloßes Minus der Eigenschaften Gesunder hinstellen kann.

Also die ganze Trennung von Geistesschwachen und Geisteskranken besteht nur innerhalb des beide umfassenden Gebietes der geistigen Krankheit im weiteren Sinne, und ist eine wenig scharfe.

Besonders dem Laien, ja sogar manchem Psychiater gegenüber ist zu betonen, daß die Störung der Verstandesfunktionen bei den Geistesschwachen nicht etwa die einzige, meist nicht einmal die wichtigste Störung ist. Gefühls-, Trieb- und Willensleben, der „Charakter“ zeigen gewöhnlich starke und gerade für die soziale Existenzfähigkeit verhängnisvolle Abweichungen. Viele Imbezille sind dadurch in Freiheit gefährlich, daß sie brutal und grausam gegen ihre Geschwister und andere Kinder, zu Wutzuständen geneigt, lügnerisch, diebisch, allen bösen Einflüssen zugänglich sind, dem Bettel, der Vagabondage, dem Alkoholismus, dem Verbrechen in die Arme getrieben werden. Die Kombination von Schwachsinn mit Alkoholismus und Epilepsie findet sich überaus häufig. Von den Imbezillen, welche neben dem Verstandesdefekt derartige „moralische“ Abweichungen zeigen, zu jenen Kranken, bei denen der Verstandesdefekt gering oder kaum nachweisbar ist, während die charakterologischen Abnormitäten das Feld beherrschen, den sogenannten Entarteten, führen zahlreiche Übergänge.

Wie verhält es sich nun mit der freien Selbstbestimmung der Geistesschwachen?

Da zugegeben werden muß, daß die leichtesten Grade der Geistesschwäche ohne scharfe Grenze in das, was man im Leben dumm und beschränkt nennt, übergehen, kann der radikale Standpunkt: wer geistesschwach ist, entbehrt eo ipso der freien Selbstbestimmung, nicht vertreten werden und die Auffassung des Bundesamts, daß Geistesschwäche nicht ohne

weiteres die freie Selbstbestimmung aufhebt, muß geteilt werden.

Wo es sich um Grenzfälle handelt, über deren Zurechnung zu den Geistesschwachen verschiedene Psychiater möglicherweise verschieden urteilen würden, ja deren Zurechnung von der jederzeitigen psychiatrischen Schwelle, die kleine Schwankungen zeigt, abhängt, mag man die freie Selbstbestimmung annehmen, d. h. anerkennen, die Willensbestimmung wird hier nicht von krankhaften Bedingungen beherrscht.

Wenn aber psychiatrische Sachverständige mit Gründen belegen, daß eines Menschen Fähigkeit zu begreifen, zu überlegen, gesund zu fühlen, nach vernünftigen Gesichtspunkten zu handeln und sein Leben einzurichten, in einem Grade herabgesetzt ist, daß er fernab von dem Bereich des Normalen oder daß er gar nahe den tiefsten Stufen tierartiger Idiotie steht — dann sollte kein Zweifel bestehen, daß die Frage nach der freien Selbstbestimmung verneint werden muß. Denn dann sind die Gefühls-, Auffassungs- und Urteilsprozesse, aus denen die Willensbestimmung hervorgeht, eventuell der Willensmechanismus selbst unwidersprechlich krankhaft, daher die Willensbestimmung unfrei, gleichgültig, ob objektiv das Ergebnis zu billigen ist. Eine solche Willensbildung ist rechtlich unbeachtlich, wenn sie auch einmal das Richtige trifft. Das zufällig Zweckmäßige einer Willensentscheidung macht sie nicht zu einer aus freier Selbstbestimmung getroffenen.

Alkoholisten und Epileptiker.

Auch bei einer dritten Kategorie von Kranken, die man wegen einer gewissen Verwandtschaft zusammen behandeln kann, den Alkoholisten und Epileptikern, hat das Bundesamt sich auf einen Standpunkt gestellt, gegen den der Psychiater Bedenken erheben muß.

Zwar stimme ich auch hier darin dem Bundesamt zu, daß es nicht genügt, die Diagnose Alkoholismus oder Epilepsie gestellt zu haben. Es gibt Epileptiker, deren geistiger Zustand wenig oder gar nicht von ihrer Krankheit außerhalb der An-

fälle alteriert wird. Der Alkoholist leichtesten Grades im psychiatrischen Sinne ist von dem reichlich dem Alkoholgenuß fröhnenden noch Normalen durch keine unüberbrückbare Kluft getrennt, es sind Grenzunterschiede und die Grenze ist nicht scharf zu ziehen. Daher ist die Forderung berechtigt, daß nachgewiesen werden muß, daß die Krankheit die freie Selbstbestimmung aufhebt. Allerdings sind die Epileptiker und Alkoholisten, mit denen es der Psychiater zu tun hat, meist weit von der zur Norm liegenden Grenzschrift entfernt.

Die Mehrzahl der Epileptiker und Alkoholisten, welche in Irrenanstalten kommen, gehört entweder von Hause aus zu den **Entarteten und intellektuell defekten Menschen**⁹⁾ oder im Laufe ihres Leidens stellen sich schwere Veränderungen ihres Fühlens, Wollens und Denkens ein. Ihr Lebenslauf zeigt deutlich den geistigen Verfall, die Haltlosigkeit, Kopflosigkeit, die Willenslosigkeit, den Zusammenbruch der ganzen Persönlichkeit. Meist sind sie vielfach wegen Bettelns, Arbeitsscheu, Vagabondierens bestraft; Körperverletzung, Hausfriedensbruch, Widerstand sind an der Tagesordnung, oft auch Diebstahl und Betrug. Sie vertrinken den Arbeitsverdienst, verprügeln Frau und Kinder, bedrohen sie oft in lebensgefährdender Weise, phantasieren nachts, delirieren, bekommen Angst-, Wut-, Erregungs-, Rausch- und Dämmer-Zustände.

Eine Zeitlang halten sie sich in der Arbeit, dann kommt eine Irrenanstaltsaufnahme nach der anderen. Bald werden sie polizeilich wegen gefährlicher Exzesse eingeliefert, bald schickt sie der Armenarzt, weil es so nicht weiter geht, bald flüchten sie sich selbst von Angst getrieben, völlig ratlos und existenzlos, im Gefühl vollkommener Steuerlosigkeit in das schützende und pflegende Irrenhaus. In der Anstalt unter erzwungener Abstinenz sind sie oft brauchbare Arbeiter. Meist sind sie ganz einsichtslos, schieben alles auf die Frauen, andere Menschen, die Verhältnisse. Die wenigen, die gute Vorsätze haben, werden nach der Entlassung gewöhnlich bald rückfällig. Wir haben nicht wenig Alkoholiker, die schon 30 mal und öfter im Irrenhause waren. Die bisherigen Ge-

⁹⁾ Es hat sich immer mehr herausgestellt, daß nicht wenige Menschen Alkoholmißbrauch treiben, weil sie abnorme, psychopathische Menschen sind.

setze geben leider keine Handhabe, Alkoholiker, die nicht schwer gemeingefährlich sind, dauernd in Anstalten festzuhalten.

Diese Alkoholiker haben immer Angehörige und Freunde, die sie „ganz vernünftig“ finden. Leider ist die Volksanschauung, daß selbst gewohnheitsmäßige Trunksucht eine mit Humor hinzunehmende Eigenheit sei, die aber mit Geistesstörung nichts zu tun hat, noch überaus verbreitet. Daß ein Mensch, der widerstandslos dem Anreiz zum Genuß von Alkoholgengen, die ein schweres Nervengift repräsentieren, hingegeben ist, der unter deren unmittelbarem Einfluß in schwere Bewußtseinstrübungen verfällt, der auch in den Zwischenzeiten stumpf, brutal, reizbar, einsichtslos, steuerlos und zu sinniger Lebensführung unfähig ist, der unaufhaltsam blindlings sicherem Verderben zueilt, ein Geisteskranker ist, daß seine ganze Lebensgestaltung — mag er diese oder jene Einzelverrichtung zeitweise befriedigend vollziehen — unter dem Einfluß eines Dämons steht, nicht unter dem Einfluß vernünftiger Willensbestimmung, das wollen leider noch viele, von vulgären Anschauungen Gefesselte, nicht einsehen.

Besprechung einer noch nicht veröffentlichten Entscheidung des Bundesamtes aus dem Jahre 1913 betreffend einen entarteten Alkoholisten.

Mir liegt eine neue, noch nicht veröffentlichte Entscheidung des Bundesamtes in Sachen „Sch.“ vor, deren Besprechung Gelegenheit gibt, einige noch nicht berührte Mißverständnisse zu beleuchten. Da heißt es: „Für die Annahme, daß bei Sch., der offenbar ein erblich belasteter, degenerierter, an den Folgen des Alkohols leidender Mensch ist, das richtige Wollen und Erkennen hinsichtlich der Wahl seines Aufenthaltsortes nicht ausgeschlossen war, spricht der Umstand, daß er, wenn er sich krank fühlte, aus eigenem Antrieb in der Anstalt erschien und seine Wiederaufnahme beantragte. Es kommt ferner in Betracht, daß er in der Zeit seit Mai 1906 wenigstens zeitweise gearbeitet hat und daß seine Schwester, die ihm nahestand, niemals Anzeichen von Geisteskrankheit an

i h m b e m e r k t h a t. Wenn Sch. hiernach auch im medizinischen Sinne geisteskrank gewesen sein mag, so folgt daraus noch nicht, daß er einer so einfachen Handlung, wie der Wahl des Aufenthaltsortes nicht fähig gewesen wäre.”

Sch. war vom

- 31. VIII. 01 bis 23. I. 02 in der Irrenanstalt Herzberge,
- 23. I. bis 30. VI. 02 im Krankenhaus Friedrichshain,
- 5. V. 06 bis 15. V. 06 in der Irrenanstalt Herzberge,
- 21. V. 06 bis 12. VI. 06 in der Irrenanstalt Herzberge,
- 8. VIII. 06 bis 11. IX. 06 in der Irrenanstalt Herzberge,
- 2. I. 07 bis 9. IV. 07 in der Irrenanstalt Herzberge,
- ? bis 16. VII. 07 in der Heil- und Pflegeanstalt Dresden,
- 16. VII. 07 bis 26. VII. 07 im Versorgungshaus Dresden,
- 9. X. 07 bis 10. X. 07 im Obdach,
- 15. X. 07 bis 11. VII. 08 in der Irrenanstalt Herzberge,
- 9. III. 09 bis 2. IV. 09 in der Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg,
- 27. VI. 09 bis 1. IX. 09 in der Irrenanstalt Herzberge,
- 2. VI. 10 bis 20. IV. 11 in der Irrenanstalt Herzberge,
- 16. IX. 11 bis 1. V. 12 in der Irrenanstalt Friedrichsberg,
- 9. IX. 12 in der Irrenanstalt Herzberge.

Sch. hat am 1. IV. 05 seine frühere Gemeinde Z. verlassen. Bis zum 1. IV. 07 mußte die Gemeinde Z. — damals galt noch die 2 jährige Frist — die tarifmäßigen Kosten begleichen. Bei Sch.'s Aufnahme in Herzberge am 15. X. 07 waren die 2 Jahre abgelaufen. Es hatten während dieser Zeit die in Klammern gesetzten Aufnahmen stattgefunden. Der Ortsarmenverband Berlin ersucht den Landarmenverband der Provinz, in der Z. liegt, den Sch. in Fürsorge zu übernehmen. Um diese Zeit war Sch. 2 Jahre 197 Tage abwesend von Z. Davon war er 5 mal, d. i. 170 Tage in Herzberge. (Den Dresdener Aufenthalt in der Heil- und Pflegeanstalt und im Versorgungshause hat man nicht abgezogen.) Der Landesdirektor rechnet aus, daß Sch. also 2 Jahre 27 Tage von Z. abwesend war.

Wie es kam, daß, wie es scheint, sämtliche Beteiligte, jedenfalls beide gerichtliche Instanzen (Bezirksausschuß und Bundesamt) entscheidenden Wert auf den Beweis legten, daß Sch. während dieser 2 Jahre 27 Tage „u n u n t e r b r o -

chen¹⁰⁾ der freien Selbstbestimmung entbehrte, wenn er seinen Unterstützungswohnsitz in Z. verloren haben sollte, ist mir unerfindlich. Nach den §§ 12 und 24 ruht die Frist (von damals 2 Jahren), so lange die Umstände, welche die freie Willensbestimmung ausschließen, bestehen. Wenn Sch. also nur mehr als 27 Tage in der ganzen Zeit der freien Selbstbestimmung entbehrte, so genügte das dazu, daß er weder in Berlin seinen Unterstützungswohnsitz erwerben, noch ihn in Z. verlieren konnte.

Was der Gutachter der Anstalt Herzberge also bewies — daß Sch. „ununterbrochen“ seit Mai 1906 der freien Selbstbestimmung entbehrte — geht noch weit über das hinaus, was das Gesetz verlangt.

Dieser Gutachter, der den Kranken genau kannte, führte aus, daß Sch. ein mit zerebraler Kinderlähmung behafteter, von Hause aus degenerierter Mensch ist, der mindestens seit Mai 1906 schwer durch Trunksucht zerrüttet war. Er weist auf seinen Stimmungswechsel, seine Neigung zu Dämmerzuständen unter Einfluß von Trunk hin, auf seine Unfähigkeit, seit 1906 sich einen Wohnsitz zu gründen — er war in dieser Zeit 6 mal in Anstalten —. „Sobald er den schützenden Halt der Anstalt entbehrte, treten schwere geistige Krankheitsercheinungen auf.“ Im Mai 1906 zeigt er bei der Aufnahme ängstliche Stimmung und Sinnestäuschungen. „Für eine bestimmte Zeitdauer bis zur Aufnahme — in diese Zeit fiel eine plan- und ziellose Reise von Guben nach Berlin — hatte er eine nur ganz summarische Erinnerung.“

Der Landesdirektor der beanspruchten Provinz berief sich dagegen auf ein Gegengutachten eines andern Psychiaters. Dieser, der den Kranken nie gesehen hatte, entschied sich auf Grund der Materialien dahin, daß der Beweis des Fehlens der freien Selbstbestimmung nicht erbracht sei.

Von diesem Psychiater hat das Bundesamt das oben gesperrt gedruckte Argument übernommen, welches die freie

¹⁰⁾ „Ununterbrochen“ muß nach § 10 Jemand 1 Jahr lang seinen „gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb eines Ortsarmenverbandes gehabt“ haben, damit er den Unterstützungswohnsitz erwirbt. Für die „Umstände“ der §§ 12 und 24 dagegen gilt kein „ununterbrochen“.

Selbstbestimmung in der Wahl des Aufenthaltes auf die Selbststellung im Irrenhause begründet! In seinem Gutachten heißt es: „Sämtliche Aufnahmen (von 1905 bis 1907) sind in der Weise zustande gekommen, daß Sch. aus eigenem Antriebe und allein in der Anstalt erschien und seine Wiederaufnahme selbst beantragte, da er sich krank fühlte. Er war also in seinem krankhaften Zustande noch fähig, zu erkennen, daß die Pflege einer Irrenanstalt für ihn notwendig sei und handelte gemäß diesem rüchtigen Wollen und Erkennen hinsichtlich der Wahl seines Aufenthaltsortes,¹¹⁾ indem er wieder zu der Anstalt ging, in der er schon behandelt worden war. Es soll hiermit nicht bestritten werden, daß bei Sch. unter Alkoholeinfluß Bewußtseinstrübungen mit Verwirrtheit und Sinnestäuschungen aufgetreten sind, es soll nur hervorgehoben werden, daß selbst in diesen Bewußtseinstrübungen ein Rest von Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes bei Sch. immer noch vorhanden war.“

Der höchste Gerichtshof in Sachen des Unterstützungswohnsitzes hat sich hier eine Argumentation zu eigen gemacht, die dadurch, daß sie in dessen Entscheidungen figurirt, eine selbständige, von den Beziehungen auf den speziellen Fall losgelöste Bedeutung erhalten hat.

Also der Umstand, daß sich jemand selbst in einer Irrenanstalt stellt, soll das Bestehen der freien Selbstbestimmung hinsichtlich der Wahl des Aufenthaltsortes beweisen! Denn da er in die Irrenanstalt gehört, also irre ist, ist er hingegangen, wo er hingehört. Folglich hatte er das richtige Erkennen und Wollen hinsichtlich der Wahl des Aufenthaltsortes! Notabene: Die Selbststellung soll nicht nur vereinbar mit der freien Selbstbestimmung sein, sondern sie beweisen!

Mit derselben Logik könnte man weiter schließen: Wer so das richtige Erkennen und Wollen bekundet, gehört nicht in die Irrenanstalt, also fehlte ihm das richtige Wollen und Erkennen bezügl. der Wahl des Aufenthaltes, als er sich zur Aufnahme stellte. Wem das aber in einem so wichtigen Punkte fehlte,

¹¹⁾ Sperrung von mir.

der gehört in die Irrenanstalt, also hatte er das richtige Erkennen, also gehört er nicht in die Irrenanstalt. und so ad infinitum! Wir wären also mitten in der Schlußweise des antiken Beispielen von Milo dem Kretenser.

Daß bei beiden Schlüssen ein Denkfehler vorliegt, ist klar.

Warum stellt sich ein Kranker selbst der Anstalt? Es kommen verschiedene Umstände in Betracht. Wir haben hundertfache Erfahrungen darüber. Ich will die häufigen Fälle, in denen jemand im Rauschdämmerzustande blindlings in die Irrenanstalt kommt und am nächsten Morgen gar nichts mehr von dem Vorgange weiß, oder sich höchlichst wundert, daß er hergekommen ist und sofortige Entlassung verlangt, gar nicht einmal in Betracht ziehen. In dem Falle Sch. hat der Gutachter auf derartiges hingewiesen.¹²⁾

Sehen wir also sogar von Selbststellungen in ausgesprochenen Dämmerzuständen ab.

Kommt der Alkoholist zu dem Zeitpunkte, zu dem es indiziert war?? Keineswegs! Nehmen wir einen für viele. Ein Alkoholist hat wochen- oder monatelang sein Zentralnervensystem durch fortgesetzte Giftzufuhr verwüstet, er hat seine Angehörigen und Freunde in jeder Weise durch Einschüchterung oder Mitleiderweckung gebrandschatzt, er hat wochenlang schlaflos, von Angstvorstellungen gepeinigt, mindestens durch schreckhafte Träume aufgeschreckt, seine Nächte verbracht. Er ist außerstande, zu arbeiten, oder sehr behindert, weil er zittert, schwitzt, Unruhe fühlt, auch wenn er gerade nüchtern ist. Oft glaubt er Verfolger zu sehen und zu hören. Wadenkrämpfe peinigen ihn im Bett, morgens muß er brechen. Oft hat er Schwindeleien gemacht und fürchtet die Polizei. Er sieht sich schließlich aller Existenzmöglichkeit beraubt, weiß nicht ein noch aus. In diesem vollkommenen Zusammenbruch und totaler Ratlosigkeit turkelt er dann entweder betrunken zur An-

¹²⁾ Ich gehe auf die Einzelheiten dieses Falles nicht weiter ein, weil es sich in dieser Erörterung nicht um den Fall, sondern um die von dem Bundesamt und einem Sachverständigen dabei aufgestellten Grundsätze handelt, ganz abgesehen davon, daß mir nur die Prozeßakten, nicht die Anstaltsakten und Anstaltsjournale vorliegen.

stalt, oder er rettet sich in einem nüchternen Augenblick in ihren bergenden Schoß. Daß das für ihn und die Gesellschaft das Beste ist, ist richtig.

Aber was bedeutet hier das „richtige Erkennen und Wollen“? Die Voraussetzung der Richtigkeit dieser Erkenntnis ist: daß der Selbststeller der freien Selbstverfügung absolut unfähig ist, daß er des Irrenhauses, also des höchsten Grades von Entselbständigung und Zwanges, den es auf der Welt gibt, bedarf! Es bedeutet die Manifestation der absoluten Unfähigkeit zur freien Selbstbestimmung. Die vollkommene Unterwerfung des „freien Willens“ unter einen maximalen — höchst heilsamen und notwendigen — Zwang.

Und weil die das Wollen lenkende Erkenntnis: „Ich bin absolut unfähig zur freien Selbstbestimmung“ richtig ist, weil der Betreffende also tatsächlich absolut unfähig zur freien Selbstbestimmung ist — soll er den Beweis erbracht haben, daß er die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes besitzt?!!

Ich betone noch einmal: Es soll das nach dem Sachverständigen und dem Bundesamt nicht nur vereinbar sein mit dem Bestehen freier Selbstbestimmung, sondern es soll geradezu den Beweis für dieselben bringen!

Eine überraschende Argumentation! Wo liegt der Fehler? Oder vielmehr die Fehler? Praktisch würde der eine genügen, daß der Kranke monate- oder wenigstens wochenlang vorher dieses richtigen Erkennens ermangelt hat, daß er also lange Zeit selbst dieses eine richtige Wollen und Erkennen nicht gehabt hat. Ferner in der Verwechslung zwischen objektiv zweckmäßiger Willensentscheidung und freier Willensentscheidung. Kann der Entschluß, der aus vollkommener Ratlosigkeit, unter dem Einfluß von Sinnestäuschungen, Angstzuständen, Verfolgungswahn, Unfähigkeit die Gedanken zu sammeln oder ähnl. getroffen wird, ein freier genannt werden? Paßt in diesem speziellen Falle der Ersatz der freien Selbstbestimmung des § 12 durch die Formel vom „richtigen Erkennen und Wollen“ bezügl. des Aufenthaltes. Kann für die Richtigkeit der Überlegungen und Entscheidungen, die sonst für die

Wahl des Aufenthaltsortes erforderlich sind, die Überlegung und Entscheidung, welche richtigerweise ins Irrenhaus führt, geltend gemacht werden? Kann die richtige Einsicht, daß man keinerlei Existenzfähigkeit besitzt, außer hinter den Mauern der Irrenanstalt, beweisen, daß man im Besitz der freien Selbstbestimmung ist?

Beweist denn eine objektiv zu billigende Entscheidung, daß jemand überhaupt richtig über sich verfügt? Und gar, wenn es sich gerade um diese eigenartige und singuläre Entscheidung handelt, wie die zur Aufnahme in eine Irrenanstalt führende? Hier hebt ja die Voraussetzung für die Richtigkeit des Erkennens die Schlußfolgerungen aus der Richtigkeit des Erkennens vollkommen auf!

Die Gesamtheit der Tatsachen, auf Grund deren das „Erkennen richtig“ ist, soll durch diese Erkenntnis allein völlig ausgelöscht sein!

Fürwahr, der Schatz unserer Trugschlüsse ist um ein klassisches Schulbeispiel vermehrt!

Man kann Fälle ausdenken, in denen die Selbststellung in der Irrenanstalt die freie Selbstbestimmung zur Zeit der Selbststellung und vorher nicht ausschließt. Etwa wenn jemand an sogenanntem periodischen Irresein leidet, derart, daß sich nach Zeiten voller Gesundheit Anfälle von Geistesstörung einstellen. Wenn solche Person bei den ersten noch nicht gewichtigen Vorboten des Anfalles sich gewissermaßen prophylaktisch selbst einstellte — dann wäre dieser Entschluß vor der eigentlichen Anstaltsbedürftigkeit gefaßt. Der Alkoholist ist aber fast nie erst an dem Tage, an dem er sich stellt, anstaltsbedürftig, sondern er war es schon Monate, mindestens Wochen vorher. Denn er kommt erst zur Anstalt, wenn er schon lange Zeit derart dem Trunk gefrönt hat, daß er „fertig“ ist.

Fälle, in denen jemand Geisteskrankheit simulierte aus irgend welchen Gründen, kommen hier natürlich nicht in Betracht. Er wäre eben nicht geisteskrank und nicht anstaltsbedürftig, was die Voraussetzung der ganzen Betrachtung ist.

Lassen wir die Frage, ob die Selbststellung eines Geisteskranken überhaupt vereinbar ist mit der freien Selbstbestimmung, bei Seite — beweisen kann sie es niemals.

Die Bewertung von Laienurteilen.

Ein zweiter Punkt, auf den die Bundesamtsentscheidung in der Sache Sch. hinweist, ist von prinzipieller Bedeutung. Die Aussage der Schwester des Sch., sie habe nie Anzeichen von Geisteskrankheit an ihrem Bruder bemerkt, wird über die Aussage der Sachverständigen, die den Sch. genau kennen, und über die Tatsache, daß er zur Zeit des Urteilspruches im ganzen 12 mal, bis 1907: 7 mal, in Irrenanstalten war, gestellt. Überall in den Bundesamtsentscheidungen kehrt das wieder, daß die Erklärungen von Laien als ausschlaggebend angesehen werden. Ihr Inhalt wird als „Tatsache“ behandelt.

Nun weiß jeder Psychiater, welche erstaunliche Urteilslosigkeit bei vielen Laien — vorwiegend, aber nicht einmal nur der ungebildeten Bevölkerungsklasse — bezüglich Geisteskranker besteht. Wir erleben es alle Tage, daß Angehörige bei den schwersten Formen unheilbaren Irrsinnes das Vorliegen von Geisteskrankheit bestreiten. Erwähnt wurde schon die Mutter des jungen Mannes, der aus Süddeutschland nach Berlin gekommen war, um als Prophet Johannes II. dem Kaiser Eröffnungen zu machen, welche erklärte, ihr Sohn sei nicht geisteskrank sondern „erleuchtet.“ „Es gebe Dinge zwischen Himmel und Erde etc.“ Kranke, die die ausgesprochenen Zeichen der Gehirnerweichung bieten, werden von den Ihrigen als bloß „zerstreut“ oder „überarbeitet“ angesehen. Von notorisch Verrückten heißt es, sie seien ganz klar und vernünftig, hätten sich nur etwas „in den Kopf gesetzt.“

Handelt es sich nun gar um Entartete, Geistesschwache, Trinker — so finden viele Laien, namentlich unter den Ungebildeten hier nicht das wieder, was ihren Begriff von Geisteskranken ausmacht: Dauerndes Rasen oder völlige Unmöglichkeit eines geistigen Rapportes. Namentlich der Rubrizierung des haltlosen, entarteten, geistig zerrütteten Trinkers unter die Geisteskranken stehen tiefgewurzelte Volksvorurteile entgegen, die zu zergliedern sich hier erübrigt.

Soll die hierfür bestehende Unwissenheit und Verständnislosigkeit der Massen, die erfreulicherweise nachzulassen be-

ginnt, das entscheidende Wort sprechen, oder die vertiefte Erkenntnis der Wissenschaft?

Gewiß sollen die Laien gefragt werden. Aber nach **T a t s a c h e n**, aus denen der Urteilsfähige Schlüsse ziehen kann. Ob das, was ein Kranker zeigt, sich aber mit ihrem Begriff von Geisteskrankheit oder Fähigkeit zur Aufenthaltswahl deckt, ist ganz belanglos. Wenn ein Kossäth (XIX, 13) schon sagt, X. „sei nicht erschienen wie andere Menschen“, soll dann der Umstand, daß X. gut mähte und noch Fragen nach des Kossäthen Meinung vernünftig beantwortete, für die freie Selbstbestimmung ins Gewicht fallen? Der Kossäth weiß nicht, daß ganz blödsinnige, verworrene und wahnbetörte Kranke in Massen in den Anstalten gute mechanische Arbeit liefern, und er ahnt nicht, daß eine große Zahl in seinem Sinne „vernünftiger Antworten“ mit dem Bestehen von Gehirnerweichung und jeder Art von Verrücktheit vereinbar ist. Daß Menschen, die ganz unfähig sind, vernünftig über sich zu disponieren, viele Fragen richtig beantworten, weiß er nicht. Er kann mit einem Wort nicht bemessen, wie es in dem Kopf eines Geistesschwachen oder Geisteskranken aussieht.

Jedenfalls darf dem Urteil eines noch dazu so ungebildeten Laien billigerweise nicht größeres Gewicht beigemessen werden, als den Urteilen von Sachverständigen.

Welchen Anforderungen hat der Beweis von dem Ausschluß der freien Willensbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes zu genügen?

Gehen wir nach diesen vorwiegend kritischen Auseinandersetzungen daran, positiv darzulegen, unter welchen Voraussetzungen die Umstände, welche nach §§ 12 und 24 die freie Selbstbestimmung in der Wahl des Aufenthaltsortes ausschließen, erwiesen sind.

Man kann einen **S p e z i a l b e w e i s** und einen **G e n e r a l b e w e i s** unterscheiden.

Der Spezialbeweis wäre der Nachweis, daß bezeugterweise speziell die fragliche Aufenthaltswahl unter krankhaften Bedingungen stand. Also etwa, daß erwiesenermaßen eine an-

gebbare Verfolgungs- oder Größenidee, der Einfluß von Stimmen, Angstvorstellungen usw. den Entschluß zum Wohnortswechsel gezeitigt hat. Kann das nachgewiesen werden, so steht die Unfreiheit der Wahl des Wohnsitzes für den Zeitpunkt des Wechsels außer Zweifel.

Aber es wäre nicht nur verkehrt, aus dem Mangel dieses Spezialbeweises zu schließen, der Beweis wäre überhaupt nicht geführt, wie zu schließen, mit dem obigen Nachweis wäre schon den Anforderungen der §§ 12 und 24 genügt.

Der Generalbeweis ist nicht nur vollgiltig, sondern auch als Ergänzung des Spezialbeweises erforderlich. Er erschließt aus der Geistesverfassung des Kranken die Unfähigkeit zur freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes.

Der Generalbeweis hat sich darauf zu richten, daß während eines durch die Lage des Falles präzise bestimmten Zeitraumes¹³⁾ die geistigen Funktionen, welche bei einer so einschneidenden und rechtlich belangreichen Entscheidung, wie der Wahl des Aufenthaltsortes, und bei der Innehaltung eines solchen mitwirken, wesentlich durch Krankheit beeinträchtigt waren. Derart, daß eine solche Entscheidung eine „freie“ nicht sein konnte.

Mag also eine bestimmte Wahnidee den Aufenthaltswechsel bewirkt haben oder nicht, mag das zufällig erweisbar sein oder nicht — wenn nur der Geisteszustand ein solcher war, daß er freie Willensentschlüsse von der Art der Wohnsitzwahl ausschließt. Wenn also der Kranke nur zu apathisch oder zu gedankenlos war, sich überhaupt die Frage vorzulegen, „bin ich hier an der richtigen Stelle?“ wenn er zu schwachsinnig war, um sich das pro und contra ausreichend zu vergegenwärtigen, wenn er zu willensschwach, zu abhängig und zu bestimmbar war, um überhaupt einen gegebenen Zustand zu ändern, wenn eine wahnhafte Grundauffassung seiner Persönlichkeit und seiner Beziehungen zur Außenwelt überhaupt die Fundamente lebenswichtiger Entscheidungen fraglicher Art fälschten — immer war seine Selbstbestimmung unfrei.

¹³⁾ Die Gesamtdauer des Aufenthaltes Minus der Zeit, in welcher die freie S. ausgeschlossen war, muß weniger als ein Jahr betragen.

Daß gegen solche Wahl, objektiv nichts einzuwenden ist, beweist nichts. Es habe sich jemand aus verrückten Gründen in Braunschweig (s. Entscheid. XXII, 5) niedergelassen und da sein Brot gefunden. Es braucht das nicht objektiv unzweckmäßig gewesen zu sein. Manchmal ist es sogar objektiv gleichgültig, ob sich jemand hier oder da aufhält. Das ändert nichts daran, daß die Selbstbestimmung unfrei war.

Ich höre den Einwand: Ja, gerade weil es manchmal gleichgültig ist, ob jemand in X. oder Y. sich aufhält, braucht man doch kein Wesen davon zu machen, ob er nun auf der Höhe geistiger Gesundheit die Wahl getroffen oder in einem Zustande geistiger Störung dahingeraten ist!

Der Einwand ließe sich diskutieren, wenn wir Gesetze zu machen hätten. Da könnte man die Frage erheben, was denn dagegen spräche, einfach der Gemeinde, in der sich der Geisteskranke eine bestimmte Zeit aufgehalten hat, die Unterstützungslast aufzuerlegen. Wirtschaftliche, armenrechtliche, politische und andere nichtpsychiatrische Gesichtspunkte kämen hier in Frage. Aber wir haben nicht Gesetze zu machen, sondern das vorhandene Gesetz zu respektieren! Das gilt für den Richter wie für den Sachverständigen. Das Gesetz fordert nun einmal als Voraussetzung des Unterstützungswohnsitzes die freie Selbstbestimmung.

Mag auch in einigen Fällen objektiv gleichgültig sein, wo sich ein bestimmter Mensch mit bescheidener Lebensstellung aufhält, in der Mehrzahl der Fälle stellt die Wahl gar nicht so geringe geistige Anforderungen. Gewiß, auch der, der blindlings sich für irgend einen Aufenthalt entscheidet, gerät an den betreffenden Ort. Aber zu einer freien Wahl wird die Aufenthaltswahl dadurch nicht. Der Betreffende muß nicht nur wohl erwägen können, was ihm hier und dort winkt, sondern bemessen können, ob der Schritt sich seinem ganzen Lebensplan fördernd einfügt, er muß Erwerbs-, Familien- und andere Verhältnisse in normaler Weise beurteilen können. Wer infolge von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche nicht die Verhältnisse erfassen und würdigen, sich gar nicht die Folgen klar machen und gegen andere Möglichkeiten abmessen, gar nicht nach weiteren Zielen seine Schritte einrichten kann — wobei als Maßstab natürlich immer nur der Grad dieser Fähigkeit bei

gesunden Menschen gleicher Bildungsstufe und Lebenslage dienen kann — der trifft seine Entschliebung nicht frei. Es sind das alles nur Beispiele. Erschöpfend läßt sich gar nicht darlegen, welcher Art alle die freie Selbstbestimmung aufhebenden Momente sein können.

Das, was ich den Generalbeweis nannte, wird, wie gesagt, durch den oben gekennzeichneten Spezialbeweis nicht überflüssig. Denn (es wurde schon darauf hingewiesen) der zweite Absatz der §§ 12 und 24 (vom Ruhen der Frist, wenn nach dem begonnenen Aufenthalt besagte Umstände eintreten) unterwirft ja nicht nur die einzelne Willensentscheidung bei dem Aufenthaltswechsel der Beurteilung, sondern die Geistesbeschaffenheit des Kranken während eines langen Zeitraumes. Wäre der den Wohnort Wechselnde bald nach dem Wechsel genesen und hätte sich danach ein Jahr an dem neuen Wohnort aufgehalten, so würde er trotz der Erkrankung zur Zeit des Wechsels den Unterstützungswohnsitz erworben haben. Denn durch die besagten Umstände ruht ja nur der Lauf der Frist.

Also aus dem Gesetz geht einerseits hervor, daß der Spezialbeweis für den einzelnen Willensakt des Aufenthaltswechsels nicht ausreicht, andererseits, daß das, was wir Spezialbeweis nannten, gar nicht das allein in Betracht Kommende sein kann.

Denn die Umstände, welche die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes ausschließen, müssen für einen lange dauernden Zeitraum erwiesen werden, währenddessen der Betreffende gar nicht den Aufenthalt gewechselt hat, sondern an einem Orte geblieben ist. Damit wird das passive fortgesetzte Geschehnis des Bleibens an einem Ort der Prüfung unterstellt.

Der singuläre Fall, daß sich für diese ganze Zeit ein Spezialbeweis führen läßt, daß also etwa andauernd der Zusammenhang des Bleibens mit einer bestimmten Wahnidee erwiesen wird, kann nicht der einzige Fall sein, der die Voraussetzungen der §§ 12 und 24 erfüllt. Die Unfreiheit des „Bleibens“ wird naturgemäß viel häufiger in der allgemeinen Unzulänglichkeit von Fühlen, Wollen, Denken gelegen sein, als in einem solchen positiven Druck, der den Kranken an seinen Wohnort festbannte. Also, auch wenn sich für den Wohnorts-

wechsel selbst der Spezialbeweis führen läßt, ist für die folgende Zeit meist der Generalbeweis der entscheidende, und gewöhnlich überhaupt allein in Betracht kommende.

Zusammenfassung.

Ich komme nach dem Bisherigen zu folgendem Ergebnisse:

1. An dem Standpunkt des Bundesamts, daß die bloße Abstempelung eines Menschen als geisteskrank oder geistesschwach es nicht erübrigt, den Ausschluß der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes zu beweisen, können wir Psychiater nicht rütteln.

Denn wir können diesem Standpunkt nicht die Behauptung entgegensetzen, daß alle Willensbestimmungen eines jeden, der noch unter die psychiatrische Rubrik „geisteskrank“ oder „geistesschwach“ gebracht werden kann, krankhaft verändert sind.

Dieses Zugeständnis hat zwar eine mehr theoretische Bedeutung, da für die speziell hier in Frage kommende, rechtlich belangreiche und sich über einen großen Zeitraum erstreckende Willensbestimmung: der Aufenthaltswahl — die Wahrscheinlichkeit regelrechten Zustandekommens bei einem Geisteskranken und erheblich Geistesschwachen eine äußerst geringe ist.

2. Aber da es sich eben nur um geringe Wahrscheinlichkeit handelt, nicht um absolute Unmöglichkeit, da ferner die Begriffe geisteskrank und geistesschwach nach oben nicht ganz scharf begrenzt sind, ist es Sache des Gutachters: den Beweis zu erbringen aus der näheren Darlegung der Geistesbeschaffenheit des Geisteskranken oder Geistesschwachen und zwar im Hinblick auf eine psychische Leistung von der Art der Aufenthaltswahl.

3. Freie Bestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes liegt nicht schon dann vor, wenn jemand sich tatsächlich von Ort A. nach Ort B. begeben hat.

4. Auch dann nicht, wenn er es „aus eigenem Antrieb“, ohne fremde Unterstützung getan hat.

5. Auch nicht dann, wenn objektiv gegen die Wahl nichts Entscheidendes einzuwenden ist.

Alle diese Gesichtspunkte verwechseln teils Freiheit von äußerem Zwang mit innerer psychischer Freiheit, teils verschieben sie den geforderten Nachweis eines subjektiven Faktors auf den eines objektiven Tatbestandes. Nicht nach der Fähigkeit, tatsächlich seinen Wohnsitz zu verlegen, wird im Gesetz gefragt, sondern nach dem subjektiven Merkmal der Freiheit bei der Wahl.

Der Effekt einer Handlung kann zufällig zweckmäßig sein, ohne daß die psychischen Vorgänge, durch die sie zustande gekommen ist, regelrecht abgelaufen sind. Sind letztere unzweifelhaft wesentlich von der Norm abweichend, so fehlt ihnen der Charakter der „Freiheit“; sie sind rechtlich unbeachtlich.

6. Der Ersatz des Merkmales des Ausschlusses der „freien Selbstbestimmung“ durch „völlige Willenlosigkeit“ entspricht weder dem Gesetz noch den Grundlehren der Psychologie. Die Auffassung, die Motive seien für das Merkmal der Freiheit gleichgültig, ist unhaltbar.

7. Unfrei ist eine Willensbestimmung, wenn sie wesentlich unter krankhaften psychischen Bedingungen steht.

8. Der Beweis, daß die Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes unfrei war, ist dann geführt, wenn nachgewiesen wird, daß die zu einer vital und rechtlich so folgenreichen Entscheidung, wie es die Wahl des Aufenthaltsortes ist, mitwirkenden geistigen Funktionen wesentlich gestört sind, daß die krankhaften Vorgänge im Kopfe des Betroffenen, seien es Sinnestäuschungen, Wahnideen, Angstzustände, Urteilsschwäche, Zerfahrenheit, Willensschwäche usw.. nach Grad und Ausprägung derartig sind, daß die speziellen geistigen Vorgänge, welche zur Wahl des Aufenthaltsortes erforderlich sind, notwendig beeinträchtigt sein müssen (Generalbeweis).

9. Läßt sich darüber hinaus der Spezialbeweis bringen, d. h. lassen sich positive und konkrete krankhafte Faktoren aufweisen, welche tatsächlich speziell die Aufenthaltswahl oder die Beibehaltung des Aufenthaltsortes bestimmt haben, so beseitigt das zwar den letzten Rest von Zweifel, den eventuell

ein noch anfechtbarer Generalbeweis übrig läßt, aber ein solcher Spezialbeweis ist nicht *conditio sine qua non*.

Wenn der Spezialbeweis nur für den einmaligen Akt des Aufenthaltswechsels gebracht ist — für die Beibehaltung des Aufenthaltes kann er nur in seltenen Fällen geliefert werden —, so reicht er nicht einmal aus, sondern bedarf für die dem Aufenthaltswechsel folgende Zeit der Ergänzung durch den Generalbeweis.

10. Für die Beurteilung des Geisteszustandes eines Menschen sind Tatsachen, welche Laien berichten, belangreich. Dagegen sind Urteile von Laien, besonders ungebildeten Laien, z. B. ihre Antwort auf die Frage, ob jemand frei bei der Wahl des Aufenthaltes war, ob er „geisteskrank“ war usw., nicht ins Gewicht fallend, jedenfalls nicht geeignet, entgegenstehende Urteile von sachverständigen Ärzten zu entkräften.

11. Der Ersatz von „freier Selbstbestimmung“ durch die Wendung: „richtiges Erkennen und Wollen“ ist dann unbedenklich, wenn unter „richtig“ nicht objektiv zweckmäßig¹⁴⁾, sondern subjektiv regelrecht, d. h. nicht durch Krankheit beeinträchtigt, verstanden wird.

12. Die Anwendung dieser Formel auf den Fall, daß die „richtige“ Erkenntnis die Erkenntnis ins Irrenhaus zu gehören ist, führt zu einem Widersinn. Denn das Zugeständnis, daß jemand ins Irrenhaus gehört, hebt die sonst aus richtigem Erkennen und Wollen zu ziehenden Schlußfolgerungen vollkommen auf, ja spricht mit größter Wahrscheinlichkeit für deren Gegenteil.

13. Da die Anwendung dieser abgeleiteten Formel also leicht zu dialektischen Entgleisungen führt, ist sie bedenklich. Die unmittelbare Definition von freier Selbstbestimmung als einer Selbstbestimmung, die wesentlich vom Einfluß krankhafter psychischer Bedingungen frei ist, ist daher als Grundlage der Entscheidungen vorzuziehen.

¹⁴⁾ Natürlich kann der Nachweis, daß Jemand meist das objektiv Zweckmäßige trifft, indirektes Beweismittel für den subjektiv regelrechten Ablauf der psychischen Prozesse sein.

Schluß.

Ich glaube mit meinen Ausführungen die große Mehrzahl der Psychiater auf meiner Seite zu haben. Ob sie mit allen Ausführungen im einzelnen einverstanden sein werden oder nicht, über ihre Zustimmung zu den kritischen Bedenken gegen eine Reihe von Aufstellungen des Bundesamts bin ich kaum im Zweifel.

Nun erwähnte ich, daß in einigen wenigen Fällen die Spruchbehörden einen psychiatrischen Sachverständigen auf ihrer Seite haben. Welche Bewandnis hat es damit (s. S. 4)? Ich erkläre mir das so. Diese Sachverständigen gehen von der Voraussetzung aus, daß für die Auslegung der Gesetze die höchsten Instanzen wie Reichsgericht oder Bundesamt, maßgebend sind. Es ist das natürlich in der Regel der durchaus angebrachte Standpunkt. Wo das Gesetz mehrere Auslegungsmöglichkeiten zuläßt, sind die Entscheidungen der höchsten Spruchbehörden richtunggebend. Bei Fragen, die ausreichend durchdacht und erörtert sind, muß es schließlich bei dem Dafürhalten der obersten Instanz sein Bewenden haben. Wo es sich gar um rein juristische Auslegungen handelt, ist Bescheidung gewiß angebracht. So, denke ich mir, haben die in den vorliegenden Fragen dissentierenden Kollegen sich bei ihrer Stellungnahme eben nur die Frage vorgelegt, was ist nach Entscheidung des Bundesamts rechtens? Und haben sich dem gebeugt.

Nun meine ich aber, daß die hier vorliegende Frage bisher 1. zu keiner genügend eindringenden Prüfung gekommen ist, 2. daß sie ohne die energische Mitwirkung der Psychiater keine befriedigende Antwort finden kann. Die Psychiater haben bisher nicht genügend das Gewicht ihrer Stimme in die Wagschale geworfen. Nur Schott hat, obgleich er sich praktisch der Auffassung des Bundesamts unterwarf, verdienstvollerweise als erster in seiner Veröffentlichung (Ztschr. f. Psych. 69, S. 860) eine nicht mißzuverstehende Verwahrung gegen diese Auffassung eingelegt. Es ist nicht nur unser Recht, sondern unsere Pflicht, den richterlichen Spruchbehörden unsere Stellung zu einer Materie, in der wir kraft unserer Sachkenntnis zur Aufklärung berufen sind, eindringlich darzulegen.

Nur eine Anregung in dieser Richtung wollen die voraus-
gegangenen Darlegungen geben. Sie sind weit davon entfernt,
erschöpfend zu sein. Die periodischen Geistesstörungen (Ma-
nie, Melancholie usw.), die chronischen Wahnbildungen (Para-
noia) u. a. habe ich keiner näheren Besprechung unterworfen,
die Epilepsie kaum gestreift. Es ist noch viel Stoff vor-
handen, der eine eingehende Erörterung unter dem Ge-
sichtspunkt der freien Selbstbestimmung fordert. Solche
Arbeit hätte durchaus nicht nur praktischen Wert.
Denn sie müßte Rechenschaft ablegen, wie der geistige
Zustand psychisch Kranker auf ihre ganze Lebenshaltung und
Lebensführung ausstrahlt, womit doch gewiß auch die psychi-
atrische Wissenschaft gefördert würde.

Sollten mir juristische Irrtümer unterlaufen sein, so wäre
ich den Juristen für Belehrung dankbar, ebenso wie ich hoffe,
daß sie sich der Belehrung seitens der Psychiatrie nicht ver-
schließen werden.

Kinder- und Jugendselftmorde

Von

Geh. Medizinalrat Professor Dr.
A. Eulenburg, Berlin



Halle a. S. 1914
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von
Direktor Prof. Dr. Konrad Alt,
Uchtsprunge (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes unter ständiger Mitwirkung der Herren Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Anton in Halle, Prof. Dr. Aschaffenburg in Köln, Geheim. Med.-Rat Prof. Dr. Binswanger in Jena, Prof. Dr. Bruns in Hannover, Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Prof. u. Dir. Dr. Kirchhoff in Schleswig, Geh. Med.-Rat Dr. Krömer in Conradstein, San.-Rat Dr. Laquer in Frankfurt a. M., Med.-Rat Dr. Mayser in Hildburghausen, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Direktor Dr. H. Schlöß in Wien, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtsprunge, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Prof. Dr. Schultze in Göttingen, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Geh. Med.-Rat Dr. von Strümpell in Leipzig, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen in Wiesbaden

herausgegeben von
Prof. Dr. A. Hoche,
Freiburg i. Br.

Band X, Heft 6.

Der freiwillig gewählte Tod gewissermaßen an der Schwelle des Lebens, im kindlich jugendlichen Alter, bietet nicht nur eine der betrübendsten, sondern auch der am schwersten verständlichen, mit allen natürlichen Voraussetzungen in schärfstem Widerspruch stehenden Erscheinungen unseres an Rätseln und Problemen so reichen gesellschaftlichen Lebens. Der Gedanke erscheint fast unfaßbar: Selbstmord in einem Alter, wo alles noch triebartig keimende Erwartung, freudig aufschießende Entwicklung bedeutet — wo die von trüber Erkenntnis unangekränkelte, optimistische Bejahung des Lebenswillens uns selbst in ihren Übertreibungen als naturgewollt selbstverständlich anmutet —, in einem Alter, das den feindseligen Einflüssen des Berufs- und Erwerbslebens, der Leidenschaften, der Ehr- und Habsucht, den erschwerenden Bedingungen des mit wachsender Schärfe und Erbitterung geführten Daseinskampfes noch so gut wie entrückt ist, dem also alle die Selbstmordziffern späterer Jahre anschwellenden Gefährdungen und Schädigungen noch weltenfern liegen! Und doch sind diese in typischer Weise immer und immer wiederkehrenden Selbstmorde von Kindern und Jugendlichen nur allzu traurige, allzu handgreifliche Wahrheit; und von verschiedenen Seiten wird sogar ihre zunehmende Häufung, namentlich in unseren unheimlich anwachsenden Riesengroßstädten, anscheinend nicht ganz unberechtigt behauptet. Jedenfalls drängen sie sich gleich anderen düsteren Erscheinungen auf sozialem Gebiete, in unserer Zeit breit dahin strömender Öffentlichkeit mehr als je an die Oberfläche, und machen sich der allgemeinen Erkenntnis und Teilnahme als ein schwer empfundenes, das soziale Gewissen erschütterndes und aufrüttelndes, jeden einzelnen zu pflichtmäßiger Hilfeleistung aufrufendes Krankheitssymptom nachdrücklich bemerkbar. Nicht zum

wenigsten und nicht zuletzt auch dem Arzte, der den Zusammenhang dieses Symptoms mit mannigfachen individuellen Krankheitsanlagen und mit angeborenen oder früh erworbenen Krankheitszuständen nachzuforschen und die Wurzeln des Übels bloßzulegen längst in wissenschaftlichem wie in humanitärem Berufsinteresse gleichmäßig bemüht ist!

Hier mögen zunächst einige Ziffern der allgemeinen Statistik sprechen. Über die Häufigkeit der von Kindern und Jugendlichen (bis zu 20 Jahren) begangenen Selbstmorde ergeben diese Ziffern nur zu erschreckende Auskünfte, die aller Wahrscheinlichkeit nach hinter der Wirklichkeit noch zurückbleiben da, wie die ärztliche Erfahrung lehrt, manche Selbstmorde dieser Altersstufen nicht als solche festgestellt, vielmehr auf zufällige Verunglückungen bezogen oder auch geflissentlich verhehlt und verschwiegen werden.

Über die Selbstmordziffern von Kindern und Jugendlichen im Königreich Preußen gibt u. a. die amtliche Statistik aus 23 Zähljahren (von 1883 bis 1905) lehrreiche Auskunft. Danach endeten unter 100 000 Personen der gleichaltrigen Bevölkerung durch Selbstmord im Jahre:

1883: 7,02	1895: 7,12
1884: 6,18	1896: 7,82
1885: 6,79	1897: 7,59
1886: 6,62	1898: 7,51
1887: 6,89	1899: 6,66
1888: 7,31	1900: 6,92
1889: 7,27	1901: 7,76
1890: 7,41	1902: 7,84
1891: 7,90	1903: 8,10
1892: 8,72	1904: 7,90
1893: 8,09	1905: 8,26.
1894: 8,60	

Die entsprechenden absoluten Selbstmordziffern für jugendliche Personen unter 20 Jahren im Königreich Preußen betragen u. a. in den drei letzten Zähljahren

1903: 573, worunter 384 bei männlichen, 189 bei weiblichen Personen,
1904: 556, worunter 380 bei männlichen, 176 bei weiblichen Personen,

1905: 603, worunter 403 bei männlichen, 200 bei weiblichen Personen.

Von diesen 603 Selbstmorden unter 20 Jahren des letzten Zähljahres, die einem gleichaltrigen Bevölkerungsstande von 7 269 350 im Königreich Preußen entsprechen, kommen nun insbesondere

auf das Alter unter 15 Jahren im ganzen 69, und zwar 57 Knaben, 12 Mädchen,

auf das Alter von 16 bis 20 Jahren im ganzen 534, und zwar 346 männliche, 188 weibliche Personen.

Im ganzen kommen sonach innerhalb dieses Zähljahres für das Alter unter 20 Jahren 403 männliche auf 200 weibliche Selbstmörder, also ein Verhältnis der Geschlechter fast genau wie 2:1. Ein Verhältnis, das übrigens, wie zusammenfassend bemerkt sein mag, durch alle betrachteten Jahrgänge hindurch nahezu ganz unverändert bleibt und also gewissermaßen als „gesetzliches“, als der „Norm“ entsprechendes anzusehen sein dürfte. Freilich ist dabei von vorherein ein wichtiger Unterschied festzuhalten hinsichtlich der Altersstufen unter 15 und über 15 bis zu 20 Jahren. Für die ersteren, für die eigentlichen „Kinderselbstmorde“ also, ist die Beteiligung des männlichen Geschlechts — wie das auch die Ermittlungen in Betreff der „Schülerselbstmorde“ an den niederen Schulen durchweg bestätigen — in ganz bedeutendem Maße überwiegend, durchschnittlich im Verhältnisse von 1:4 und darüber, während für das darauffolgende, meist schon der Vollreife nach der Pubertät beim weiblichen Geschlechte zugehörige Quinquennium (die Jahre von 16 bis 20) die Zahl der Selbstmörderinnen aus naheliegenden Gründen sehr beträchtlich anwächst und dadurch den obigen Durchschnittssatz von 2:1 erreicht oder, wie beispielsweise das Zähljahr 1905 erkennen läßt, für diese Altersstufe sogar etwas überschreitet. (Es ist dabei für das Gesamtergebnis zu berücksichtigen, daß die absolute Ziffer der Selbstmorde im Alter von 16 bis 20 Jahren mindestens um das Siebenfache größer ist als die absolute Selbstmordziffer unter 15 Jahren — allerdings, wie wir noch sehen werden, mit anscheinend recht erheblichen örtlichen und zeitlichen Schwankungen und Unterschieden.)

Die in natürlichem Zusammenhang mit diesen Ergebnissen

auftauchende wichtige Frage, ob, wie mancherseits angenommen wurde, die Selbstmordziffern im kindlichen und jugendlichen Alter eine im ganzen ansteigende oder gar eine stetig und gleichmäßig fortwachsende Tendenz bekunden, läßt sich nach den mitgeteilten Ziffern der 23 Zähljahre (von 1883 bis 1905) dahin beantworten, daß dies wenigstens so allgemein und durchgängig keineswegs der Fall zu sein scheint; daß zum mindesten das Ansteigen als ein sehr unregelmäßiges, schwankendes und vielfach von ebenso ausgesprochenen Abfällen unterbrochenes angesehen werden muß. Wie schon die obige Tabelle der Verhältniszahlen ergibt, verfolgte die Selbstmordziffer beispielsweise nach 1884 zunächst steigende Tendenz, bis sie im Jahre 1892 ihren höchsten Stand erreichte, um seitdem sprungweise und unregelmäßig, aber zum Teil recht beträchtlich wieder zu sinken. Ihren Tiefstand erreichte sie 1899; seitdem wird ein neues, allerdings auch wieder von Rückgängen (wie nach 1904) unterbrochenes Ansteigen bemerkbar. Die Ursachen dieses Verhaltens und der in ziemlich weiten Abständen sich bewegenden Schwankungen — zwischen 6,18 auf 100 000 im Jahre 1884 und 8,72 im Jahre 1892! — entziehen sich einstweilen noch vollständig unserer Erkenntnis.

Wie manchen Lesern vielleicht erinnerlich sein wird, habe ich mich mit den Selbstmorden des kindlichen und jugendlichen Alters bereits seit einer Reihe von Jahren mehrfach in Vorträgen und literarischen Publikationen¹⁾ zu beschäftigen Gelegenheit gehabt — und zwar vorzugsweise unter dem Stichwort der „Schülerselbstmorde“. Ich konnte nämlich dabei das dieses Rubrum tragende amtliche Material der Preußischen Unterrichtsverwaltung verwerten, das mir aus den Jahrgängen 1880 bis 1905 zur Verfügung stand und das eine Gesamtzahl von nicht weniger als 1258 Selbstmorden umfaßte — worunter 893 aus niederen, 365 aus höheren Schulen stammend über, welche letztere insbesondere sehr umfassende und ausgiebige Einzelnachweise auf Grund der über jeden Fall eingeforderten

¹⁾ „Schülerselbstmorde“, Ztschr. für pädagogische Psychologie, Pathologie und Hygiene 1907, IX, Heft 1 und 2; und Der Säemann, Monatsschrift für pädagogische Reform 1909, V, Heft 6. Vgl. auch Gartenlaube 1910, Nr. 13 und 14, die Artikel „Schule und Schülerselbstmorde“.

amtlichen Berichte und stattgehabten Untersuchungen vorlagen. So außerordentlich brauchbar nun dieses Material in vieler Beziehung auch war und zu so wichtigen Ergebnissen es führte — ich verweise darüber auf die vorerwähnten älteren Publikationen — so hafteten ihm doch zwei nicht zu umgehende Übelstände an, die wenigstens seine allgemeine Verwertung für die Fragen der Kinder- und Jugendselbstmorde nach gewissen Seiten hin einschränkten. Einmal war bei diesem amtlichen Material, soweit die höheren Schulen in Betracht kamen, also ganz besonders bei den Altersstufen über das 14. Jahr hinaus, auf das weibliche Geschlecht keine Rücksicht genommen, weil die höheren Töchterschulen seitens der Unterrichtsverwaltung damals grundsätzlich noch nicht den „höheren Schulen“ als solchen beigezählt und auch amtliche Berichte über vorkommende Selbstmorde dort nicht eingefordert wurden — wodurch für das Verhältnis der Beteiligung beider Geschlechter bei den Selbstmorden dieser Altersklasse natürlich jede Grundlage entzogen und eine vergleichende Beurteilung von vornherein ausgeschlossen war. Sodann führte der Charakter und die Art der Gewinnung dieses amtlichen Materials unwillkürlich mehr oder weniger dazu, alle diese Selbstmorde von vornherein wesentlich unter dem Gesichtspunkte der *Schule*, somit als „Schulselbstmorde“ oder „Schülerselbstmorde“ zu betrachten, jedenfalls ihrem Zusammenhange mit dem Schulleben und mit (wirklichen oder vermeintlichen) Übelständen des Schulwesens besonders eifrig nachzuspüren — wodurch leicht einer einseitigen und vielfach unzulänglichen oder geradezu ungerechten Auffassung derartiger, die öffentliche Meinung lebhaft erregender und aufregender Einzelfälle die Wege bereitet werden — wie wir das ja noch im Laufe der letzten Jahre oft genug erlebt haben und bei jedem wiederkehrenden Anlaß gleichmäßig wieder erleben.²⁾ Ich bin dieser schiefen und einseitigen, aus Vorurteilen und blinder Voreingenommenheit fließenden Auffassung der sogen. „Schülerselbstmorde“ wiederholt auf das entschiedenste entgegengetreten und habe aus der genaueren Analyse der Einzelfälle den

²⁾ Vgl. darüber besonders den oben zitierten Aufsatz in der Gartenlaube 1910.

Beweis zu erbringen gesucht, daß, wenn auch unser Schulwesen von begleitenden Übelständen und anhaftenden Mängeln nichts weniger als frei ist, doch eine unmittelbare Mitschuld der Schule bei der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Selbstmordfälle durchaus zu bestreiten, nur für eine winzige Minderheit allenfalls zuzugeben und auch hier mehr einzelnen ungeeigneten Lehrerpersönlichkeiten als den Schuleinrichtungen im allgemeinen zur Last zu legen ist. Für die große Mehrheit dieser „Schülerselbstmorde“ müssen, wie die Einzelanalysen zweifellos dartun, einerseits die Einflüsse angeborener krankhafter Veranlagung, Minderwertigkeit, psychopathische Beschaffenheit usw. — andererseits die schädigenden Einflüsse der näheren und nächsten (also insbesondere der häuslichen) Umgebung durch Erziehungsfehler, Versäumnung, Verweichlichung, übergroße Strenge usw., überhaupt also mangelnde und unzuverlässige Bewachung und Leitung der kindlich-jugendlichen Seelen von elterlicher und erziehlicher Seite als ausschlaggebende Momente wesentlich in Betracht kommen.

Um ein ergänzendes und von den angedeuteten Einschränkungen unberührtes Material über die Selbstmorde des kindlich-jugendlichen Alters zu beschaffen, habe ich seit einer Reihe von Jahren den Weg eingeschlagen, alle Notizen darüber aus den mir zugänglichen größeren (besonders Berliner) Tageszeitungen zusammenzustellen, in denen ja die Nachrichten über derartige Ereignisse eine ebenso unerfreuliche wie häufige, zeitweise fast alltägliche Rubrik bilden und in der Regel mit (allerdings nicht auf unbedingte Zuverlässigkeit Anspruch erhebenden) Auskünften über die näheren Umstände, über die zugrunde liegenden Motive usw. verknüpft sind. Ich hatte schon in einer früheren Publikation³⁾ über 265 aus den Jahren 1906 bis 1909 stammende Selbstmordfälle von Personen unter 20 Jahren (143 bei männlichen, 122 bei weiblichen Selbstmördern) berichtet, und bin auch in der Lage, weitere seit dieser Zeit — also innerhalb der letzten vier Jahre

³⁾ Enzyklopädisches Handbuch des Kinderschutzes usw. II, Seite 239 bis 244.

— gesammelte Fälle, in der Gesamtzahl von 323, nachstehend zu verwerthen. Bei der Sammlung und Ordnung dieses Materials hat mich, wie schon früher, Frau H. Lippold mit Gewandtheit und hingebendem Eifer unterstützt, wofür ich nicht umhin kann, ihr an dieser Stelle meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Ich lasse zunächst kurze, auszugsweise wiedergegebene Einzelangaben folgen, die sich auf Geschlecht, Alter, Todesart, auf die angenommenen Motive und dabei obwaltende besondere Umstände erstrecken.

Wir haben demnach unter 323 Selbstmordfällen bei kindlich-jugendlichen Personen bis zu 20 Jahren 191 von männlichen, 132 von weiblichen Individuen; d. h. ein Verhältnis von 1,45 M. zu 1,0 W. (bei der älteren Statistik von 265 Fällen mit 143 männlichen, 122 weiblichen betrug das Verhältnis 1,17 M. zu 1,0 W., war also etwas zugunsten der weiblichen Geschlechtsbeteiligung verschoben).

Dem Alter nach befanden sich unter obigen 323 Fällen:

In der Altersstufe bis zu		
10 Jahren	im ganzen	19, u. zw. M. 12, W. 7
In der Altersstufe von		
11 bis 15 Jahren . . .	im ganzen	113, u. zw. M. 78, W. 35
In der Altersstufe von		
16 bis 20 Jahren . . .	im ganzen	191, u. zw. M. 101, W. 90
	<u>Total: 323</u>	<u>191 132</u>

1. Männl., 13 J. Schnellzug überfahren. Ursache: unbekannt.
2. Männl., 12 J. Gift genommen. Ursache: Furcht vor Strafe.
3. Weibl., 17 J. Sturz aus dem 4. Stock. Ursache: Liebeskummer.
4. Weibl., 17 J. Lysol getrunken. Ursache: Eifersucht und Liebeskummer.
5. Männl., 17 J. Arsenik. Ursache: Eifersucht und Liebesgram.
6. Männl., 11 J. Gift. Ursache: Furcht vor Strafe.
7. Männl., 11 J. Erhängen. Ursache: Gram über das Ende der Ferien.
8. Männl., 12 J. Erschossen. Ursache: Weil er wegen seines frechen Benehmens aus der Schule ausgeschlossen worden war.
9. Männl., 16 J. Erschossen. Ursache: Vorwürfe seitens der Eltern wegen seines Lebenswandels.
10. Weibl., 13 J. Ertränken. Ursache: Schlechte Behandlung durch seine Eltern.
11. Männl., 16—20 Jahre. Gift. Ursache: Während der Prüfung des Betruges beschuldigt und relegiert.

12. Weibl., 18 J. Gashähne geöffnet. Ursache: Krankheit.
13. Weibl., 15 J. Gashähne geöffnet. Ursache: Furcht vor elterlicher Züchtigung.
14. Männl., 15 J. Mit Sublimat vergiftet. Ursache: Weil ihm sein Vater nicht genug Taschengeld geben wollte.
15. Männl., 12 J. Erhängen. Ursache: Nachdem er erfahren, daß der Lehrer sich ebenfalls durch Erhängen das Leben genommen.
16. Männl., 20 J. Erschießen. Ursache: Reue über seinen lockeren Lebenswandel.
17. Männl., 13 J. Vor den Zug geworfen. Ursache: Weil er ein nicht günstiges Schulzeugnis mit der Unterschrift der Mutter gefälscht hatte.
18. Weibl., 13 J. Sturz aus dem Fenster. Ursache: Furcht vor Strafe.
19. Männl., 15 J. Morphiumvergiftung. Ursache: unbekannt.
20. Weibl., 16—20 J. Gasvergiftung. Ursache: Unbekannt.
21. Männl., 17 J. Sturz aus dem 2. Stock. Ursache: unbekannt.
22. Weibl., 12 J. Erhängen. Ursache: Schelte der Eltern und Ablehnung der Weihnachtswünsche.
23. Männl., 17 J. Erhängen. Ursache: Weil er von der Mutter eine Ohrfeige erhalten.
24. Männl., 14 J. Erhängen. Ursache: Vermutlich Anfall von Geistesstörung.
25. Männl., 12 J. Sturz aus dem Fenster. Ursache: Abneigung gegen die Schule.
26. Männl., 16—20 J. Erschießen. Ursache: unbekannt.
27. Männl., 12 J. Erhängen. Ursache: unbekannt. Besondere Umstände: Der Junge war Waise, körperlich zurückgeblieben.
28. Männl., 18. J. Ertränken. Ursache: Liebesgram. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 29.
29. Weibl., 16 J. Ertränken. Ursache: Liebesgram. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 28.
30. Männl., 17 J. Erschießen. Ursache: Weil er einen ihm nicht gehörigen Betrag verjubelt hatte.
31. Männl., 14 J. Erhängen. Ursache: Schlechte Behandlung seiner Eltern.
32. Männl., 13 J. Erhängen. Ursache: unbekannt.
33. Weibl., 17 J. Mit Leuchtgas vergiftet. Ursache: rätselhaft. Besondere Umstände: „Ich habe mich gestern abend köstlich amüsiert. Ich vergifte mich, warum, das geht keinem Teufel etwas an.“
34. Männl., 18 J. Erschießen und ertränken. Ursache: unbekannt.
35. Männl., 12 J. Sturz vom Dache. Ursache: Furcht vor Strafe.
36. Männl., 20 J. Erschießen. Ursache: Weil er trotz Anstrengungen in der Schule nicht vorwärts kommen konnte.
37. Männl., 15 J. Erschießen. Ursache: unbekannt.
38. Weibl., 14 J. Ertränken. Ursache: Liebeskummer.
39. Männl., 20 J. Erschießen. Ursache: Kam in der Schule nicht weiter.
40. Männl., 18 J. Erschießen. Ursache: Eifersucht und Liebesgram.

41. Weibl., 9 J. Ertränken. Ursache: unbekannt.
42. Männl., 16 J. Erschießen. Ursache: Weil er nicht versetzt worden war.
43. Weibl., 15 J. Erschießen. Ursache: Unglückliche Liebe. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 44.
44. Männl., 16 J. Erschießen. Ursache: Unglückliche Liebe. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 43.
45. Männl., 13 J. Erhängen. Ursache: Furcht vor Strafe.
46. Männl., 19 J. Erhängen. Ursache: unbekannt.
47. Weibl., 10 J. Sturz aus dem Fenster. Ursache: Furcht vor Strafe.
48. Männl., 14 J. Todesart: unbekannt. Ursache: Aus gekränktem Ehrgefühl.
49. Weibl., 18 J. Kleesalzvergiftung. Ursache: Vorwürfe der Mutter über den leichtsinnigen Lebenswandel.
50. Weibl., 20 J. Gasvergiftung. Ursache: Gekränktes Ehrgefühl.
51. Männl., 13 J. Erhängen. Ursache: Schlechtes Zeugnis, Furcht, es dem Vater vorzulegen.
52. Männl., 11—15 Jahre. Erhängen. Ursache: Furcht vor Entdeckung kl. Näschereien. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 53.
53. Männl., 11—15 Jahre. Erhängen. Ursache: Furcht vor Entdeckung kl. Näschereien. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 52. Bei den Leichen wurde ein Detektivroman mit dem Bild zweier gemeinsam erhängter Knaben gefunden.
54. Weibl., 16 J. Fenstersturz. Ursache: Furcht vor Strafe.
55. Männl., 9 J. Leuchtgasvergiftung. Ursache: Schlechte Osterzensur, Furcht vor Strafe.
56. Männl., 17 J. Erschossen. Ursache: Unbekannt.
57. Weibl., 18 J. Leuchtgasvergiftung. Ursache: Streit mit ihrem Vater.
58. Männl., 13 J. Erhängen. Ursache: Unbekannt.
59. Männl., 11—15 Jahre. Erhängen. Ursache: Starke Abneigung gegen den Schulbesuch.
60. Weibl., 17 J. Erschossen. Ursache: Unbekannt.
61. Weibl., 17 J. Erschossen. Ursache: Liebesgram.
62. Männl., 13 J. Erschießen. Ursache: Angst vor Strafe. Besondere Umstände: Mußte wegen schlechter Arbeit nachsitzen.
63. Männl., 10 J. Fenstersturz. Ursache: Furcht vor Strafe. Besondere Umstände: Hatte sich mehrere Tage umhergetrieben.
64. Männl., 19 J. Erschießen. Ursache: Unglückliche Liebe.
65. Weibl., 15 J. Sturz aus dem 3. Stock. Ursache: Weil sie von den Eltern eine Zurechtweisung erhalten hatte.
66. Männl., 17 J. Erhängen. Ursache: War nicht versetzt worden. Besondere Umstände: Obertertianer in Ratibor. Am gleichen Tage mit Nr. 67.
67. Männl., 18 J. Erschossen. Ursache: Weil er nicht versetzt worden war. Besondere Umstände: Obertertianer in Ratibor. Am gleichen Tage mit Nr. 66.

68. Weibl., 17 J. Lysolvergiftung. Ursache: Weil ihr Mann sie verlassen. Besondere Umstände: Konnte die Trennung nicht überleben.
69. Männl., 17 J. Pulsadern durchschnitten. Ursache: Angeblich Nahrungssorgen, wahrscheinlich andere Motive. Besondere Umstände: Der junge Mann trug elegante Frauenkleidung.
70. Weibl., 19 J. Ertränken. Ursache: Angebliche Arbeitslosigkeit. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 71.
71. Weibl., 18 J. Ertränken. Ursache: Angebliche Arbeitslosigkeit. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 70.
72. Weibl., 17 J. Sturz aus dem 4. Stock. Ursache: Liebeskummer und Streit mit den Eltern.
73. Weibl., 15 J. Gasvergiftung. Ursache: Unbekannt.
74. Männl., 16 J. Erschossen. Ursache: Weil er ein Verbrechen begangen. Besondere Umstände: War bei einem Wohnungsdiebstahl ertappt und hatte dieselbe Waffe gegen eine alte Frau gerichtet.
75. Männl., 12 J. Erhängen. Ursache: Weil er Kirchen- und andere Diebstähle auf dem Gewissen hatte.
76. Männl., 16—20 Jahre. Todesart: Unbekannt. Ursache: Weil er beim Spielen mit einer Browningpistole seinen Mitschüler getötet, unternahm er 2 Selbstmordversuche.
77. Männl., 8 J. Sturz aus dem Klassenfenster. Ursache: Weil er eine Strafaufgabe erhalten.
78. Weibl., 15 J. Ertränken. Ursache: Scham, weil sie sich unter falschen Vorspiegelungen ein Paar Schuhe verschafft hatte.
79. Männl., 9 J. Erschossen. Ursache: Unbekannt. Besondere Umstände: Hatte sich mit mehreren Knaben eine Pistole gekauft.
80. Weibl., 16—20 J. Gift. Ursache: Aus Not. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 81, 82 und 83.
81. Weibl., 16—20 J. Gift. Ursache: Aus Not. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 80, 82 und 83.
82. Weibl., 16—20 J. Gift. Ursache: Aus unglücklicher Liebe. Besondere Umstände: (Gemeinsamer Tod mit Nr. 80, 81 und 83.
83. Weibl., 16—20 J. Gift. Ursache: Aus unglücklicher Liebe. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 80, 81 und 82.
84. Männl., 13 J. Erhängen. Ursache: Schlechte Zensur.
85. Männl., 12 J. Erschossen. Ursache: Strafe wegen Unfließes vom Lehrer.
86. Männl., 12 J. Begoß seine Kleider mit Spiritus und zündete diesen an. Ursache: Schlechte Osterzensur.
87. Männl., 16 J. Vor den Zug geworfen. Ursache: Unbekannt.
88. Männl., 12 J. Erhängen. Ursache: Schlechte Zensur, Furcht vor Strafe.
89. Männl., 16 J. Erhängen. Ursache: Unbekannt.
90. Männl., 15 J. Erhängen. Ursache: Unbekannt.
91. Männl., 14 J. Erhängen. Ursache: Arbeitsscheu.
92. Männl., 12 J. Ertränken. Ursache: Furcht vor Schulstrafen.

93. Weibl., 16 J. Lysolvergiftung. Ursache: Furcht vor schlechtem Abgangszeugnis seitens der Dienstherrschaft.
94. Weibl., 18 J. Ertränken. Ursache: Unbekannt.
95. Weibl., 15 J. Ertränken. Ursache: Weil die Mutter sie gezüchtigt hatte.
96. Männl., 13 J. Erhängen. Ursache: Schlechtes Zeugnis. Besondere Umstände: Sein Vater ist deswegen wahnsinnig geworden.
97. Männl., 12 J. Erhängen. Ursache: Weil seine Pflegemutter ihm verboten, an einer Vereinsfestlichkeit teilzunehmen. Besondere Umstände: Waisenknabe.
98. Weibl., 18 J. Ertränken. Ursache: Furcht vor einer Operation.
99. Männl., 18 J. Erschossen. Ursache: Nachdem er seine Braut erschossen.
100. Männl., 15 J. Erschossen. Ursache: Nachdem er einen Obersten erdolcht, der ihn wegen seiner Liebe neckte, dann auch seine Angebetete erdolcht hatte. Besondere Umstände: Sein Vater endete auch durch Selbstmord.
101. Weibl., 16 J. Lysolvergiftung. Ursache: Weil sie nicht Nonne werden konnte.
102. Weibl., 19 J. Sturz aus dem 4. Stock. Ursache: Doppelliebe. Besondere Umstände: Wollte weder den Bräutigam noch den Freund aufgeben.
103. Männl., 16 J. Erschossen. Ursache: Weil er aus Unvorsichtigkeit seinen Kameraden erschossen hatte.
104. Männl., 13 J. Vor den Zug geworfen. Ursache: Weil er nicht als Schiffsjunge ankommen konnte.
105. Männl., 19 J. Erschossen. Furcht vor Strafe, weil ein militärgerichtliches Verfahren gegen ihn eingeleitet war. Besondere Umstände: Einjährig Freiwilliger.
106. Weibl., 17 J. Ertränken. Ursache: Unbekannt.
107. Weibl., 18 J. Kleesalzvergiftung. Ursache: Liebesgram.
108. Männl., 17 J. Ertränken. Ursache: Unbekannt.
109. Männl., 15 J., Erhängen. Ursache: Furcht vor Strafe.
110. Weibl., 9 J. Sturz aus dem Fenster. Ursache: Weil die Mutter ihr Vorwürfe gemacht und mit Schläge gedroht.
111. Weibl., 13 J. Lysolvergiftung. Ursache: Weil sie die Freundin, die beschlossen in den Tod zu gehen, nicht allein sterben lassen wollte.
112. Männl., 16—20 J. Im Duell mit Nr. 113 erschossen. Ursache: soll die Beleidigung eines jungen Mädchens sein.
113. Männl., 16—20 J. Nach dem Duell mit Nr. 112 sich selbst erschossen. Ursache: soll die Beleidigung eines jungen Mädchens sein.
114. Männl., 14 J. Ertränken. Ursache: Verzweiflung über sein unglückseliges Geschick. Besondere Umstände: Schwächliche Begabung.
115. Männl., 19 J. Sturz aus dem 3. Stock. Ursache: Nervöse Über-

- reiztheit infolge Überarbeitung. Besondere Umstände: Hatte eben das Abiturium mit „vorzüglich“ bestanden.
116. Männl., 13 J. Erschossen. Ursache: Furcht vor Strafe.
117. Männl., 18 J. Erschossen. Ursache: Nachdem er 4 Schüsse auf ein Mädchen abgegeben, tötete er sich selbst. Besondere Umstände: Hatte vor wenigen Tagen das Maturitätsexamen mit Auszeichnung bestanden.
118. Männl., 17 J. Erhängen. Ursache: Furcht vor der drohenden Fürsorgeerziehung.
119. Männl., 11—15 J. Erschossen. Ursache: Weigerung eines Kaufmanns, einen gegen die Mutter erstatteten Pfändungsbefehl zurückzuziehen.
120. Männl., 12 J. Erhängen. Ursache: Furcht vor Strafe. Besondere Umstände: Hatte kleine Diebereien begangen.
121. Männl., 16 J. Erschossen. Ursache: Nichtversetzung. Besondere Umstände: Vor den Augen seiner Mitschüler.
122. Männl., 16 J. Erschossen. Ursache: Nichtversetzung.
123. Männl., 12 J. Erhängen. Ursache: Aus gekränktem Ehrgefühl.
124. Männl., 20 J. Erschossen. Ursache: Kränkung über schlechten Studienfortgang. Besondere Umstände: Den Revolver mit dem er sich erschoss, hatte er im Vorjahre einem Kollegen fortgenommen, um dessen Selbstmord aus ähnlichen Gründen zu verhindern.
125. Männl., 13 J. Erschossen. Ursache: Liebeskummer. Besondere Umstände: Vor den Augen seiner Angebeteten.
126. Männl., 17 J. Vor den Zug geworfen. Ursache: Schlechte Schulzeugnisse.
127. Weibl., 14 J. Erschossen. Ursache: Hochgradige Nervosität.
128. Männl., 17 J. Erschossen. Ursache: Unbekannt.
129. Männl., 11 J. Erhängen. Ursache: Schlechte Zensur.
130. Weibl., 19 J. Ertränken. Ursache: Unbekannt.
131. Weibl., 18 J. Sturz aus dem 2. Stock. Ursache: Unglückliche Liebe.
132. Weibl., 15 J. Ertränken. Ursache: Unbekannt.
133. Männl., 15 J. Erschossen. Ursache: Anscheinend zu strenge Zucht seiner Eltern.
134. Männl., 15 J. Ertränken. Ursache: Furcht vom Vater wegen eines kleinen Vergehens hart bestraft zu werden.
135. Weibl., 15 J. Sturz aus dem Fenster. Ursache: Furcht vor der Zwangserziehungsanstalt.
136. Männl., 18 J. Erschossen. Ursache: Weil er nicht versetzt worden ist.
137. Männl., 9 J. Erhängen. Ursache: Unbekannt.
138. Weibl., 9 J. Fenstersturz. Ursache: Furcht vor Strafe und strenge Behandlung durch die Mutter.
139. Männl., 14 J. Erhängen. Ursache: Hochgradige Nervosität.
140. Männl., 12 J. Erschossen. Ursache: Versetzungsschwierigkeiten.
141. Männl., 17 J. Erschossen. Ursache: Unbekannt.

142. Männl., 13 J. Ertränken. Ursache: Furcht vor der Fürsorge-
erziehung. Besondere Umstände: 'Geistig etwas zurückgeblieben.'
143. Weibl., 11 J. Ertränken. Ursache: Furcht vor Strafe von ihrer
Pflegermutter.
144. Männl., 16—20 J. Erhängen. Ursache: Rätselhaft. Besondere
Umstände: Schüler des Charlottenburger städt. Realgymnasiums.
Fast zu gleicher Zeit mit Nr. 145.
145. Männl., 16—20 J. Erhängen. Ursache: Litt an einer unheilbaren
Krankheit. Besondere Umstände: Schüler des Charlottenb. städt.
Realgymn. Fast zu gleicher Zeit mit Nr. 144.
146. Männl., 16 J. Erschossen. Ursache: Lebensüberdruß.
147. Männl., 16 J. Vom Zuge überfahren. Ursache: Gekränktes Ehr-
gefühl.
148. Männl., 12 J. Ertränken. Ursache: Furcht von den Eltern be-
straft zu werden. Besondere Umstände: Hatte in der Physik-
stunde aus Versehen ein Instrument ruiniert.
149. Männl., 16—20 Jahre. Salzsäurevergiftung. Ursache: Weil ihm
die Entfernung aus der Schule angekündigt war.
150. Weibl., 9 J. Vor den Zug geworfen. Ursache: Schlechte Behand-
lung im elterlichen Hause.
151. Männl., 18 J. Erschossen. Ursache: Widerstand der El-
tern gegen das Liebesverhältnis. Besondere Umstände: Gemein-
samer Tod mit Nr. 152.
152. Weibl., 18 J. Erschossen. Ursache: Widerstand der El-
tern gegen das Liebesverhältnis. Besondere Umstände: Gemein-
samer Tod mit Nr. 151.
153. Weibl., 15 J. Ertränken. Ursache: Furcht vor häuslichen Szenen.
Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 154.
154. Weibl., 15 J. Ertränken. Ursache: Furcht vor häuslichen Szenen.
Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 153, weil sie
über Nacht fortgeblieben waren.
155. Männl., 16—20 J. Erschossen. Ursache: Aus Furcht vor
einer schlechten Zensur.
156. Weibl., 16—20 J. Erhängen. Ursache: Unglückliche Liebe.
157. Männl., 12 J. Erschossen. Ursache: Unbekannt.
158. Männl., 17 J. Erschossen. Ursache: Weil seine Eltern nicht ge-
statteten die Tanzstunde zu besuchen.
159. Männl., 10 J. Erhängen. Ursache: Verzweiflung über die betrü-
benden Verhältnisse im Elternhause.
160. Männl., 18 J. Erschossen. Ursache: Weil er das Abiturienten-
examen nicht bestanden hat.
161. Männl., 16 J. Erhängen. Ursache: Angst vor der Zwangser-
ziehung. Besondere Umstände: War wegen Diebstahls v. 1 Ltr.
Milch zu einer Woche Kerker verurteilt.
162. Weibl., 9 J. Sturz aus dem Fenster. Ursache: Weil sie wegen
eines Vergehens in der Religionsstunde „draußen stehen“ mußte.
163. Männl., 19 J. Erschossen. Ursache: Aus Eifersucht den Mann er-

schossen, zu dessen Frau er Beziehungen hatte, dann sich selber getötet.

164. Männl., 17 J. Erschossen. Ursache: Schlechte Zensur.
165. Männl., 16—20 J. Vergiftung. Ursache: Unbekannt.
166. Männl., 13 J. Sturz von einer 30 Meter hohen Eisenbahnbrücke. Ursache: Furcht vor einer Schulstrafe.
167. Weibl., 15 J. Sturz aus dem 3. Stock. Ursache: Liebeskummer.
168. Männl., 20 J. Erschossen. Ursache: Weil eine Heirat infolge unheilbarer Krankheit der Braut unmöglich war. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 169.
169. Weibl., 19 J. Erschossen. Ursache: Weil eine Heirat infolge unheilbarer Krankheit unmöglich war. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 168.
170. Männl., 12 J. Ertränken. Ursache: Aus Furcht vor Schulstrafen.
171. Männl., 10 J. Ertränken. Ursache: Unbekannt. Besondere Umstände: Waisenknabe. Gemeinsamer Tod mit Nr. 172.
172. Männl., 10 J. Ertränken. Ursache: Unbekannt. Besondere Umstände: Waisenknabe. Gemeinsamer Tod mit Nr. 171.
173. Weibl., 18 J. Gasvergiftung. Ursache: Eifersucht. Besondere Umstände: verh. Frau.
174. Weibl., 17 J. Sturz aus dem 4. Stock. Ursache: Unglückliche Liebe.
175. Männl., 16 J. Erschossen. Ursache: Verzweiflung über Verlust des Geldes, das er seinem Vater unterschlagen.
176. Männl., 18 J. Erschossen. Ursache: Liebeskummer.
177. Männl., 20 J. Erschossen. Ursache: Weil seine Braut nicht mit ihm tanzen wollte.
178. Weibl., 17 J. Sturz aus dem 3. Stock. Ursache: Wegen einer unheilbaren Krankheit.
179. Weibl., 15 J. Ertränken. Ursache: Liebeskummer.
180. Männl., 19 J. Erschossen. Ursache: Weil er fürchtete, das Einjährigen-Examen, das er schon 2 Mal nicht bestanden, auch jetzt nicht zu bestehen.
181. Weibl., 16 J. Ertränken. Ursache: Unbekannt.
182. Weibl., 12 J. Ertränken. Ursache: Weil sie mit der älteren Schwester in Streit geraten.
183. Männl., 17 J. Erschossen. Ursache: Anscheinend in der Trunkenheit.
184. Weibl., 19 J. Erschossen und vorher den Gashahn geöffnet. Ursache: War im Begriff sich zu verheiraten; als die Brautkutsche vorfuhr, um sie zum Standesamt zu holen, tötete sie sich.
185. Weibl., 18 J. Hatte sich die Pulsadern geöffnet. Ursache: Weil man sie verleumdet hatte. War mit einem Offizier verlobt und wollte im nächsten Jahre heiraten.
186. Weibl., 13 J. Gasvergiftung. Ursache: Verzweiflung, weil der Vater die Absicht ausgesprochen, mit ihr in den Tod zu gehen und sie nun in ständiger Angst lebte.

187. Weibl., 19 J. Ertränken. Ursache: Unbekannt. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 188.
188. Weibl., 19 J. Ertränken. Ursache: Unbekannt. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 187. Die jungen Mädchen hatten eine Abschiedsfeier d. Einjähr. Freiwilligen vorher besucht.
189. Männl., 18 J. Ertränken. Ursache: Weil sie sich nicht heiraten könnten. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 190.
190. Weibl., 18 J. Ertränken. Ursache: Weil sie sich nicht heiraten konnten. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 189.
191. Weibl., 16—20 Jahre. Ertränken. Ursache: Hatte sich mehrere Tage auf dem Jahrmarkt umhergetrieben. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 192.
192. Weibl., 16—20 Jahre. Ertränken. Ursache: Hatte sich mehrere Tage auf dem Jahrmarkt umhergetrieben. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 191.
193. Weibl., 15. J. Ertränken. Ursache: Rätselhaft. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 194.
194. Weibl., 15 J. Ertränken. Ursache rätselhaft. Besondere Umstände: · Gemeinsamer Tod mit Nr. 193.
195. Männl., 8 J. Sturz aus dem Schulfenster. Ursache: Weil er seine Aufgaben noch einmal schreiben sollte. Besondere Umstände: Krankhafte Veranlagung. Bruder und Mutter wollten gleichfalls schon einmal aus dem Fenster springen.
196. Weibl., 19 J. Sturz vom Balkon. Ursache: Anscheinend Liebeskummer. Besondere Umstände: · Nicht ganz zurechnungsfähig.
197. Männl., 16 J. Erschossen. Ursache: Kindesliebe. Besondere Umstände: Der Knabe war in dem Ehescheidungsprozeß dem Vater zugesprochen, hing aber mit großer Liebe an seiner Mutter.
198. Männl., 11 J. Erhängen. Ursache: Unbekannt, wahrscheinlich Furcht vor Strafe seitens des Lehrers.
199. Männl., 12 J. Erschossen. Ursache: Unklar, vielleicht weil er von seinem Musiklehrer eine Rüge erhalten.
200. Männl., 15¹/₂ J. Erhängen. Ursache: Ganz unbekannt. Besondere Umstände: S a c h e T i e m a n n; der Bräutigam des Dienstmädchens, der einen Einbruch verübte, soll nach späteren Aussagen des Mädchens der Täter gewesen sein.
201. Weibl., 18 J. Übergoß sich mit Petroleum und zündete dieses an. Ursache: Liebeskummer.
202. Männl., 17 J. Erschossen. Ursache: Rätselhaft. Besondere Umstände: Der junge Mann weilte in heiterster Stimmung im Kreise seiner Familie bis Mitternacht.
203. Männl., 13 J. Ertränken. Ursache: Ganz unbekannt.
204. Männl., 17 J. Im Wannseebahnhof erschossen. Ursache: War in Strafangelegenheiten verwickelt.
205. Männl., 20 J. Erschossen. Ursache: Weigerung der Eltern des Mädchens, die das Verhältnis nicht dulden wollten. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 206.

206. Weibl., 15 J. Erschossen. Ursache: Weigerung der Eltern des Mädchens, die das Verhältnis nicht dulden wollten. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 205.
207. Männl., 12 J. Erhängen. Ursache: Wollte sich nicht töten, sondern nur die Empfindungen kurz vor dem Tode kennen lernen.
208. Weibl., 16. J. Erschossen. Ursache: Weil sie den Tod ihres Bräutigams nicht überwinden konnte.
209. Männl., 16 J. Erschossen. Ursache: Schwierigkeiten in der Schule.
210. Männl., 19 J. Erschossen. Ursache: Erbliche Belastung. Besondere Umstände: Mutter in einer Nervenanstalt.
211. Männl., 20 J. Erschossen und Sturz aus dem Fenster. Ursache: Liebeskummer. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 212.
212. Weibl., 18 J. Erschossen und Sturz aus dem Fenster. Ursache: Liebeskummer. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 211.
213. Männl., 14 J. Ertränken. Ursache: Weil er eine Rüge erhalten.
214. Männl., 10 J. Sturz aus dem Fenster. Ursache: Furcht vor einer bevorstehenden Schulstrafe.
215. Männl., 13 J. An der Türklinke mit dem Schulranzenriemen erhängt. Ursache: Weil er von seiner Mutter eine scharfe Zurechtweisung wegen seines schlechten Schulfortganges erhielt.
216. Männl., 19 J. Erschossen. Ursache: Mißliche Familienverhältnisse und mangelnder Erfolg in der Schule.
217. Männl., 16—20 Jahre. Erschossen. Ursache: Scheint plötzlich irrsinnig geworden zu sein. Besondere Umstände: Erschoß seinen Mitschüler und einen zweiten Obersekundaner verwundete er leicht.
218. Weibl., 16 J. Erschossen. Ursache: Das junge Mädchen, das Herrenkleidung trug, hatte heimlich das Elternhaus verlassen, um der ihrem Leichtsinne allzustrengen Zucht zu entfliehen.
219. Weibl., 17 J. Ertränken. Ursache: Trübsinn, weil sie während der Fastnachtstage von 3 Männern überfallen und vergewaltigt worden war.
220. Männl., 17 J. Nachdem er dem Mädchen Nr. 241 40 Messerstiche beigebracht, warf er sich vor den Zug. Ursache: Vershmähete Liebe.
221. Weibl., 16 J. Dem Mädchen wurden 40 Messerstiche von Nr. 220 beigebracht. Ursache: Vershmähete Liebe.
222. Männl., 11—15 J. Erschossen. Ursache: Aus verletztem Ehrgefühl.
223. Männl., 12 J. Erhängen. Ursache: Furcht vor Strafe von seinem Vater.
224. Weibl., 13 J. Erschossen. Ursache: In einem hysterischen Anfall.
225. Männl., 16½ J. Ertränken. Ursache: Vorwürfe der Mutter über seine Entlassung.
226. Männl., 11 J. Sich selber in eine Sandgrube eingegraben und

- darin erstickt. Ursache: Unbekannt. War der Provinzialerziehungsanstalt entwichen.
227. Männl., 13 J. Erhängen. Ursache: Die Pflegemutter nimmt an, daß erbliche Belastung vorliegt. (Vater und Großvater haben durch Erhängen geendet.)
228. Männl., 13 J. Erschossen. Ursache: Furcht vor Strafe.
229. Weibl., 15 J. Vor den Zug geworfen. Ursache: Unbekannt.
230. Weibl., 15 J. Gasvergiftung. Ursache: Liebeskummer.
231. Männl., 11—15 J. Erschossen. Ursache: Mangelhafte Leistungen im Zeichnen. (Von seinen Mitschülern gehänselt.)
232. Männl., 13 J. Erhängen. Geringfügige Ursache. (Hatte unwahre Angaben gemacht.)
233. Weibl., 19 J. Sturz aus dem 3. Stock. Ursache: Aus Furcht vor dem Irrenhause.
234. Weibl., 10 J. Ertränken. Ursache: Schwere fortgesetzte Mißhandlungen durch die eigene Mutter.
235. Weibl., 19 J. Vergiftung durch Salzsäure. Ursache: Weil das Liebesverhältnis nicht ohne Folgen blieb und der Bräutigam sich infolgedessen von ihr losgesagt hatte. (Am Grabe der Mutter.)
236. Männl., 11—15 J. Ertränken. Ursache: Weil der Lehrer sich wiederholt beim Vater über die Faulheit und Verlogenheit beschwerte.
237. Männl., 18 J. Brachte sich mit einem Taschenmesser einen tiefen Schnitt im Arm bei. Ursache: Weil er durch das Einjährigen-Examen gefallen war. Auch unglückliche Liebe scheint seine Sinne verwirrt zu haben. (Jeden, der sich ihm im Klassenzimmer näherte, drohte er niederzuschießen, und gab auch Schüsse ab, die fehlgingen.)
238. Weibl., 13 J. Ertränken. Ursache: Furcht vor einer Schulstrafe wegen grober Ungezogenheit.
239. Männl., 16 J. Erschossen. Ursache: Opfer der Schundliteratur.
240. Weibl., 14 J. Erhängen. Ursache: Trieb sich umher. Berechtigte Vorwürfe der Eltern scheinen die Ursache des freiwilligen Scheidens gewesen zu sein.
241. Männl., 18 J. Todesart unbekannt. Ursache: Schlechtes Zeugnis. Besondere Umstände: Während einer Opernvorstellung.
242. Weibl., 19 J. Erschossen. Ursache: Vorwürfe! Weil sie ein Verhältnis mit dem Freunde ihres Onkels unterhielt und die Folgen nicht ausblieben. Besondere Umstände: Nachdem sie vorherzwei Schüsse auf den Onkel abgegeben, tötete sie sich aus Verzweiflung selber.
243. Weibl., 13 J. Sturz aus dem 4. Stock. Ursache: Furcht vor Strafe wegen einer Unwahrheit.
244. Männl., 16 J. Erschossen. Ursache: Furcht vor Strafe, weil er als Kadett den Urlaub überschritten.
245. Männl., 17 J. Sturz aus dem Fenster. Ursache: Nach Vorhaltungen seiner Mutter wegen seiner ständigen Arbeitslosigkeit.

246. Männl., 13 J. Erhängen. Ursache: Furcht vor Strafe, weil er öfters die Schule schwänzte.
247. Männl., 14 J. Ertrinken. Ursache unbekannt.
248. Weibl., 16 J. Leuchtgasvergiftung, Lysolvergiftung, Sturz aus der 3. Etage. Ursache unbekannt.
249. Männl., 9 J. Ertrinken. Ursache: Weil er nach den Ferien wieder in die Schule gehen sollte.
250. Männl., 16—20 Jahre. Erschossen. Ursache unbekannt. Besondere Umstände: Vor der Tür seines Klassenzimmers.
251. Männl., 20 J. Einatmen von Leuchtgas. Ursache: Weil seine Familie nicht mit der Heirat einverstanden war. Gemeinsamer Tod mit Nr. 252.
252. Weibl., 17 J. Einatmen von Leuchtgas. Gemeinsamer Tod mit Nr. 251.
253. Weibl., 17 J. Sturz aus dem Fenster. Ursache: Weil ihre Herrschaft sie nicht vor dem 1. Januar ziehen lassen wollte.
254. Weibl., 17 J. Lysolvergiftung. Ursache: Liebesgram.
255. Männl., 12 J. Erhängen. Ursache: Weil er in Fürsorgeerziehung gegeben werden sollte. Besondere Umstände: Spielgenossen hatten ihm das vorgehalten.
256. Weibl., 18 J. 1. Öffnen der Pulsadern, 2. Leuchtgasvergiftung, 3. Erhängen. Ursache: Streit mit den Angehörigen.
257. Weibl., 16—20 J. Ertrinken. Ursache: Furcht vor einer kleinen Strafe.
258. Männl., 13 J. Erhängen. Ursache: Weil er nachbleiben mußte.
259. Männl., 18 J. Erschossen. Ursache unbekannt. Gemeinsamer Tod mit Nr. 260.
260. Weibl., 18 J. Erschossen. Ursache unbekannt. Gemeinsamer Tod mit Nr. 259. Den jungen Leuten wurden von den Eltern
261. Männl., 15 J. Erschossen. Ursache: Wegen eines schlechten Zeugnisses.
262. Männl., 16 J. Erschossen. Ursache: Infolge eines amerikanischen Duells. Besondere Umstände: Er hatte das schwarze Los gezogen und sollte bis zum 18. August freiwillig aus dem Leben scheiden.
263. Weibl., 19 J. Sturz aus dem Fenster. Ursache: Gram über den Tod ihres Bräutigams, vielleicht auch in einer Anwandlung von Reue.
264. Weibl., 19 J. Sturz aus dem Fenster. Ursache: Aus Kummer über die Trennung von ihrem Gatten.
265. Männl., 13 J. Erhängen. Ursache: Unüberwindliche Abneigung gegen die Schule.
266. Männl., 17 J. Zyankalivergiftung. Ursache: Verdruß im Geschäft. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 267 und 268.
267. Männl., 16—20 J. Zyankalivergiftung. Ursache: Wegen eines Ärgernisses. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 266 und 268.

268. Männl., 16 bis 20 Jahre. Zyankalivergiftung. Ursache: unbekannt. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 266 und 267. Die drei Freunde hatten Abschiedsbriefe hinterlassen und sich gemeinsam vor der Tat photographieren lassen.
269. Männl., 17 J. Erschossen. Ursache: Liebeskummer, weil die Eltern die Einwilligung zur Heirat nicht geben wollten. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 270.
270. Weibl., 17 J. Erschossen. Ursache: Liebeskummer, weil die Eltern die Einwilligung zur Heirat nicht geben wollten. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 269.
271. Männl., 16 J. Erschossen. Ursache: Liebeskummer, weil die Eltern ihrer großen Jugend wegen die Einwilligung zur Verlobung nicht gaben. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 272.
272. Weibl., 19 J. Erschossen. Ursache: Liebeskummer, weil die Eltern ihrer großen Jugend wegen die Einwilligung zur Verlobung nicht gaben. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 271.
273. Weibl., 16 J. Ertrinken. Ursache: Liebeskummer, weil der Bräutigam sie sitzen ließ, nachdem er erfahren, daß sie keine Mitgift bekomme.
274. Weibl., 19 J. Gasvergiftung. Ursache: Verschwämte Liebe.
275. Weibl., 16 J. Sturz aus dem 2. Stock. Ursache: Schwere sittliche Verfehlungen, deshalb ausgeschult werden sollte. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 276. Tochter eines Wiener Advokaten.
276. Weibl., 16 J. Sturz aus dem 2. Stock. Ursache: Schwere sittliche Verfehlungen, sollte deshalb ausgeschult werden. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 275. Tochter eines reichen Wiener Kaufmanns.
277. Weibl., 19 J. 1. Versuch in der Badewanne sich zu ertränken, 2. vermittels einer Morphiumspritze, 3. Gasvergiftung, 4. Sturz aus dem Fenster. Ursache unbekannt.
278. Männl., 17 J. Erschossen. Ursache: Verzweiflung, daß seine Geliebte es mit einem andern hielt.
279. Männl., 12 J. Sturz aus dem 2. Stock. Ursache: Furcht vor der Schule oder Angst vor zu erwartender Strafe.
280. Männl., 16—20 J. Erschossen. Ursache: Weil sein Professor ihn vor der ganzen Klasse beschuldigte, seinem Mitschüler 40 Frcs. gestohlen zu haben. Besondere Umstände: Das Geld hat man gefunden, es war verloren worden.
281. Männl., 17 J. Erschossen. Ursache: Kleine Liebesaffäre.
282. Weibl., 16 J. Ertrinken. Ursache: Furcht vor Strafe ihrer Eltern, da die Herrschaft sie entlassen.
283. Männl., 16 J. Ertrinken. Ursache unbekannt. Besondere Umstände: Obdachlos.

284. Männl., 10 J. Erhängen. Ursache: Nach Bestrafung wegen eines Apfeldiebstahls.
285. Männl., 16 J. Erschossen. Ursache: Nach einer Rüge des Lehrers in der ihm dieser den Vorwurf moralischer Unreife gemacht hatte.
286. Männl., 16—20 Jahre. Erschossen. Ursache: Schlechte Zeugnisse, nicht unglückliche Liebe. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 287. Der Gymnasiast hatte erst 2 Mal auf das Mädchen geschossen und dann sich selber getötet.
287. Weibl., 16—20 Jahre. Erschossen. Ursache: Schlechte Zeugnisse, nicht unglückliche Liebe. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 286.
288. Weibl., 18 J. Messerstich in die Brust. Ursache: Verletztes Ehrgefühl. Weil der Vater sie getadelt, als er sie im Gespräch mit jungen Männern betroffen. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 289.
289. Weibl., 20 J. Sturz aus dem Hause. Ursache: Verletztes Ehrgefühl. Weil der Vater sie getadelt, als er sie im Gespräch mit jungen Männern betroffen. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 288.
290. Weibl., 14 J. Ertrinken. Ursache: Empfindlichkeit und Trotz. Besondere Umstände: Elterlicher Vorwurf.
291. Weibl., 16 J. Ertrinken. Ursache unbekannt.
292. Männl., 15 J. Erschossen. Ursache: Weil er Schulden gemacht, und die Strafe seines Vaters fürchtete.
293. Männl., 18 J. Erschossen. Ursache: Liebeskummer, weil die Eltern die Einwilligung zur Heirat der großen Jugend wegen nicht gaben. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 294.
294. Weibl., 16 J. Erschossen. Ursache: Liebeskummer, weil die Eltern die Einwilligung zur Heirat der großen Jugend wegen nicht gaben. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 293.
295. Männl., 12 J. 1. Erhängen, da dies vereitelt, 2. Sturz aus dem Fenster. Ursache: Furcht vor Strafe seines Vaters.
296. Weibl. 13 J. Gasvergiftung. Ursache: Weil die Stiefmutter sie gestraft und eingesperrt hatte.
297. Weibl., 16 J. Gasvergiftung. Ursache: Gram über den Verlust eines 20-Mark-Stückes.
298. Weibl., 17 J. Gasvergiftung. Ursache unbekannt.
299. Weibl., 16 J. Sturz aus dem Fenster. Ursache: Weil sie wegen Umhertreibens vom Vater Prügel erhalten hatte.
300. Weibl., 15 J. Sturz aus dem Fenster. Ursache: Scham, weil sie verführt worden sei.
301. Männl., 17 J. Erschossen. Ursache unbekannt.
302. Weibl., 17 J. Ertrinken. Ursache unbekannt. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 303. Zwei Freundinnen, die bis zuletzt eine übermütige Stimmung zeigten.
303. Weibl., 16 J. Ertrinken. Ursache unbekannt. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 302.

304. Männl., 17 J. Ertrinken. Ursache: Liebeskummer. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 305.
305. Weibl., 19 J. Ertrinken. Ursache: Liebeskummer. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 304.
306. Männl., 16 J. Erschossen. Ursache: Schwierigkeiten in der Schule. Besondere Umstände: Trotzdem er sehr begabt, hat er wenig geleistet.
307. Weibl., 13 J. Vor den Zug geworfen. Ursache: Weil sie den Verweis ihres Lehrers nicht ertragen konnte.
308. Weibl., 18 J. Ertrinken. Ursache: Unglückliche Liebe. Besondere Umstände: Sie konnte gerettet werden, verfiel aber dann in Irrsinn.
309. Männl., 12 J. Erschossen. Ursache: Vielleicht geistige Umnachtung, vielleicht auch das Lesen von Schundliteratur. Besondere Umstände: Der Junge hatte sich ein Tesching ans Bett gebunden, an den Abzug eine Schnur befestigt und sich dann ins Bett gelegt.
310. Weibl., 16 J. Lysolvergiftung. Ursache unbekannt. Besondere Umstände: Sie hatte sich auf das Dach begeben, um den grimmen Schmerzen zu entgehen.
311. Männl., 17 J. Erschossen. Ursache: Liebesgram. Besondere Umstände: Nach einer andern Version soll das Nichtbestehen der Einjährigen Prüfung den jungen Mann in den Tod getrieben haben.
312. Männl., 20 J. Tötung durch viele Messerstiche. Ursache: Liebeskummer, beide Eltern wollten das Verhältnis nicht dulden. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 313. Nach einem Tanzstundenkränzchen.
313. Weibl., 16 J. Tötung durch viele Messerstiche. Ursache: Liebeskummer, beide Eltern wollten das Verhältnis nicht dulden. Besondere Umstände: Gemeinsamer Tod mit Nr. 312. Nach einem Tanzstundenkränzchen.
314. Männl., 11 J. Mit Scheidewasser vergiftet. Ursache: Rätselhaft, vielleicht Schundlektüre.
315. Männl., 17 J. Sublimat und Leuchtgas. Ursache: Unglückliche Tanzstunden-Liebelei. Besondere Ursache: Weil er die Enttäuschung nicht verwinden könne.
316. Weibl. 14 J. Laugenessenz. Ursache: Weil sie gerne Schauspielerin werden wollte. Besondere Umstände: Gemeinsamer Selbstmordversuch zweier Freundinnen (mit Nr. 317).
317. Weibl., 16 J. Laugenessenz. Ursache: Angst vor Anzeige, weil sie ein Freundschaftsverhältnis mit einem 15 jährigen Jungen hatte. Besondere Umstände: Gemeinsamer Selbstmordversuch zweier Freundinnen (mit Nr. 316).
318. Weibl., 15 J. Ertrinken. Ursache: Furcht vor Strafe. Besondere Umstände: Nächtliches Umhertreiben.
319. Weibl., 17 J. Gasvergiftung. Ursache: Furcht vor Strafe wegen eines Diebstahls.
320. Weibl., 17 J. Kleesalzvergiftung. Ursache: Arbeitslosigkeit und Liebesgram.
-

321. Männl., 18 J. Ertrinken. Ursache: Gekränktes Ehrgefühl.
 322. Weibl., 20 J. Ertrinken. Ursache unbekannt.
 323. Weibl., 20 J. Durch Dolchstiche getötet. Ursache: Liebesgram.

Wir sehen demnach auch hier wieder in den Altersstufen bis zu 15 Jahren ein sehr bedeutendes Überwiegen des männlichen Geschlechts, im Verhältnis von 90 : 42 = 2,14 M. : 1,0 W., während in der Altersstufe von 16 bis 20 Jahren die Beteiligung des weiblichen Geschlechts viel stärker hervortritt, die des männlichen nahezu erreicht (Verhältnis von 101 M. zu 90 W. = 1,1 M. zu 1,0 W., ganz ähnlich wie bei der früheren Statistik, wo dies Verhältnis 85 M. zu 81 W. betrug, also = 1,5 M. zu 1,0 W.). Ergänzt und zum Teil erklärt wird dieses Verhalten durch die den Einzelberichten, soweit sie darüber Auskunft geben, entnehmbaren Selbstmotive. Nach dieser Richtung hin werden angegeben für die 191 männlichen Selbstmorde:

Unbekannt	31
Furcht vor Strafe	28
Eifersucht und Liebesgram	15
Gram über das Ende der Ferien	1
Weil er wegen seines frechen Benehmens aus der Schule ausgeschlossen war	1
Vorwürfe seitens der Eltern	1
Während der Prüfung des Betruges beschuldigt und re- legiert	1
Weil ihm sein Vater nicht genug Taschengeld geben wollte Nachdem er erfahren, daß der Lehrer sich ebenfalls das Leben genommen	1
Reue über seinen lockeren Lebenswandel	1
Weil er ein nicht günstiges Schulzeugnis mit der Unter- schrift der Mutter gefälscht	1
Weil er von der Mutter eine Ohrfeige erhalten	1
Anfall von Geistesstörung	1
Abneigung gegen die Schule	2
Weil er einen ihm nicht gehörigen Betrag verjubelt hatte	1
Schlechte Behandlung seiner Eltern	1
Weil er trotz Anstrengungen in den Schulen nicht vorwärts kommen konnte	2
Weil er nicht versetzt worden war	9

Aus gekränktem Ehrgefühl	3
Schlechtes Zeugnis, Furcht es dem Vater vorzulegen . . .	10
Furcht vor Entdeckung kleiner Näschereien	2
Angeblich Nahrungssorgen, der junge Mann trug elegante Frauenkleidung	1
Weil er ein Verbrechen begangen	1
Weil er Kirchen- und andere Diebstähle auf dem Gewissen hatte	1
Weil er beim Spielen mit einer Browningpistole seinen Mitschüler getötet	2
Weil er eine Strafaufgabe erhalten	1
Strafe wegen Unfleißes vom Lehrer	1
Arbeitsscheu	1
Weil seine Pflegemutter ihm verboten, an einer Vereins- festlichkeit teilzunehmen	1
Nachdem er seine Braut erschossen	1
Nachdem er einen Obersten erdolcht, der ihn wegen seiner Liebe neckte	1
Weil er nicht als Schiffsjunge ankommen konnte	1
Ursache soll die Beleidigung eines jungen Mädchens sein	2
Verzweiflung über sein unglückseliges Geschick	1
Nervöse Überreiztheit infolge Überarbeitung	1
Nachdem er vier Schüsse auf ein Mädchen abgegeben . . .	1
Furcht vor der drohenden Fürsorgeerziehung	{ 2 1
Weigerung eines Kaufmanns, einen Pfändungsbefehl zu- rückzunehmen	1
Kränkung über schlechten Studienfortgang	1
Anscheinend zu strenge Zucht seiner Eltern.	1
Hochgradige Nervosität	1
Unheilbare Krankheit	1
Lebensüberdruß	1
Weil ihm die Entfernung aus der Schule angekündigt war	1
Widerstand der Eltern gegen Liebesverhältnis	1
Weil seine Eltern nicht gestatteten, die Tanzstunde zu be- suchen	1
Verzweiflung über die betrübenden Verhältnisse im Eltern- hause	1
Weil er das Abiturientenexamen nicht bestanden hat . . .	1

Aus Eifersucht den Mann erschossen, zu dessen Frau er Beziehungen, dann sich selber getötet	1
Weil eine Heirat infolge unheilbarer Krankheit der Braut unmöglich war	1
Verzweiflung über den Verlust des Geldes, das er seinem Vater unterschlagen	1
Weil seine Braut nicht mit ihm tanzen wollte	1
Weil er fürchtete, wieder nicht das Einjährigen-Examen zu bestehen	1
Anscheinend in der Trunkenheit	1
Weil sie sich nicht heiraten konnten	1
Weil er seine Aufgaben noch einmal schreiben sollte	1
Kindesliebe	1
Weil er in Strafangelegenheiten verwickelt war	1
Weil die Eltern des Mädchens das Liebesverhältnis nicht duldeten	1
Wollte sich nicht töten, sondern nur die Empfindungen vor dem Tode kennen lernen	1
Erbliche Belastung	2
Schwierigkeiten in der Schule	2
Weil er eine Rüge erhalten	2
Mißliche Familienverhältnisse und mangelnder Erfolg in der Schule	1
Scheint plötzlich irrsinnig geworden zu sein	1
Verschmähte Liebe	1
Vorwürfe der Mutter über seine Entlassung	2
War der Provinzialerziehungsanstalt entwichen	1
Mangelhafte Leistung im Zeichnen, von seinen Mitschülern gehänselt	1
Geringfügige Ursache	1
Weil der Lehrer sich wiederholt beim Vater über die Faulheit und Verlogenheit beschwerte	1
Weil er durch das Einjährigen-Examen gefallen	1
Opfer der Schundliteratur	1
Weil er nach den Ferien wieder in die Schule gehen sollte	1
Weil seine Familie nicht mit der Heirat einverstanden	1
Weil er in Fürsorgeerziehung gegeben werden sollte	1
Weil er nachbleiben mußte	1
Infolge eines amerikanischen Duells	1

Unüberwindliche Abneigung gegen die Schule	1
Verdruß im Geschäft	1
Wegen eines Ärgernisses	1
Verzweiflung, daß seine Geliebte es mit einem andern hielt	1
Weil sein Professor ihn vor der ganzen Klasse beschuldigte, einem Mitschüler 40 Frcs. gestohlen zu haben	1
Kleine Liebesaffäre	1
Nach Bestrafung wegen eines Äpfeldiebstahls	1
Nach einer Rüge des Lehrers	1
Weil er Schulden gemacht	1
Vielleicht geistige Umnachtung	1
Unglückliche Tanzstundenliebelei	1
Schwierigkeiten in der Schule	1

Männl.: 191

Für die 132 Selbstmordfälle weiblicher Individuen lauten die Motivangaben folgendermaßen:

Unbekannt	24
Furcht vor Strafe	14
Liebeskummer	28
Schlechte Behandlung durch die Eltern	2
Unheilbare Krankheit	2
Vorwürfe	2
Gekränktes Ehrgefühl	1
Streit mit dem Vater	2
Weil sie von den Eltern eine Zurechtweisung erhalten	1
Weil der Mann sie verlassen	1
Arbeitslosigkeit	2
Scham	1
Aus Not	2
Unglückliche Liebe	6
Furcht vor schlechtem Zeugnis seitens der Dienstherr- schaft	1
Weil die Mutter sie gezüchtigt	1
Furcht vor einer Operation	1
Weil sie nicht Nonne werden konnte	1
Weil sie eine Doppelliebe hatte	1
Weil sie die Freundin nicht allein sterben lassen wollte	1

Hochgradige Nervosität	1
Furcht vor der Zwangserziehungsanstalt	1
Widerstand der Eltern gegen das Liebesverhältnis	1
Weil sie wegen eines Vergehens in der Schule „draußen“ stehen mußte	1
Weil die Heirat infolge unheilbarer Krankheit unmöglich geworden	1
Eifersucht	1
Streit	1
War im Begriff zu heiraten	1
Weil man sie verleumdet	1
Verzweiflung	1
Weil sie sich nicht heiraten konnten	1
Hatten sich umhergetrieben	2
Weigerung der Eltern, die das Verhältnis nicht duldeten	1
Weil sie den Tod des Bräutigams nicht verwinden konnte Um elterlicher Zucht zu entfliehen	1
Trübsinn	1
Verschmähte Liebe	2
Hysterischer Anfall	1
Furcht vor dem Irrenhause	1
Schwere fortgesetzte Mißhandlungen durch die eigene Mutter	1
Weil das Liebesverhältnis nicht ohne Folgen blieb und der Bräutigam sich von ihr lossagte	1
Berechtigte Vorwürfe der Eltern	1
Weil die Familie nicht mit der Heirat einverstanden	1
Weil die Herrschaft sie nicht ziehen lassen wollte	1
Aus Kummer über die Trennung von ihrem Gatten	1
Schwere sittliche Verfehlungen	2
Empfindlichkeit und Trotz	1
Weil die Stiefmutter sie gestraft und eingesperrt hatte	1
Gram über den Verlust eines 20-Mark-Stückes	1
Weil sie wegen Umhertreibens Prügel erhalten	1
Scham, weil sie verführt worden sei	1
Weil sie den Verweis des Lehrers nicht ertragen konnte	1
Weil sie gern Schauspielerin werden wollte	1
Angst vor Anzeige	1

Bei den Selbstmorden weiblicher Personen dieser Altersstufen (vorzugsweise des letzten Quinquenniums) überwiegt unter den Motiven ganz entschieden alles, was mit Liebesaffären zusammenhängt und in den Zeitungsangaben als Liebeskummer, unglückliche Liebe, Doppelliebe, verschmähte Liebe, Widerstand der Eltern, Verlassenwerden durch den Mann, Eifersucht, Verführung, folgenreiches Verhältnis, sittliche Verfehlungen u. dgl. verzeichnet wird. Es sind das mindestens 53 Fälle unter 132, also fast genau 40% oder (wenn, wie wohl anzunehmen ist, diese Fälle sämtlich oder doch fast insgesamt der Altersstufe von 16—20 zuzuweisen sind) sogar 53 unter 90, d. h. nahezu 59%. Daneben spielen Furcht vor Strafe, lieblose Behandlung und Zerwürfnisse mit den Angehörigen oder mit der Dienstherrschaft, schwere Gemütsaffekte (Scham, Angst, Verzweiflung, Empfindlichkeit und Trotz, gekränktes Ehrgefühl), unheilbare Erkrankung und nervös-seelische Zerrüttung eine im ganzen seltenere, in Einzelfällen aber doch immerhin beachtenswerte Rolle.

Bei den Selbstmorden männlicher Personen herrscht dagegen unter den Motiven in ganz auffälliger Weise die Furcht vor Bestrafungen (Schulstrafen und den so oft damit zusammenhängenden häuslichen Strafen), vor schlechten Zeugnissen, Nichtversetzung oder Nichtvorwärtskommen in der Schule, in Verbindung mit allgemeiner Schulabneigung und Schulüberdruß (ein Schüler nahm sich das Leben aus „Gram über das Ende der Ferien“!) und ähnlichem. Es sind im ganzen allermindestens 78 unter 191, also immerhin 40,8%. Dazu kommen dann ferner Veruntreuungen, Unterschlagungen, Diebstähle und dadurch erweckte Angst- und Reueempfindungen, Besorgnis vor drohender Fürsorgeerziehung oder vor Aufnötigung eines mißliebigen Berufes, schlechte Behandlung seitens der Eltern und ähnliches. Liebesaffären werden nur in 28 Fällen unter 191 = 14,6% der Gesamtzahl als Ursachen angeführt. Direkt auf eine geistige Störung hindeutende Angaben oder solche wie erbliche Belastung, hochgradige Nervosität, Trübsinn, Lebensüberdruß, Trunkenheit u. dgl. finden sich in den Zeitungsberichten nur verhältnismäßig selten (neunmal bei M., viermal bei W.), doch dürfen aus der großen Zahl der Fälle

mit unbekannt gebliebenen Motiven (31 bei M., 24 bei W.) sowie auch aus den übrigen zweifellos noch ziemlich viele hierher bezogen werden. Nach meinen anderweitigen, aus der Analyse der Selbstmordfälle in höheren Schulen gewonnenen Feststellungen ist bei fast genau 10% der Selbstmörder dieser Altersstufen eine unmittelbar zugrunde liegende Geistesstörung mit Sicherheit anzunehmen; bei weiteren 18% scheint zwar keine ausgesprochene Geistesstörung, wohl aber eine angeborene geistige Minderwertigkeit, ein höherer Grad meist ererbter nervös-seelischer Konstitutionsschwäche, neuropsychischer Belastung als vorliegend erachtet werden zu müssen.

Ein gewisses Interesse gewährt auch die von Angehörigen beider Geschlechter getroffene Auswahl der Todesarten. In dieser Hinsicht lehrt unsere Zusammenstellung folgendes:

	M.	W.
Überfahren durch Eisenbahnzüge	7	3
Vergiftung (durch Gas, Kleesalz, Lysol usw.) . . .	15	34
Sturz aus dem Fenster	12	26
Erhängen	47	5
Ertränken	20	40
Erschießen	82	18
Tötung durch Messerstiche	2	4
Öffnen der Pulsadern	1	1
Übergießen der Kleidung mit Spiritus und Petroleum	1	1
Eingrabung in einer Sandgrube und Erstickung . .	1	—
Unbekannt geblieben	3	—
	191	132

Unter den männlichen Selbstmördern überwiegt demnach bei weitem das Erschießen (fast 43% aller Männerselbstmorde; 82 M. gegen 18 W.), demnächst das Erhängen (24,6% aller Männerselbstmorde; 47 M. gegen nur 5 W.), beim weiblichen Geschlecht dagegen ebenso entschieden das Vergiften (34 W. gegen 17 M.) und das Ertränken (90 W. gegen 20 M.), auch der Sturz aus dem Fenster (26 W. gegen nur 12 M.). Die besonders auffällige Wahl der letzteren Todesart ist wohl auf die im allgemeinen weit größere Impulsivität des weiblichen Geschlechts zurückzuführen, insofern es sich dabei zu-

meist um aus der augenblicklichen Aufwallung entspringende und vor wiederkehrender Besinnung, ohne Überlegung verübte Selbstmorde handeln dürfte.

Besonders mag auch auf das verhältnismäßig häufige Vorkommen gemeinsamer Selbstmorde bei beiden Geschlechtern hingewiesen werden: im Ganzen nicht weniger als 66 Fälle, wovon 29 männl., 37 weibl. (einmal 4 weibl., einmal 3 männl. zusammen). Gemeinsamer Selbstmord von Liebespaaren in 16 Fällen.

Das Vorstehende mag genügen, um den Beweis zu erbringen, daß auch aus diesem vom Zufall zusammengewürfelten, lediglich aus Zeitungsnotizen geschöpftem Material immerhin manche nicht ganz wertlose Ergebnisse hergeleitet werden können, und ich möchte daher diejenigen, die dem so wichtigen Gegenstände vom ärztlichen und pädagogischen, sozialen und humanitären Standpunkte eingehendes Interesse zuwenden, zu einer weiteren Verfolgung dieses bequem zugänglichen und zweifellos noch erhöhter Ausbeutung fähigen Weges nachdrücklich einladen. Wie immer wenn von den Selbstmorden des kindlichen und jugendlichen Alters die Rede ist, knüpft sich ja auch hier die ernste und gar nicht genug zu erwägende Frage an, was zur Vorbeugung und Verhütung dieser so traurigen Vorkommnisse von Schule und Haus — namentlich aber von seiten des letzteren — Wirksames geschehen könne und müsse. Ich habe mich über diesen Punkt in den vorerwähnten Abhandlungen über „Schüler-selbstmorde“ (namentlich im „Säemann“ 1909 Heft 6) bereits eingehend geäußert und möchte, indem ich auf meine dortigen Ausführungen verweise, hier nur noch einige allgemeiner gehaltene Bemerkungen hinzufügen. Es geschieht in unserer Zeit, das muß anerkannt werden, von pädagogischer, psychologischer und auch von ärztlicher Seite viel zur Erforschung der Kindesseele und zu einer darauf begründeten Gesundheits- und Erziehungslehre des kindlich jugendlichen Alters; doch dürften diese erst beginnenden Forschungen wohl noch erheblich weiterer Verbreiterung und Vertiefung fähig sein — namentlich dürfte auch, worauf neuerdings ein hervorragender Kinderarzt, Eugen N e t e r in Mannheim, mit Recht die Aufmerksam-

keit gelenkt hat, damit bereits in einem früheren Stadium einzusetzen sein, als es in der Regel geschieht, nämlich bei dem zwei- bis sechsjährigen Kinde, also in dem vorschulpflichtigen Alter, dem Alter des Kindergartenbetriebs; denn schon in diesem Alter werden zweifellos durch Erziehungsfehler und durch ungünstige Zeit- und Umgebungsverhältnisse vielfach die Keime gelegt und gefördert, die sich in den unmittelbar darauffolgenden Lebensperioden in so bedrohlicher Weise entwickeln und ohne die z. B. solche Vorkommnisse wie die Selbstmorde noch nicht zehnjähriger Geschöpfe fast undenkbar erscheinen müßten. Die kulturellen Verhältnisse des Großstadtlebens sind in dieser Hinsicht von besonders schädigendem, allerdings kaum ferzuhaltendem und in ihrer Wirkung höchstens abzuschwächendem Einflusse. Sie bewirken leicht eine gewisse geistige Frühreife oder vielmehr Scheinreife, die mit herabgesetzter Kraft und Ausdauer, mit geschwächter Widerstandsfähigkeit, gefährdeter Gesundheit des gesamten Nerven- und Seelenlebens nur zu teuer erkauft wird. Als ungünstig muß auch (wie schon früher von E. N e t e r besonders betont wurde) das immer mehr um sich greifende Ein- und Zweikindersystem bezeichnet werden, indem es so wichtige erzieherische Hilfsmittel, wie die gegenseitige Erziehung durch Geschwister, ausschaltet und durch den beständigen Umgang mit Erwachsenen, durch verfrühte Anteilnahme an deren Unterhaltungen, Zerstreuungen und Genüssen eine bedenkliche Art geistiger Überbürdung, gleichfalls nicht selten auf Kosten der allgemeinen Körper- und Seelengesundheit, frühzeitig herbeiführt. Überhaupt muß vor dem schädigenden Einflusse gewisser Zeitströmungen, vor der Überschätzung, dem übertriebenen Kultus des Kindes und der damit zusammenhängenden Verweichlichung namentlich in der häuslichen Erziehung und Pflege eindringlich gewarnt werden. Seitdem Ellen Key mit ihrem Schlagwort vom „Jahrhundert des Kindes“ die Emanzipation des Kindes und der damit zusammenhängenden Verzieherischen Autorität gepredigt hat, und allzustürmisch vordringende Erziehungs- und Schulreformer ihr auf diesem Wege nur allzu bereitwillig gefolgt sind, haben wir uns damit auf eine bedenklich abschüssige Bahn begeben, auf der ein baldiges Einhalten, wenn nicht Einlenken und Umkehren drin-

gend geboten erscheint. Ist es doch soweit gekommen, daß beispielsweise Lily Braun in einer von ihr selbst als „Brandfackel“ bezeichneten „Rede an die Schuljugend“ einen Not-schrei über deren Schicksal ausstößt, der „Familie, Schule und Staat das Recht auf persönliche Existenz absprechen, indem sie die Kindheit auf dem Altar des Mannesalters opfern“. So spricht man also dem Kinde ein „Recht auf persönliche Existenz“ zu, ehe es noch Persönlichkeit erlangt hat und erlangen konnte; man beeilt sich, in der törichten Hoffnung, dadurch „Willensbildung“ zu wecken, seinen noch ganz unfesten und unvernünftigen Willen von allen Hemmungen zu befreien, es befehlen zu lassen, bevor es noch gehorchen gelernt hat, was überhaupt Vielen als veralteter und gänzlich überwundener Standpunkt zu gelten scheint. Dies alles beruht auf Ver-kennung und ganz falscher Beurteilung der Kindesseele, auf einer töricht schwärmerischen Idealisierung des Kindes — in dem, wie ja erst neuerdings die geistreichen Untersuchungen F r e u d s dargetan haben, auch die Keime zu jeder Art von Verirrungen, zum Neurotiker wie zum Verbrecher noch halb-schlummernd liegen. — So ist man, aus einem Überschwang von Intellektualismus einerseits, von krankhaftem Sentimenta-lismus andererseits, vielfach zu einer verweichlichenden Be-handlung des Kindes gelangt, die zweifellos verderbliche Folgen zeitigen muß und die namentlich auch auf die Selbst-mordantriebe des kindlich-jugendlichen Alters begünstigend einwirkt; man braucht ja nur das lange Re-gister der im obigen angeführten „Motive“ zu über-blicken, um sich zu überzeugen, aus was für lächerlich geringfügigen, zum Teil geradezu unsinnigen Antrieben diese verwöhnte und verzogene, innerlich haltlose und wider-standsunfähige Jugend ihr Leben dahinzuworfen und zu der schauerlichen Tat der Selbstvernichtung zu schreiten bereit ist. Auch die an verschiedenen Orten auf Lehrer von Schülern verüb-ten, sich mehrenden Attentate (ich habe mir auch davon nach und nach eine kleine Sammlung angelegt) sprechen in dieser Hinsicht eine beredte Sprache. Suchen wir also, soweit unsere Kraft reicht, diesen krankhaften Zeitrichtungen entgegenzuwirken; arbeiten wir alle und mit allen Mitteln dahin, den Geist der Jugend wieder „gesünder“, d. h. härter, gefestigter, den Schädigungen

des eigenen Selbst und der Umgebung gegenüber widerstandsfähiger zu machen, und suchen wir namentlich den gehäuften Gefahren der Pubertätszeit, des erwachenden Sexuallebens bei beiden Geschlechtern mit den von ärztlich-hygienischer Seite längst richtig erkannten und erprobten Mitteln wirksam zu begegnen — damit werden wir zur Bekämpfung und Verhütung der Selbstmorde des kindlich-jugendlichen Alters innerhalb der Schranken des überhaupt Möglichen erfolgreich beitragen!

Die Untersuchung des Geisteskranken

Von Dr. P. Roller

Chefarzt der Kropfer Heil-
und Wohltätigkeitsanstalten



Halle a. S. 1914
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von
Direktor Prof. Dr. Konrad Alt,
Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes unter ständiger Mitwirkung der Herren Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Anton in Halle, Prof. Dr. Aschaffenburg in Köln, Geheim. Med.-Rat Prof. Dr. Binswanger in Jena, Prof. Dr. Bruns in Hannover, Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Prof. u. Dir. Dr. Kirchhoff in Schleswig, Geh. Med.-Rat Dr. Krömer in Conradstein, San.-Rat Dr. Laquer in Frankfurt a. M., Med.-Rat Dr. Mayser in Hildburghausen, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Direktor Dr. H. Schlöß in Wien, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Prof. Dr. Schultze in Göttingen, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Geh. Med.-Rat Dr. von Strümpell in Leipzig, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen in Wiesbaden

herausgegeben von
Prof. Dr. A. Hoche,
Freiburg i. Br.

Band X, Heft 7/8.

Frau Martha

zugeeignet.

Vorwort.

Dies kleine Buch ist als Führer gedacht für junge, angehende Psychiater, die mit ganzer Liebe sich in ihrem Berufe einleben wollen. Besonders dem praktischen Arzt soll es aber auch ein Wegweiser sein auf einem Gebiet, das ihm erfahrungsgemäß Schwierigkeiten bereitet, und soll ihm eine Handhabe bieten, sich methodisch mit den einfachen und komplizierten Störungen des Vorstellungsablaufes vertraut zu machen. Ein System der Geisteskrankheiten ist absichtlich unterblieben.

K r o p p , Oktober 1913.

Dr. Roller.

Es können bei der Aufnahme eines Geisteskranken in ein Asyl oder eine Anstalt zwei grundverschiedene Fälle eintreten. Der eine Fall ist gegeben, wenn alle die zur Aufnahme nötigen Papiere in Ordnung sind und ein Überblick über das, worum es sich handelt, dem aufnehmenden Arzt ohne Weiteres ermöglicht ist. Der andere, weit schwierigere ist der, daß der Kranke ohne Papiere und ohne Anamnese eingebracht wird. Er ist draußen von Fremden gefunden, man hat ihn scheinbar ohne Bewußtsein aufgefunden, weiß absolut nichts von ihm, als das, was man sieht. Einem solchen Kranken darf die Aufnahme nicht verweigert werden, und es ist Aufgabe des Arztes die notwendigsten Anhaltspunkte zu einem Urteil d. h. zu einer vorläufigen Diagnose zu gewinnen. Der Kranke macht z. B. vielleicht den Eindruck eines schwer Berauschten, wird auch als angeblich Berauschter eingebracht, riecht dazu nach Alkohol, aber nicht in dem Grade, wie man der Schwere des Rausches entsprechend erwarten sollte, aber die oberflächliche Untersuchung ergibt, daß die Kniereflexe nicht auszulösen sind, daß die Pupillen nicht auf Licht reagieren. Daß es sich in diesem Fall nicht um einen Berauschten, sondern sehr wahrscheinlich um einen Fall von Dementia paralytica, speziell Taboparalyse handelt, liegt nahe und eine weitere Beobachtung und Untersuchung in den nächsten 24 oder 48 Stunden dürfte die Diagnose zu einer sicheren machen. Oder ein Kranker hat sich in Gesellschaft befunden, es ist getrunken worden, er selbst hat nur minimal getrunken, er bekommt Meinungsverschiedenheiten mit seiner Umgebung oder es ist im Zimmer sehr warm, Zigarrengenuß und Zigarrenrauch tun das Übrige, der Kranke wird plötzlich unruhig, verkennt die Umgebung und zerschlägt Alles, was in den Bereich seiner Hände kommt, dann wird er

bewußtlos. Man weiß nichts weiter von ihm als den Namen, vielleicht noch den Beruf. In der Anstalt wirft er sich beim Auskleiden auf den Boden, tritt und beißt um sich und stößt gelende Schreie aus. Auf der Aufnahmestation beruhigt er sich allgemach und fällt in Schlaf. Als er allmählich wieder zu sich kommt, weiß er nicht, wo er sich befindet, er läßt die Augen durchs Zimmer gehen, erst langsam, dann etwas schneller und etwas unruhig. Mit der Zeit wird er klarer, aber zur Frage, wo er sich befindet, reicht das unklare Bewußtsein immer noch nicht. Schließlich kann auch das Sprachzentrum die von ihm abhängige Sprachmuskulatur innervieren, der Kranke fragt und erfährt, was mit ihm geschehen, was er selbst getan, aber die Erinnerung an das jüngst Vergangene ist sehr lückenhaft oder ganz aufgehoben. Weitere krankhafte Erscheinungen traten nicht auf, die akute Erkrankung ist abgeschlossen. Es tritt völlige restitutio ad integrum ein und der Kranke kann entlassen werden. In einem solchen Fall dürfte es sich um einen Dämmerzustand, um einen pathologischen Rauschzustand bei einem Alkohol-Intoleranten oder um einen Kranken mit hysterischer psychopathischer Konstitution handeln, der einer Affektkrise zum Opfer gefallen ist. Ein dritter Fall. Es wird Jemand von der Polizei aufgegriffen, wie er planlos in den Straßen der Stadt herumirrt, er sieht stark reduziert aus und ist mit Straßenschmutz bedeckt, nach seinem Namen gefragt, kann er denselben nicht angeben, noch weniger, wie er dahin gekommen, oder was er dort gewollt hat. Mit dieser kurzen, für die Beurteilung unzulänglichen Anamnese kommt er herein. Eine oberflächliche Inspektion zeigt frische Blutaustritte hinter den Ohren und frischen Zungenbiß oder frische Verletzungen der Wangenschleimhaut, und die Diagnose, daß es sich um einen epileptischen Dämmerzustand handelt, ist gesichert. Aber damit ist die wissenschaftliche Aufgabe des aufnehmenden Arztes noch nicht erschöpft. Er hat noch zu erheben, welcher Art der Dämmerzustand ist, ob freistehend und ein psychisches epileptisches Äquivalent bildend oder ob er einem epileptischen Krampfanfall gefolgt ist, oder einem solchen erst vorangeht. Sind frische Blutaustritte hinter dem Ohr und frischer Zungenbiß vorhanden, so ist ohne Zweifel ein Krampfanfall vorhergegangen. Er ist zwar nicht beobachtet worden, aber mit höch-

ster Wahrscheinlichkeit auch aus dem Äußeren des Kranken, seiner beschmutzten Kleidung zu erschließen.

Ist der erstere Fall gegeben, sind die Aufnahmepapiere in Ordnung und die Angehörigen können Auskunft geben, so hat der Psychiater nach bestimmter Methode den Kranken zu untersuchen. Die Untersuchung zerfällt in eine psychische und eine somatische. Welche von beiden zuerst vorgenommen wird, wird von der Übung oder von dem Geschmack des Untersuchers abhängig sein. Ich stelle die psychische Untersuchung voran.

Die psychische Untersuchung.

Die psychische Untersuchung eines Geisteskranken hat die Aufgabe, die Störungen des Vorstellungsablaufes, formale wie inhaltliche, aufzuweisen, und daran, je nach den Umständen, eine mehr oder weniger vollständige Prüfung der Intelligenz, die sogenannte Intelligenzprüfung, zu schließen.

Wenn der krankhafte Ablauf der Vorstellungen geprüft werden soll, so ist zunächst nötig den normalen Ablauf derselben zu kennen, wie ihn die physiologische Psychologie, speziell die Assoziationspsychologie an die Hand gibt. Denn Assoziationsstörungen kommen hier in erster Linie in Frage, um uns einiges Verständnis des krankhaft abgeänderten Ablaufs der Vorstellungen zu eröffnen. Es sei daher in folgendem gestattet, den Ursprung und Gang der normalen Assoziationen, soweit er für das Verständnis unumgänglich nötig ist, zu skizzieren.

Jede Vorstellung ist das Erinnerungsbild einer früheren Empfindung. Wie man sich dies Erinnerungsbild zu denken hat, kann für unsere Aufgabe gleichgültig sein. Auch, ob die Empfindung an eine oder mehrere Ganglienzellen geknüpft ist. So viel ist aber sicher, daß die Erinnerungsbilder in der grauen Hirnrinde deponiert sind, und zwar als Reste voraufgegangener Empfindungen. Man hat daher auch mit Recht die Geisteskrankheiten als Krankheiten der grauen Hirnrinde angesprochen.

Die Empfindung ist also das erste Glied des psychischen Vorganges. Damit sie zustande komme, ist ein äußerer Reiz notwendig, der in bekannter physikalischer Weise auf die Ausbreitung eines sensiblen oder sensorischen Nerven ein-

wirkt. Indem er auf die Endigungen des sensiblen oder sensorischen Nerven trifft, wird aus dem äußeren Reiz eine **Nervenerregung**, welche sich zentripetal fortpflanzt und endlich in einem Punkt der Hirnrinde eine Erregung auslöst. Dieser materiellen Erregung entspricht als erstes psychisches Element die **Empfindung**. Bedient man sich der **Ziehenschen** Abkürzungen und bezeichnet mit **Rp** den äußeren Reiz, mit **N** den Vorgang der Nervenerregung, mit **Rc** die materielle Erregung in der Hirnrinde, mit **E** die dazugehörige Empfindung, so kann man den ganzen Vorgang schematisch so darstellen:

$$\begin{array}{c} \text{E} \\ \text{Rp, N, Rc} \end{array}$$

E, die Empfindung, ist also das erste psychische Element.

Die Empfindung hat nun Eigenschaften, die sich ganz bestimmt sondern lassen. Da ist zunächst die **Qualität** der Empfindung. Eine Farbe ist etwas anderes als ein Ton und ein Ton wieder etwas anderes als etwas Schmeckendes. **Helmholtz** nennt diese Verschiedenheit, welche durch die verschiedenen Sinnesorgane bedingt ist, auch die **Modalität** der Empfindung. Zum andern hat die Empfindung verschiedene Stärke oder **Intensität**. Ein Ton kann laut und leise, eine Lichtempfindung hell und weniger hell sein, eine Geruchs- und Geschmacksempfindung mehr oder weniger intensiv sein. Eine dritte Eigenschaft ist der **Gefühlston** der Empfindung. Jede Empfindung ist von Lust oder Unlust begleitet, oder wie man auch sagt, positiv oder negativ betont. Auch **räumliche Eigenschaften** hat viertens die Empfindung, indem jede Empfindung an eine mehr oder weniger bestimmte Stelle des Raumes projiziert wird. So werden beim Gesichtssinn des Auges und dem Berührungssinn der Haut die nebeneinander liegenden Punkte der Retina und der Haut in derselben Folge in das Empfindungsfeld projiziert. Die letzte Eigenschaft der Empfindung ist die **Dauer**. Bedient man sich wieder der **Ziehenschen** Abkürzungen, bezeichnet die Qualität mit **q**, die Stärke oder Intensität mit **i**, den Gefühlston mit **a**, die räumliche Eigenschaft mit **r** und die Dauer mit **t**, so hat man das Schema

$$\text{E q i a r t,}$$

welches übersichtlich die Eigenschaften der Empfindung zusammenfaßt.

Wie eben bemerkt, hat jede Empfindung eine Dauer. Ist diese kurze Zeitspanne vorbei, so ist auch die Empfindung zu Ende. Von den organischen Veränderungen in der oder den Ganglienzellen der Hirnrinde, welche der Empfindung parallel gehen, bleibt nach dem Aufhören des Reizes ein Rest von Veränderungen übrig, welcher, wenn der Reiz von neuem auftritt, uns das Wiederkennen ermöglicht. Wie dieser organische Rest zu denken ist, ist ebenfalls für diese Betrachtung gleichgiltig, daß er aber vorhanden ist und vorhanden sein muß, ist daraus zu erschließen, daß ohne vorangegangene Empfindung eines Gegenstandes oder einer Person ein Wiedererkennen derselben für uns unmöglich wäre. Die Großhirnrinde bildet bei der Geburt eine glashelle homogene Tafel, auf welche im Verlauf der Entwicklung die Empfindungen, welche die Reize, der Außenwelt auf sie projizieren, als dunkle Punkte niedergelegt werden, welche sich mit der Zunahme der Projektionen zu dem gleichmäßigen und homogenen Rindengrau zusammenschließen, welches die Hirnoberfläche des Erwachsenen bietet.

Diesen molekulären Empfindungs-Resten — so will ich einmal statt organisch sagen — parallel gehen nun, wenn dieselben durch die Reize der Außenwelt mobil gemacht werden, die Vorstellungen.

Empfindung und Vorstellung sind die Rudimente des psychischen Prozesses wie des Erkennens überhaupt. Ohne Empfindung keine Vorstellung, ohne vorangegangene Empfindung kein Erinnerungsbild (= Vorstellung). Mit dem Augenblick nun, wo die Empfindung mit den Erinnerungsbildern in Verbindung tritt, beginnt die Assoziation, das Spiel der Motive, die Überlegung, gleichviel, wie man diese psychische Weiterbewegung nennen will. Denn daß es eine Weiterbewegung ist, nebenbei bemerkt, eine Weiterbewegung bis zum Eintritt in die motorische Sphäre, wo die Handlung beginnt, wird das Folgende ergeben. Eine jede Assoziation läßt sich schematisch durch die Reihe E, V₁, V₂, V₃, V₄ ausdrücken. Ich bediene mich wieder der Ziehenschen Abkürzungen. E ist die einleitende, den Gedankengang, die Assoziation, veranlas-

sende Empfindung, V_1 , V_2 usw. die ihr folgenden Vorstellungen. Für diese Reihenfolge in der Ideenassoziation bestimmend ist die sogenannte assoziative Verwandtschaft. Die beiden Gesetze der letzteren lassen sich so aussprechen:

1. Zwei inhaltlich gleiche oder ähnliche Vorstellungen reproduzieren sich gegenseitig, sogenannte Ähnlichkeitsassoziation;

2. Zwei Vorstellungen, die entweder selbst oder deren zugehörige Empfindungen oft gleichzeitig aufgetreten sind, reproduzieren sich ebenfalls gegenseitig, sogenannte Gleichzeitigkeitsassoziation.

Gleichzeitigkeitsassoziationen heißen auch Äußere Assoziationen, sie spielen im normalen Denken nur als Assonanzen (Klangassoziationen) eine Rolle und entfallen für die weitere Betrachtung; Ähnlichkeitsassoziationen hingegen: Innere Assoziationen. Letztere spielen die größere Rolle.

Man könnte sich nun denken, daß die Reihenfolge der Vorstellung einzig und allein durch das Moment der assoziativen Verwandtschaft bestimmt ist. Dann würde sich an eine Vorstellung V_1 stets diejenige Vorstellung des V_2 anschließen, welche die größte assoziative Verwandtschaft zu V_1 hat, d. h. welche am häufigsten mit V_1 aufgetreten ist. Dabei bliebe jedoch die große Mannigfaltigkeit unseres Denkens, in welchem auf eine bestimmte Vorstellung V_1 heute diese und morgen jene Vorstellung als V_2 folgt, ganz unerklärt. Es müssen daher noch andere Faktoren die Reihenfolge der Vorstellungen bestimmen. Als solche lassen sich bestimmen: die Intensität der Erinnerungsbilder, der Gefühlston derselben und zuletzt das, was Ziehen die Konstellation genannt hat. Wir müssen nämlich annehmen, daß die zahllosen latenten Erinnerungsbilder der Hirnrinde untereinander in einem etwas zusammengesetzten Verhältnis gegenseitiger Anregung und Hemmung stehen. Diese Anregung und Hemmung hat zur Folge, daß eine vorzugsweise von Anregungen getroffene Vorstellung trotz geringerer assoziativer Verwandtschaft zu V_1 , trotz geringerer

Intensität und geringerem Gefühlston doch gelegentlich die Stelle V_2 erlangt.

Diese vier Momente bestimmen die Reihenfolge der Vorstellungen, treten gleichsam in Wettbewerb, bilden das Spiel der Motive:

1. die assoziative Verwandtschaft,
2. die Intensität,
3. der Gefühlston,
4. die Konstellation der lateralen Erinnerungsbilder

oder — mit anderen Worten — im normalen Ablauf der Vorstellungen ist die Beziehung einer Vorstellung zu der vorausgehenden und zu der nachfolgenden durch diese vier Momente bestimmt.

Unser gewöhnliches Denken vollzieht sich nun nicht immer in dieser einfachen Assoziationsform, in der einfachen Aneinanderreihung diskreter Vorstellungen, sondern es kommt zwischen den sukzessiven Vorstellungen V_1 , V_2 usw. noch zu einer neuen Beziehung, welche wir z. B. am einfachsten durch die Kopula „sein, ist“ ausdrücken. In dieser Verbindung der sukzessiven Vorstellungen zu Urteilen spricht sich der höchste Grad assoziativer Verwandtschaft aus.

Die niederste Form des Urteils dürfte das Sprechen in Infinitiven sein, der „style nègre avec les verbes à l'infinitif“ der französischen Autoren, die ihn auch als style télégraphique, la phrase étant réduite aux mots essentiels à la compréhension unterscheiden. Deutsche Forscher sprechen von Agrammatismus und Pick hat zuerst auf diese Erscheinung als Folge einer Herderkrankung aufmerksam gemacht (Archiv für Psychiatrie Bd. XXVIII S. 48 ff. Erweitert in: Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Zentralnervensystems, Berlin 1898 IX: Über Agrammatismus als Folge zerebraler Hirnerkrankungen). Pick beobachtete auch, daß sensorisch Aphasische meist eine gewisse Erleichterung des Sprechaktes zeigen (Über die Bedeutung des akustischen Sprachzentrums als Hemmungsorgan des Sprachmechanismus. Wien. klin. Wochenschrift 1899 Nr. 37), während der motorisch Aphasische, auch wenn er über einen gewissen

Sprachschatz verfügt, eine geringe sprachliche Initiative zeigt. Daraufhin hat **B o n h o e f f e r** (Zur Kenntnis der Rückbildung motorischer Aphasie. Mitt. a. d. Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 1902 S. 203) die Möglichkeit erwogen, „daß es mit dieser Erschwerung oder Hemmung zusammenhänge, wenn nur die stärkst betonten Worte, gewissermaßen das Skelett des Gedankenganges, die Hauptwörter zum Ausdruck kommen, und alles grammatikalische Beiwerk wegfällt, ohne daß sie im anatomischen Sinne zu fehlen brauchen“.

Tritt eine Störung der eben auseinandergesetzten Beziehungen ein, so spricht man von **Inkohärenz**, von **Inkohärenz des Gedankenablaufes**. Eine solche Inkohärenz entsteht als Folge hochgradiger Beschleunigung der Ideenassoziation, die es mit sich bringt, daß infolge der Ideenflucht zahlreiche verbindende Zwischenvorstellungen übersprungen werden. So bedingen starke Affektsteigerungen wie Angst und Zorn auch bei Gesunden Inkohärenz. Bei Geisteskranken tritt sie z. B. in Erscheinung bei den höheren Graden der Manie und als Folge massenhafter Sinnestäuschungen, zuweilen auch massenhafter Wahnvorstellungen. Der Weg der Ideenassoziation in der Hirnrinde ist hier der normale wie bei der Ideenassoziation des Gesunden, aber von den auf diesem Wege berührten latenten Erinnerungsbildern treten nur ab und an einzelne in das Bewußtsein. Der Vorgang der Assoziation als solcher ist nicht gestört, sondern die Assoziation auf ein zu normaler Verknüpfung der Vorstellungen unbrauchbares Material angewiesen und ist infolge dessen inkohärent. Auch der Schwachsinn führt infolge des dauernden Verlustes von Erinnerungsbildern und assoziativen Verknüpfungen sehr häufig zur Inkohärenz. Ebendahin gehört auch die inkohärente Ideenassoziation bei der progressiven Paralyse und der sekundären Demenz.

In all diesen Fällen läßt sich die Inkohärenz auf ein anderes psychopathologisches Symptom zurückführen, deren sekundäre Folge sie ist, bei der Manie auf die Ideenflucht, bei den Halluzinationen und Wahnvorstellungen auf dieses gefälschte Material, beim Schwachsinn, dem angeborenen wie dem erworbenen auf den Verlust der Vorstellungen.

Aber gegenüber dieser sekundären Inkohärenz gibt es auch zweifellos eine primäre Inkohärenz. Bei der letzteren ist das Vorstellungsmaterial nach Zahl und Qualität normal und brauchbar, aber der assoziative Vorgang als solcher ist gestört. Die klinische Äußerung dabei ist genau dieselbe wie bei der sekundären Inkohärenz. Es folgen assoziativ gar nicht oder nur entfernt verwandte Vorstellungen aufeinander und in den höheren Graden werden die Vorstellungen einfach aneinander gereiht, ohne daß Urteilsassoziationen gebildet werden. Es kommt nicht zu dieser höchsten Assoziationsform. Nahe liegt in solchem Falle die Annahme, daß es sich einerseits um Störungen der Leitungen in den Assoziationsbahnen handelt und zum andern in Verschiebungen der Intensität, der Gefühlstöne und der Konstellation der latenten Erinnerungsbilder.

Umgekehrt kommt es durch Verlangsamung des Assoziationsvorganges — er kann grob mit der Sekundenuhr gemessen werden — zu Hemmungen, vergesellschaftet mit negativen Gefühlstönen, wie die Beschleunigung mit positiven Gefühlstönen vergesellschaftet sein kann. Und zwar so intim vergesellschaftet, daß es uns mit unseren im Augenblick zu Gebote stehenden Mitteln der Untersuchung nicht möglich ist, in einer unser Kausalitätsgefühl befriedigenden Weise zu entscheiden, ob eine primäre oder eine sekundäre klinische Erscheinung vorliegt.

Ebenso können aber auch Ideenflucht und Hemmung im Verlauf einer Psychose vorkommen, sie können sich ablösen, so daß der Krankheitsverlauf (die ideenflüchtigen Phasen mit +, die gehemmten Phasen mit — bezeichnet) schematisch eine mehr oder weniger lange Reihe von +, — oder auch umgekehrt von —, + bietet, der Kranke ist dann zirkulär, er ist an Zykllothymie erkrankt, er ist manisch-depressiv.

Es sind also die Vorstellungen oder Erinnerungsbilder direkte Abkömmlinge der Empfindungen. Mit dieser Herkunft ist auch gegeben, daß sämtliche Eigenschaften der Empfindungen in legitimer Weise auf die Vorstellungen übergehen. So wie die Empfindungen haben auch die Vorstellungen eine Qualität, eine Intensität, einen Gefühlston, eine räumliche und

zeitliche Eigenschaft (Dauer), und zwar dieselben Eigenschaften wie die der Vorstellung zugrunde liegende Empfindung. Klinische Bedeutung hat von diesen Eigenschaften vornehmlich der Gefühlston der Vorstellungen. Und mit dem Eingehen der Vorstellungen in die Ideenassoziationen gehen auch die Gefühlstöne in diese über und bilden die Grundlage unserer Stimmung. Im Bewußtsein freilich kann immer nur eine Vorstellung sein, aber es ziehen in der Zeiteinheit nach und nach eine Reihe von Vorstellungen durch dasselbe. Die Vorstellungen haben verschiedene Gefühlstöne, positive und negative. Es wird auch einige Vorstellungen geben, die neutral in bezug auf den Gefühlston sind, mit anderen Worten, die gar keinen Gefühlston haben. Dabei werden intensivere ihrer Gefühlstöne auf die weniger intensiven und neutralen übertragen, und so werden Empfindungen und Vorstellungen innerhalb einer Zeiteinheit eine Gleichartigkeit der Gefühlstöne zeigen, die man mit dem Namen Stimmung zusammenfaßt. Es sind also in diesem Fall die stärkeren Gefühlstöne auf die weniger starken übergegangen, irradiiert. Das Krankhafte bei Geisteskranken besteht darin, daß entweder die Vorstellungen mit neutralem Gefühlston die Stimmung beherrschen, dann liegt Apathie vor, oder die Vorstellungen mit positivem Gefühlston die Situation beherrschen, dann handelt es sich um krankhafte Heiterkeit oder Hyperthymie, oder aber die Vorstellungen mit negativem Gefühlston — die krankhafte Traurigkeit oder Depression. Und endlich gibt es einen krankhaften Wechsel der Stimmung oder der Gefühlstöne, wie z. B. bei der Hysterie, und man spricht dann von einer krankhaften Labilität der Gefühlstöne. Denn jede Stimmung hält beim geistig Gesunden eine bestimmte Zeit an, bei dem einen länger, bei dem andern kürzer. Bei der Labilität der Stimmung ist die natürliche Zeitdauer verkürzt, und das ist das Pathologische. Ein weiterer Schritt führt dann zur krankhaften Reizbarkeit, bei welcher die Umsetzung in die motorische Zone besonders leicht von statten geht.

Der bruske Übergang aus der gefühlsbetonten Vorstellungreihe in die motorische Sphäre bildet die Affekte. Die

Affekte haben also einen psychischen Anteil und einen motorischen Anteil. Nennt man mit **W e r n i k e** die Reihe von E bis zur letzten Vorstellung die intrapsychische Strecke, so kommt von dieser als psychischer Anteil der Affekte die Motivierung und damit hat die intrapsychische Strecke ihr Ende erreicht, die Ausführung als solche geschieht innerhalb der rein motorischen Sphäre. Ihr brüsker Eintritt ist der **A f f e k t s c h o k**, ihr Austritt aus der motorischen Sphäre die **A f f e k t k r i s e**. Beide führen ins Gebiet der „Handlung“ dem Abschluß des psychischen Prozesses.

Man vergegenwärtige sich noch einmal den Verlauf des psychischen Prozesses. Mit der Empfindung wurden verknüpft V_1, V_2, V_3 usw., die letzte Vorstellung ging dann über ins Motorium und es kam zur Handlung, die, wenn sie brüsk erfolgt, zum Affekt wurde. Alles das ist schematisch gesprochen. Der psychische Prozeß kann indes schon vorher aufhören, er braucht nicht zu seinem Schluß die Handlung, er kann mitten in der intrapsychischen Strecke aufhören und man sagt dann, „man denkt nach“. Man nennt die Handlung auch **W i l l e n s h a n d l u n g** oder **w i l l k ü r l i c h e H a n d l u n g**. Man imputiert damit ein metaphysisches Etwas in den einfachen psychischen Verlauf, was vom Standpunkt der Assoziationspsychologie abgelehnt werden muß. Die Handlung resultiert ohne Dazwischentreten einer neuen Seelentätigkeit, sie ist die notwendige Konsequenz der Ideenassoziation. Unser Handeln ist **necessitiert**.

• Bevor ich das Gebiet der Vorstellungen verlasse, ist noch einiges über die **A u f m e r k s a m k e i t** zu sagen. Es ist nämlich die Zahl der Reize, welche in der Zeiteinheit gleichzeitig auf unsere Sinnesflächen treffen und Empfindungen veranlassen, eine große. Eine einzige Empfindung wird aber nur aus dieser Summe ausgeschieden, welche aus einem der auseinander gesetzten Gründe uns fesselt. Diese Tätigkeit besorgt die **A u f m e r k s a m k e i t**. Sie macht, daß die geweckte Empfindung, wenn ihre Intensität genügend groß ist, Vorstellungen auslöst, Assoziationen veranlaßt und andererseits Nebenreize, solange sie die Intensität der geweckten Empfindung nicht erreichen, von einer Wirksamkeit zurückhält. Das erste ist die

W e c k b a r k e i t oder V i g i l i t ä t, das zweite die H a l t b a r k e i t der Aufmerksamkeit oder T e n a c i t ä t der Aufmerksamkeit. Beide stehen in Gegensatz zueinander. Ist die eine Eigenschaft in besonderem Grade aktiv, so leidet die andere, und umgekehrt, ist die andere besonders engagiert, die erstere Eigenschaft. In krankhaften Zuständen kann die V i g i l i t ä t herabgesetzt oder gesteigert sein, es handelt sich dann um H y p o v i g i l i t ä t, im andern Falle um H y p e r v i g i l i t ä t, oder, wie es N e u m a n n zuerst genannt und W e r n i k e a c c e p t i e r t hat, um H y p e r m e t a m o r p h o s e der Aufmerksamkeit.

Eine Störung der Empfindung ist auch

Die Angst.

Sie gehört zu den Affekten, ist der Affekt *κατ'έξοχήν*. Sie tritt mit und ohne körperliche Empfindungen auf. Im letzteren Fall sprechen die alten Psychiater von einem Bewußtwerden der Angst, heute spricht man je nach der Lokalisation der Angst von P r ä k o r d i a l a n g s t, B r u s t a n g s t, U n t e r l e i b s a n g s t. Bestehen keine körperlichen Begleitempfindungen, so wird die Angst in den ganzen Körper als a l l g e m e i n e U n r u h e verlegt.

Die Angst ist, wie die Empfindungen auch, kortikalen Ursprungs. Sie übt wie alle Affekte Einfluß auf die quergestreifte wie auf die glatte Muskulatur. Die Kranken ringen dann die Hände, zupfen an den Fingerbeeren, fahren unruhig mit den Beinen hin und her, wechseln die Lage der Beine, laufen unruhig umher. Das ist dann als A n g s t b e w e g u n g e n oder ä n g s t l i c h e A g i t a t i o n zu bezeichnen. Die Angst kann aber auch katatonische Zustände hervorrufen. Sie kann auch, wie es häufig geschieht, Wahnvorstellungen als Erklärung hervorrufen, die man deshalb auch A n g s t v o r s t e l l u n g e n nennt. Solche Angstvorstellungen sind die der V e r s ü n d i g u n g, der V e r a r m u n g, des U n h e i l b a r s e i n s. Auch die Atmung beeinflußt die Angst. Das Atmen wird beschleunigt, dann kommt eine Pause, dann tiefes E i n a t m e n in Absätzen (sakkardiertes Atmen). Am wichtigsten ist

die Beeinflussung des Gefäßapparates durch die Angst. Die peripheren Arterien werden stärker kontrahiert, der Herzschlag wird beschleunigt, unregelmäßig und weniger ausgiebig. Durch die Kontraktion der Koronararterien kommt aller Wahrscheinlichkeit nach die Begleitempfindung der Präkordialangst zustande.

Die Handlung

kann eine einfache und eine zusammengesetzte sein. Aber selbst die einfachste Handlung ist schon eine zusammengesetzte und erfordert als solche einen zusammengesetzten Apparat. Beiden gemeinsam ist aber immer eine mehr oder weniger lange Ideenassoziation, die vorangegangen ist. Es kommen daher auch Störungen, die innerhalb der intrapsychischen Strecke lagen, nur bei der Beurteilung der Handlungen des Geisteskranken in Frage. So grobe Störungen der Handlungen, wie kortikale Lähmung, kortikale Ataxie, welche auf der Zerstörung der sensiblen und kinästhetischen Zentren oder der dazu gehörigen Leitungsbahnen beruhen, gehören nicht hierher. Wohl aber stehen dem psychischen Prozeß der Ideenassoziation nahe die sogenannten apraktischen Störungen, wie sie in vorbildlicher Weise von Liepmann analysiert sind. Solche apraktische Störungen kommen durch mikroskopisch feine Veränderungen zustande, welche die kinästhetischen Bewegungsvorstellungen, besonders ihren optischen Teil zunächst funktionsuntüchtig — optische Ataxie — machen, schließlich ganz aufheben. Ebenso, wenn die Assoziationsbahnen zwischen dem Zentrum der kinästhetischen beziehungsweise optischen Bewegungsvorstellungen und den zugehörigen motorischen Zonen, und wenn die Assoziationsbahnen zwischen diesen Vorstellungszentren und den übrigen Vorstellungszentren und Empfindungszentren zerstört sind. Solche Bewegungsvorstellungen sind oft sehr komplizierter Natur und bilden ganze Bewegungsreihen (Haarkämmen, Drehen usw.).

Auch diese Bewegungsvorstellungen sind wie die Bewegungsvorstellungen der Sprache vorzugsweise mit den Bewe-

gungsvorstellungen der linken Hemisphäre verknüpft. Vielleicht ist ihre Verbindung mit den motorischen Zentren der rechten Hemisphäre überhaupt nur durch Vermittlung der motorischen Zentren der linken Hemisphäre möglich. Das muß dann geschlossen werden, wenn es sich bei linksseitiger Apraxie um linksseitige Krankheitsherde handelt.

Die Psychopathologie hat es nach dem Vorstehenden zu tun mit

Störungen der Empfindungen,
Störungen der Vorstellungen,
Störungen der Handlungen.

Die Störungen der Empfindungen umfassen:

1. die sekundären Sinnesempfindungen
oder Synästhesien.

Sie werden sehr selten beobachtet. Sie bestehen darin, daß zu der normalen Empfindung, d. h. zu der auf den Reiz folgenden zugehörigen Empfindung noch eine sekundäre Empfindung in einem anderen Sinnesgebiet hinzutritt, ohne daß der zu diesem Sinnesgebiet nötige Reiz aufgetreten ist. Wenn z. B. bei der Wahrnehmung eines Tones eine Farbenwahrnehmung im Gesichtsfeld erscheint, und zwar immer wieder bei demselben Tone dieselbe Farbe. Ebenso tritt umgekehrt bei gewisser Farbenwahrnehmung sekundär ein bestimmter Ton und immer wieder derselbe Ton auf.

2. Die Halluzinationen.

Die Empfindung tritt im Sinnesgebiet auf ohne einen äußeren Reiz. Das latente Erinnerungsbild wacht auf, ohne daß ein äußerer dazugehöriger Reiz es geweckt hätte. Im Sinne unseres Schema fehlt Rp. Rc steht gleichsam isoliert da, tritt allein auf von sich aus oder auf aus dem Inneren kommende Reize.

Sie werden nach Qualität und Intensität unterschieden. Sie kommen in jedem Sinnesgebiet vor. Im Gebiet des Gesichts als Visionen, einfache, elementare, rudi-

mentäre wie Funken, Lichter, Flammen usw., bald als z u s a m m e n g e s e t z t e, die ganze Landschaften, ganze Situationen darstellen. Auch sehen die Kranken sich selbst in irgendeiner Situation, sie sehen sich bei einem andern im Bett, sie sehen sich schwer verlacht und dergleichen.

Die Visionen sind entweder farblos, gleichsam Schwarz-Weiß-Kunst, oder haben die lebhaftesten Farben, sind bald flach in einer Ebene bald treten sie in allen drei Dimensionen plastisch auf, bald ruhig, bald sich bewegend, bald groß, bald verkleinert, bald in der Nähe, bald entfernt und verkleinert. Bald sind sie schön und fesselnd — f a s z i n i e r e n d e Halluzinationen. Oder sie werden auf die Tapete, die Bettdecke projiziert. Sie nehmen gewöhnlich das ganze Gesichtsfeld, seltener nur eine Hälfte desselben ein wie bei der Hemianopsie. Ebenso selten erscheint die Vision doppelt und vielfach (halluzinatorische Diplopie und Polyopie).

Es gibt auch unter normalen Verhältnissen Visionen, das sind die Gesichterscheinungen, welche kurz vor dem Einschlafen beim Schließen der Lider entstehen — h y p n a g o g i s c h e Visionen. Sie sind harmlos und nicht pathologisch, bilden aber ein interessantes Objekt der Beobachtung und des Studiums. Sie können auch zuzeiten durch den Willen hervorgerufen werden und sind ungemein wechselnd und unbeständig.

G e h ö r s h a l l u z i n a t i o n e n o d e r A k o a s m e n können ebenfalls elementar oder kompliziert sein. Erstere sind sehr mannigfaltig, Geräusche jeder Art, Flüstern, Läuten usw., die letzteren bestehen in Worten — Phoneme. Sie haben natürlichen, hohen oder tiefen Ton und Klangfarbe. An der letzteren wird der Redende erkannt: Männer, Kinder, Frauen, Bekannte und Unbekannte. Bald sind es einzelne Worte, wie Namen, Zurufe wie: tue dies und das — i m p e r a t i v e A k o a s m e n. Bald Sätze, bald ganze Gespräche. Bald ist der Inhalt freundlich und wohlwollend dem Kranken, bald feindlich und unangenehm für ihn und beschimpfend. Eine große Rolle spielen die Schimpfworte, welche der sexuellen Sphäre entlehnt sind. Die Worte werden leise oder laut gesprochen oder dem Kranken ins Ohr geschrien, so daß er sich die Ohren zuhält. Meist werden die Stimmen auf beiden Ohren gehört, selten auf einem

Ohr. Mitunter wechselt auch der Inhalt der Stimmen, es gehen Schimpf- und wohlwollende Reden durcheinander — konträre oder antagonistische Halluzinationen.

Wichtig für die Prognose der Sinnestäuschungen ist das Verhalten zu den im Augenblick beim Kranken vorhandenen Vorstellungen. Entsprechen sie denselben, so spricht man von vermittelten oder begleitenden Sinnestäuschungen. Der Kranke hört in diesem Fall seine Gedanken und spricht dann davon, daß seine Gedanken laut werden, auch daß die Gedanken ihm vor- oder nachgesprochen werden. Beim Lesen, besonders wenn leise gelesen wird, sprechen sie mit, beim Lesen werden sie ihm vorgesagt. Diese vermittelten Sinnestäuschungen sind durch Hypnose leicht zu beeinflussen in dem Sinne, daß sich in solchen Fällen leicht neue Halluzinationen suggerieren lassen. Entsprechen die Akoasmen dem augenblicklichen Vorstellungsbestand nicht, so sind die Sinnestäuschungen unvermittelt.

Lokalisiert werden Visionen und Akoasmen verschieden, bald in die Nähe, bald in die Ferne, bald in den eigenen Körper. Bewegt der Kranke den Kopf oder die Augen, so folgen die Visionen häufig seinem Blick, bei Nystagmus schwanken sie fortwährend hin und her. Gehörstäuschungen werden in ihrer Lokalisierung durch die Bewegungen und das Drehen des Kopfes nicht beeinflusst.

Auch auf dem Gebiet des Geruchs, des Geschmacks, der Berührungen gibt es Sinnestäuschungen.

Geruchshalluzinationen sind häufig mit Geschmackshalluzinationen vergesellschaftet, kommen aber eben so häufig auch isoliert vor. Der Geruch ist gleichsam ein modifizierter Geschmack. Gerüche nach Leichen, Toten, nach Schweiß, Rauch, Ruß gehören hierher. Auch angenehm empfundene Gerüche nach Blumen werden beobachtet, wenn auch nach meiner Erfahrung selten. Der unangenehme Gefühlston spielt bei allen Sinnestäuschungen die dominierende Rolle.

Eine sehr große Rolle spielen die haptischen oder Berührungshalluzinationen, die kinästhetischen oder Bewegungshalluzinationen, die

Vestibularhalluzinationen und die halluzinierten Organempfindungen. Es dürfte sich im Grunde bei allen um Bewegungstäuschungen handeln.

Die Berührungshalluzinationen können von der Hautoberfläche, einschließlich der Schleimhautoberfläche ausgehen (Stich, Stoß, Kuß, Umarmung, Brei im Munde, auf der Zunge). Sie täuschen in der sexuellen Sphäre vollständige Kohabitationsempfindungen vor. Auch Mißhandlungen der Genitalien werden halluzinatorisch empfunden. Die eigentlichen Bewegungstäuschungen, die kinästhetischen Täuschungen bestehen darin, daß die Kranken fühlen, wie ihnen ein Arm oder ein Bein gehoben wird. Auch die sensiblen Empfindungen, welche beim Aussprechen eines Wortes ausgelöst werden, können mobil werden und rückwärts von den Empfindungen her die Bewegungsempfindungen auslösen, so daß das Aussprechen eines bestimmten Wortes vorgetäuscht wird. Die Kranken fühlen dann, wie sie ein bestimmtes Wort aussprechen, ohne daß dies in Wirklichkeit geschieht. Die Vestibularhalluzinationen täuschen Lageveränderungen des Kopfes vor, da der Vestibularnerv Auskunft über die Lage des Kopfes im Raum gibt. Die Kranken glauben auf einem schwankenden Schiff zu sein und begleiten auch wohl die halluzinierten Bewegungen mit entsprechenden schwankenden Bewegungen des Körpers.

Auch kombinieren sich die Sinnestäuschungen eines Gebietes mit denen eines oder zweier anderer Sinnesgebiete. Solche zusammengesetzten Halluzinationen täuschen dann ganze Situationen und dramatische Handlungen vor, so besonders bei Alkoholikern, es wird ihnen dann „ein ganzes Theater vorgemacht“.

Die Entstehung der Halluzinationen ist die umgekehrte der normalen Empfindung. Bei der normalen Empfindung ist der Gang: R—E—V. Bei der Halluzination V—E. Von den Vorstellungszellen geht der Reiz zu den Empfindungszellen und erzeugt hier die zugehörige Empfindung, d. h. eine Halluzination, da R fehlt.

3. Die Illusion.

Bei ihr ist der äußere Reiz R vorhanden und das Krankhafte besteht darin, daß die Empfindung E demselben nur zum

Teil entspricht, die Empfindung ist, wie man sagt, transformiert oder, wie man auch sagt, der Kranke halluziniert etwas in die Empfindung hinein.

Illusionen kommen in allen Sinnesgebieten vor. Gesichtsimaginationen sind entweder in der Form oder in der Farbe oder in beiden zugleich transformiert. Eine besondere Gattung, welche zur Transformation der Form gehören, bilden diejenigen Illusionen, bei welchen die Objekte vergrößert oder verkleinert erscheinen. Auszuschalten muß dabei sein Astigmatismus und Netzhauterkrankungen, da bei beiden eine Metamorphose erscheint, die man als physiologische bezeichnen muß, ferner Akkomodationskrampf und Akkomodationsparese, da bei ersterer Makropsie, bei letzterer Mikropsie unter natürlichen Verhältnissen besteht. Es ist daher nötig, daß eine gründliche ophthalmologische Untersuchung vorangegangen ist. Als Illusion der Farbe dürfte z. B. das Rotsehen (Erythroopsie) der Epileptiker in der Aura anzusprechen sein; man müßte in diesem Fall eine Ermüdung der Netzhaut für die kurzwelligen Strahlen des Violetts annehmen, da dies die gewöhnliche Erklärung des Rotsehens ist, auch des Rotsehens nach Staroperationen. Eine Transformation der Form dürfte es sein, wenn den Kranken die Gesichter ihrer Umgebung verändert erscheinen. Schließlich gibt es auch eine Transformation, welche sich auf den Ort bezieht. Das sind die sogenannten kinetischen Illusionen. Sie bestehen darin, daß die ruhenden Gegenstände im Gesichtsfeld hin und her zu schwanken scheinen.

Unter den Gehörsillusionen spielt das Mißverstehen eine große Rolle. Unter den Berührungsimaginationen nehmen klinisch eine besondere Stellung ein die illusionären Organempfindungen, so, wenn von weiblichen Kranken Darmbewegungen als Kindsbewegungen transformiert, wenn der Körper oder Organe desselben als vergrößert oder verkleinert empfunden werden. Ich beobachtete einen Paralytiker, der mit dem ganzen Affektaufwand, dessen er noch fähig war, sagte: Ich bin so klein und dabei zwischen Daumen und Zeigefinger der rechten Hand eine Raumspanne von etwa 1 Zentimeter nahm; und eine weibliche Kranke, die an schwerer hypochondrischer Neurasthenie litt und behauptete, täg-

lich kleiner zu werden: „ich bin heute nur noch so groß, mein Rückgrat besteht ganz aus Gummi“ und diese Worte mit einem Ausdruck des Entsetzens begleitete, der in geradezu frappierender Weise an den klassischen Gesichtsausdruck des Entsetzens in der Maske der Randalinischen Meduse erinnerte.

Die Störungen der Vorstellungen.

Jede Vorstellung hat vier Haupteigenschaften: den Inhalt oder die Bedeutung, die Schärfe oder Deutlichkeit, den Gefühlston, die Intensität oder die Energie.

Störungen können sich beziehen auf den Erwerb und auf Erhaltung der Vorstellungen. Der Defekt im Erwerb von Vorstellungen kann sich auf den Erwerb unmittelbarer Erinnerungsbilder beziehen, dann handelt es sich um einen Merkddefekt oder es handelt sich um den mangelnden Erwerb allgemeiner Vorstellungen und dann handelt es sich um einen Abstraktionsdefekt. Je allgemeiner eine Vorstellung, um so schwerer wird sie erworben, besonders schwer zu erwerben sind diejenigen Vorstellungen, die auch als „abstrakte“ besonders bezeichnet werden. Solche sind z. B. Freiheit, Recht, Vaterland. Die Schwierigkeit im Erwerb besteht darin, daß je allgemeiner und zusammengesetzter die Begriffe sind, umso mehr Teilvorstellungen für dieselben im ganzen Gebiet der Hirnrinde zu erwerben nötig sind. Das Wort, das den Begriff bezeichnet, bildet gleichsam nur eine Abkürzung für seine zahlreichen Teilvorstellungen, aber um so schwerer ist der Erwerb seines Inhaltes und mit dem letzteren der Gefühlsbetonung.

Der Verlust an Vorstellungen d. h. Erinnerungsbildern stört ihren Bestand. Auch in gesunden Verhältnissen findet ein solcher statt, da die Ganglienzellen der Hirnrinde dem Einfluß des Stoffwechsels unterworfen sind und dieser Einfluß die materiellen Anlagen, jene erwähnten materiellen Reste in der Struktur der Ganglienzellen, verwischen. Dann verliert die Vorstellung zunächst ihre Schärfe und entspricht nicht mehr der ihr zu Grunde liegenden Empfindung und wird schließlich ganz verwischt. Aber diese Zerstörung ist eine allmähliche, lang-

same, erheblich schneller dagegen, wenn die normalen Stoffwechselforgänge noch durch krankhafte Vorgänge an den Ganglienzellen und den Assoziationsfasern unterstützt werden. Verliert ein Kranker in dieser Weise seine Gesichtsvorstellungen, so ist er *seelenblind*, er sieht, aber versteht nicht mehr das Gesehene, verliert er seine akustischen Erinnerungsbilder, so ist er *seelentaub*, er hört, aber versteht nicht mehr das Gesagte, verliert er seine taktilen Erinnerungsbilder so ist er *seelengefühllos*, er erkennt beim Betasten der Gegenstände dieselben nicht mehr. Bei Seelenblindheit ist die Rinde der lateralen Konvexität der Okzipitalwindungen zerstört, bei Seelentaubheit (sensorische Aphasie Wernicke) die Rinde der letzten zwei Drittel der linken oberen Schläfenwindung, bei Verlust der kinästhetischen Bewegungsempfindung wahrscheinlich die Rinde des oberen Scheitelläppchens und des Präcuneus.

Handelt es sich um diffuse Zerstörungen der Hirnrinde so werden auch alle anderen Begriffe, die konkreten, die Begriffe der Beziehung, welche sich schon früh beim Kinde bilden und die allgemeinen Begriffe, welche sich erst spät bilden, verloren gehen. Und zwar gehen bei diesem Prozeß die Vorstellungen der Jüngstvergangenheit, die sich durch Wiederholungen noch nicht so fest gehäkelt haben, eher verloren als die Vorstellungen der Längsvergangenheit, welche sich durch häufige Reproduktionen fester eingestellt haben. Dieses Gesetz heißt nach Ribot das „Gesetz des rückschreitenden Erinnerungsverlustes“ (*loi de la regression*). Ebenso ist es mit Reihen von Erinnerungsbildern, z. B. eines Erlebnisses, der Straßen einer Stadt, das Ein mal Eins. In all diesen Fällen handelt es sich als Ursache um Zerstörung von Ganglienzellen, in denen die Erinnerungsbilder deponiert sind. Ebenso können aber auch die Assoziationsfasern zerstört werden und zwar in erster Linie zerstört werden. So erkennt z. B. ein Kranker, der an *optischer Aphasie* leidet, die Gegenstände, findet aber nicht den Namen, dagegen, betastet er die Gegenstände, so findet er von hier aus das Wort, da die Assoziationsfasern von der Fühlphäre über das sensorische Sprachzentrum zum motorischen Sprachzentrum erhalten, diejenigen von der optischen Sphäre über das sensorische

Sprachzentrum zum motorischen Sprachzentrum zerstört sind. Denn jedesmal wird auch das Klangbild mobil.

Unter **Vergeßlichkeit** versteht man gewöhnlich den Verlust der konkreten Erinnerungsbilder.

Tritt der Verlust einer Reihe von Erinnerungsbildern ein, die auf irgend eine Weise zusammengehören, zeitlich oder örtlich, so spricht man von **Amnesie**. Sie ist dadurch charakterisiert, daß sie auf eine ganz bestimmte zeitliche Strecke beschränkt ist, die länger oder kürzer sein kann. Für diese fehlt entweder jede Erinnerung und dann spricht man von **totaler Amnesie**, ist die Erinnerung noch teilweise erhalten, sind einzelne Erinnerungsbilder stehen geblieben, von **partieller oder summarischer Amnesie**. Solche Amnesien kommen vor bei epileptischen und hysterischen Dämmerzuständen, nach Kohlenoxydgasvergiftungen, nach Erhängungsversuchen, nach schwerem Rausch, nach schweren Gehirnerschütterungen, nach Trauma, nach schweren Affektstößen. Mitunter reicht hier die Amnesie noch über die Zeit des schädigenden Momentes hinaus, nach vorn — **retrograde Amnesie** — sowohl als nach hinten — **anterograde Amnesie**. Es kann auch geschehen, daß die Erinnerung unmittelbar nach dem Unfall noch erhalten ist und dann erst allmählich schwindet — **retardierte Amnesie**. In manchen Fällen läßt sich eine **retardierte anterograde Amnesie** feststellen, wie sie von italienischen Psychiatern zuerst beobachtet ist.

Es gibt noch eine sehr interessante Störung des Gedächtnisses, die man nach französischem Vorgang **alternierende Bewußtseinszustände** nennt. Sie besteht darin, daß die Erinnerung an die Erlebnisse in früheren Dämmerzuständen in späteren Dämmerzuständen sich mehr oder weniger wieder einstellt, während sie in der Zwischenzeit, den luciden Intervallen, verloren ist. Ich beobachtete einen erblich belasteten, alkoholintoleranten jungen Mann von einigen 20 Jahren, der nach ganz geringem Alkoholgenuß Dämmerzustände, pathologische Rauschzustände bekam, in denen er der Mutter vom Nähtisch farbige Wolle entwendete, die diese für ihre Handarbeiten verwendete, und dieselben an irgend einem Ort versteckte. Als die Mutter es entdeckt, ist der junge Mann im luciden Intervall. Gefragt ob er vielleicht die Wolle ge-

nommen, lehnt er entschieden ab und als der erste Unwille über die ihn kränkende Frage vorüber ist, bestreitet er auch weiter, in ganz glaubwürdiger Weise jemals sich mit der Wolle auf dem Nähtisch der Mutter beschäftigt oder nur ein Interesse an derselben gehabt zu haben. Beim nächsten Dämmerzustand fragt die Mutter zufällig, fast wie im Scherz, wieder nach der Wolle, da sie gerade am Nähtisch sitzt und mit der Stickerei beschäftigt ist. Da klettert der Kranke ohne sich zu besinnen ganz behende auf einen Stuhl, langt auf einen alten Schrank hinauf, holt die Wolle aus einer entlegenen Ecke und bringt sie der erstaunten Mutter. In solchen Fällen kann die Amnesie nicht auf dem Verlust von Erinnerungsbildern beruhen, sondern nur auf der fehlenden assoziativen Verknüpfung zwischen den Erinnerungsbildern des Dämmerzustandes und den Erinnerungsbildern der luziden Intervalle.

Es gibt aber nicht nur Verluste an Erinnerungsbildern, sondern es gibt auch Fälschung der Erinnerungsbilder. Wenn man weiß, daß die Erinnerungsbilder in unserer Hirnrinde in ausgedehnter assoziativer Verknüpfung stehen, so ist es leicht verständlich, daß diese assoziative Verknüpfung in krankhafter Weise gestört werden kann, so daß es zu Erinnerungsentstellungen kommt. Andererseits kommt es zu Erinnerungsfälschungen, indem Erinnerungsbilder assoziativ mit einander verknüpft werden, deren zu Grunde liegenden Empfindungen auch nicht im Entferntesten assoziativ verknüpft gewesen ist. Ein Paralytiker berichtete von Jagden, die er zusammen mit Kaiser Wilhelm als Gast des Zaren in Rußland mitgemacht habe und malte die Einzelheiten seiner fingierten Erlebnisse plastisch in sehr gehobenem Selbstgefühl aus. Die Anschuldigungen hysterischer Weiber gegen Ärzte, die sie in ihrer Sprechstunde ohne Anwesenheit dritter konsultiert haben, sie hätten Mißbrauch mit ihnen getrieben, gehört ebenfalls hierher. Das Hysterische läßt sich in solchen Fällen doch auch in ganz verzweifelten Fällen nachweisen. Ich entsinne mich eines Falles, den Ziehen als Obergutachter zu beurteilen hatte. Es handelte sich um einen Arzt, der allerdings in dem angeschuldigten Punkt zu wünschen übrig ließ, aber auf das Bestimmteste die Beschuldigung zurückwies.

Z. ließ sich nun von dem Mädchen genau den Vorgang, wie er stattgefunden haben sollte, erzählen, und stenographisch verbotenes niederschreiben. Dann wiederholte er dies unauffällig nach einiger Zeit und nach längerer Zeit noch einmal. Aus dem zuerst geschilderten Vorgang war eine ganze romantische Geschichte geworden mit dem ganzen Zubehör einer Liebesgeschichte, so wie es nur Hysterische, deren ganz spezielles Ressort Erinnerungsentstellungen und Erinnerungsfälschungen sind, mit ihrer lebhaften Phantasie zu Stande bringen. Auf diese Weise war es möglich, durch den der heutigen Wissenschaft entsprechenden stringenten Nachweis der hysterischen psychopathischen Konstitution einen unschuldig Beschuldigten zu retten. Auch der Korsakoffsche Symptomenkomplex, der aus Erinnerungstäuschungen verbunden mit Merkdefekt besteht, mit oder ohne Polyneuritis, gehört hierher, da das klinisch am meisten Hervortretende der zuweilen ganz ungläubliche Merkdefekt ist. Eine Potatrix strenua, Frau eines Weinreisenden, lag in der Klinik mit schwerer Pyloneuritis alcoholica. Sie hatte Besuch von ihrem Manne, der ihr einen Strauß brachte und auf den Nachttisch setzte. Der Strauß war auffallend hübsch und geschmackvoll und zog in Folge dessen unwillkürlich die Blicke auf sich. Als ich eine Stunde darauf die Kranke bei der Visite sah und sie in Bezug auf ihre Merkfähigkeit möglichst unauffällig explorierte, hatte sie auch nicht die geringste Erinnerung mehr und als ich auf den Strauß wies, starrte sie denselben an und wußte nicht, daß derselbe vor ihrem Bett stand.

Eine schwere Störung der Vorstellungen, die speziell in einer Störung der Gefühlstöne der Vorstellungen besteht, ist der Verlust des Bekanntheitsgefühls. Die Gefühlsempfindungen der Vorstellungen bilden einen besonderen Sinn, der an die graue Hirnrinde geknüpft ist. Bei schweren geistigen Erschöpfungen, die noch in der physiologischen Breite liegen können, ferner bei Melancholikern ist dies zu beobachten. Die Kranken fühlen sich gedrückt, fremd in ihren gewohnten vier Pfählen, ihre Angehörigen sind ihnen gleichgültig. Im allgemeinen geben solche Fälle keine ungünstige Prognose, nur neigen sie zu Rezidiven.

Störungen der Ideenassoziation.

Zu jeder Ideenassoziation ist eine gewisse Zeit nötig, innerhalb deren sich dieselbe vollzieht, die Assoziationsgeschwindigkeit, auch Assoziationszeit benannt. Ferner ist nötig ein Zusammenhang zwischen den verknüpften Vorstellungen in der Weise, wie es geschildert ist, der Assoziationszusammenhang, damit verknüpft ist ein Fortschreiten der Assoziation. Voraussetzung dieser drei Eigenschaften sind normale Beziehung zur Außenwelt. Eingeleitet wird die Ideenassoziation durch den Akt des Wiedererkennens und den Akt des Aufmerkens. Von letzterem ist bereits gesprochen. Störungen des Wiedererkennens können veranlaßt werden durch das Fehlen der Erinnerungsbilder, durch Transformierung derselben zu Illusionen, durch Verlangsamung der Rindenassoziationen, die soweit gehen kann, daß vollständige Dissoziation oder Inkohärenz der Vorstellungen eintreten kann und schließlich durch Wahnvorstellungen, welche es verhindern, daß die erste Vorstellung, welche der Empfindung folgen müßte, zurückgedrängt wird. Erstreckt sich die Inkohärenz auf Ort und Zeit, eigenes Personal und die Personen der Umgebung, so sagt man, der Kranke ist nicht orientiert. Der Affekt der Unorientiertheit ist die Ratlosigkeit. Da die Kranken in diesem Zustand die vorgelegten Gegenstände falsch bezeichnen, machen sie den Eindruck eines Paraphasischen, während in Wirklichkeit die allgemeine Inkohärenz auch auf die sprachlichen Assoziationen übergegangen ist (Pseudoparaphasie).

Eine Störung des Wiedererkennens kann schließlich noch eintreten durch das, was man Empfindungsspiegelung oder identifizierende Erinnerungstäuschung (Kraepelin) genannt hat. Sie nimmt denselben Rang am Anfang der Ideenassoziation ein wie in ihrem weiteren Verlauf die Konfabulationen der Kranken. Der Kranke glaubt die Situation, in der er sich im Augenblick befindet, schon einmal durchgemacht zu haben. Das kommt auch bei Gesunden

vor n a c h Erschöpfung sowohl als o h n e Erschöpfung. Ich er-
innere mich z. B. einer Dame, die zum ersten Male eine Rund-
fahrt auf den Havelseen machte und sagte: mir ist so dunkel,
als hätte ich dies alles schon einmal durchgemacht.

Die Assoziationszeit kann beschleunigt: Ideen-
flucht oder verlangsamt sein: Denkhemmung. Das
Charakteristikum für die Ideenflucht ist
das hastige Sprechen, die Logorrhöe und das
schnelle Gestikulieren als Ausdrucksbe-
wegung hierzu. Sie ist eine Teilerscheinung
der allgemeinen motorischen Agitation oder
des Bewegungsdranges. Zu unterscheiden
ist davon die Verbigeration, das unendliche
Permutieren einiger weniger Begriffe oft
stundenlang, das gerade eine Teilerscheinung der Per-
severation bildet. Das Symptom ist zuerst von Kahlbaum
1874 in seiner Monographie über die Katatonie beschrieben und
dann von Neißer 1890 genauer studiert (Allgem. Zeitschrift
f. Psychiatrie 1890 Bd. 46 S. 168 ff.).

Die Denkhemmung

wird begleitet von Hypovigilität und motorischer
Hemmung. Die Hypovigilität hat ihren Grund
in der Verlangsamung des Wiedererkennens,
die motorische Hemmung in der Verlangsa-
mung oder Aufhebung der willkürlichen Be-
wegungen. Zu den willkürlichen Bewegungen
gehört auch die Sprache als Ausdrucks-
mittel für die psychischen Vorgänge an der
Hirnrinde. Sie ist verlangsamt oder auf
abortive Mundbewegungen reduziert. Auch
die Muskulatur, welche zum Phonieren dient,
ist gehemmt, der Kranke flüstert nur. Und
in letzter Instanz versagt die Sprache ganz,
es besteht Mutismus, die Muskulatur der
Sprache ist durch die psychische Hemmung
ganz gehemmt, der Kranke ist stumm, muta-
cistisch.

An der Skelettmuskulatur markiert sich die Denkhemmung in zweifacher Weise entweder als Resolution oder vollständiger Entspannung oder in mehr oder minder ausgesprochener Spannung aller oder einiger Muskeln. Bei der Resolution ist die Muskulatur schlaff, der eben erhobene Arm fällt schwer wie der Arm eines Leblosen auf die Unterlage. Bei der Spannung hat das Umgekehrte statt, der Arm ist nur mit Kraftaufwendung aufzuheben oder es ist überhaupt nicht möglich. Diese höchsten Grade der Spannung heißen katatonische Spannung oder katatonischer Stupor oder Attonität. Sind nur einige Muskeln in katatonischer Spannung, so entstehen die eigentümlichsten und sonderbarsten Stellungen. Es geht noch, wenn einfache Typen wie Flexion oder Extension vorherrschen, aber die bizarrsten Formen entstehen, wenn die Spannung regellos über die Skelettmuskulatur verteilt ist. Bald befindet sich z. B. der Kopf in Emprostotonushaltung, bald in Opisthotonus, die Zähne sind aufeinander gepreßt, daß man glauben könnte, Trismus vor sich zu haben, sprächen nicht die übrigen Symptome dagegen, die Stirn ist gerunzelt, bald wagerecht, bald senkrecht, die Augen sind weit aufgerissen und sehen gerade aus auf einen Punkt ins Leere, die Augenachsen sind parallel, in anderen Fällen sind die Augen fest zusammengekniffen wie die Kiefer. Dabei besteht Abstinenz und Verunreinigung mit Kot und Urin. Schmerzreize wie tiefe Nadelstiche lösen höchstens ein Augenzwinkern aus. Auch Drohbewegungen bleiben ohne Resultat („Jetzt steche ich mit dieser Nadel in Ihr Auge“, K r a e p e l i n). Auf Anruf erfolgt keine Reaktion, noch weniger auf Fragen: Mutismus.

Eine ähnliche Spannung läßt sich künstlich erzeugen und wird Katalepsie oder Flexibilitas cerea genannt. Sie besteht darin, daß man ein Glied des Kranken, Arm oder Bein, in eine erzwungene Stellung bringt, ihn gleichsam formt und biegt als wäre er von Wachs. Das Glied bleibt dann längere Zeit, zuweilen stundenlang, in dieser künstlich gegebenen Stellung. Bringt man das Glied dann in eine andere Stellung, so wiederholt sich die Szene. Die in einem solchen Fall von dem erhobenen Gliede aufgenommene myographische Kurve läßt die gröberen Zitterbewegungen ganz vermissen.

Mitunter kommen Kranke der beabsichtigten Stellung zuvor dadurch, daß sie von selbst in dieselbe kurz vorher gehen oder auch die gegebene Stellung von sich aus modifizieren. Das ist die *Pseudoflexibilitas cerea* oder *Pseudokatalepsie*.

Die Störungen des Zusammenhanges der Ideenassoziation faßt man unter dem Namen der Dissoziation oder der Inkohärenz zusammen. Der letztere Name ist wohl der geläufigere. Zunächst können die dominierenden Vorstellungen des normalen Denkens fehlen und der Zusammenhang lockert sich. In schwereren Fällen löst sich auch der Zusammenhang der Nachbarglieder und in den schwersten Fällen besteht überhaupt kein irgendwelcher Zusammenhang mehr. Vorstellung steht unmittelbar neben Vorstellung. Jeder assoziative Zusammenhang fehlt. Auch die an die Empfindung sich anlehrende erste Vorstellung sowie die Übertragung ins Motorium ist dissoziiert, ist inkohärent. Daher die Störung des Wiedererkennens, Verkennen von Personen und Gegenständen. Der Arzt ist heute dieser, morgen jener. Gegenstände werden falsch bezeichnet und falsch gebraucht (*Pseudoparaphasie* und *Pseudopraxie*). Einen Teil dieser Inkohärenz bildet die schon erwähnte *Unorientiertheit*. Die Hemmung oder Trägheit der willkürlichen Handlungen ist die Folge des Übertrittes der Inkohärenz auch in die motorische Zone. In leichteren Fällen bleibt es bei einer Verlangsamung der Handlungen, in vorgeschrittenen Fällen kommt es zu Willensschwäche und Unschlüssigkeiten, *Abulie*, in den schwersten Fällen zu *Resolution* oder *Attonität*. In etlichen Fällen zu längere Zeit sich stereotyp wiederholenden Handlungen, die man *katatonische* deshalb nennt. Solche sind z. B. das Wiegen des Rumpfes in frontaler oder sagittaler oder diagonaler Ebene. Andere stereotype Bewegungen sind das Drehen im Kreise, die Reitbahnbewegungen.

Ein gutes Bild der verschiedenen Grade der Inkohärenz gibt die ebenfalls zur motorischen Zone gehörige *Sprache*.

Bei leichteren Graden ist nur der Zusammenhang der Sätze gestört, die Kranken versprechen sich leicht, in schwereren auch der Zusammenhang der Worte, es kommt zum Agrammatismus oder Akataphasie. In den schwersten Fällen leidet auch der Zusammenhang der Silben und Buchstaben, es kommt zu sinnlosen Wortkombinationen, zum Wortsalat. Dasselbe wiederholt sich beim Schreiben, wenn man so glücklich ist, den Kranken hierzu zu bewegen.

Auch das Mienenspiel als Teilerscheinung der motorischen Hemmung nimmt Teil an der allgemeinen Inkohärenz. Es ist entweder ganz tot oder Vorstellung und Gesichtsausdruck stehen in diametralen Gegensatz, es kommt zur Paramimie.

Hypovigilanz, Denkhemmung und motorische Hemmung faßt man zusammen zu dem Begriff des Stupors, Unorientiertheit, Inkohärenz des Vorstellungsablaufes und motorische Inkohärenz zu dem Begriff der Verwirrtheit.

Weitere Störungen der Ideenassoziation bilden die überwertigen Vorstellungen (Wernicke) und die größten die Wahnvorstellungen. Sie stören andererseits auch den Fortschritt der Ideenassoziation.

Auch beim Gesunden gibt es überwertige Vorstellungen, dieselben haben aber normale Gefühlsbetonung, die der Kranken unterscheiden sich durch fehlende Gefühlsbetonung, es sind dazu gewöhnlich ganz triviale Vorstellungen, die sich zwangsweise in den normalen Ablauf einschleichen, sie heißen deshalb auch Zwangsvorstellungen. Dabei ist beim Kranken immer Krankheitseinsicht vorhanden. Von ihnen ist noch weiter zu reden.

Die Wahnvorstellung ist vom Standpunkt der Assoziationspsychologie als eine Störung der Assoziation und des Fortschritts der Vorstellungen zu bezeichnen. Sie unterscheidet sich von der Zwangsvorstellung dadurch, daß bei der Wahnvorstellung keine Krankheitseinsicht besteht, und daß sie un-

k|**orrigierbar** ist. Ziehen nennt die Wahnvorstellung einen **pathologischen Irrtum**, weil ihre Vorstellungsverknüpfung nicht den **Tatsachen** der Außenwelt entspricht.

Die Wahnidee kann entstehen

1. **primär**, vielleicht im Anschluß an eine normale Empfindung. Die französischen Psychiater bezeichnen die primäre Wahnidee als *Délire d'emblée*;
2. auf Grund von krankhaften Empfindungen, wie Halluzinationen, Illusionen;
3. aus der Herübernahme aus einem Traum;
4. aus einer Affektstörung als deren Erklärung;
5. dadurch, daß sie sich komplementär an eine andere Wahnidee anschließt.

Nach ihrem Inhalt eingeteilt, zerfallen sie in **makromanische** oder **Größen-Vorstellungen** und in **mikromanische** oder **Kleinheits-Vorstellungen**.

Die Größenvorstellungen wechseln außerordentlich. Eine Gruppe ist aus ihnen auszuscheiden: die sogenannten schwachsinnigen Größenideen. Sie haben folgende Kriterien: sie wechseln sehr schnell, sie sind durch suggestive Fragen zu steigern, der Kranke merkt nicht den Widerspruch zwischen seiner Lage und seinen Größenideen. Ein weiteres Kriterium liegt in der Art des Wechsels. Der Kranke ist z. B. in dem einen Augenblick Gott, Obergott, in dem nächsten ist er die Jungfrau Maria, und nach einem andern Generalfeldmarschall Soundso.

Die Kleinheitsvorstellungen lassen sich einteilen in

1. **Versündigungsvorstellungen**,
2. **Krankheitsvorstellungen** oder **hypochondrische Vorstellungen**,
3. **Verarmungsvorstellungen** und
4. **Verfolgungsvorstellungen**.

Die Wahnvorstellungen treten also ganz plötzlich auf, im Anschluß an eine normale Empfindung, an eine Halluzination oder Illusion oder ganz frei als wahnhafte Einfälle. Ihr weiteres Schicksal ist sehr verschieden. Sie sind entweder flüchtig, wechseln oder verschwinden. Oder sie entwickeln sich langsam und haben dann Neigung sich zu fixieren. Haben sie sich fixiert, so systematisieren sie sich, es kommt zu komplementären Wahnideen, Größenvorstellungen ziehen Vorstellungen der Verfolgung nach sich, ebenso die hypochondrischen.

Zu den Störungen der Ideenassoziationen gehören weiter die Erinnerungsentstellungen und die Erinnerungstäuschungen, von denen bereits gesprochen worden ist.

Störungen der Ideenassoziation sind zuletzt

Die Dämmerzustände.

Sie haben vier Kriterien:

1. haben sie brusken Beginn und jähen Schluß,
2. ist ihre Dauer im Vergleich mit der eigentlichen Psychose kurz,
3. ist für sie die Erinnerung an die Erlebnisse während des Dämmerzustandes nach dem Abklingen erloschen, es besteht Amnesie,
4. sind Orientierung und Zusammenhang der Vorstellungen gestört und bestehen gewöhnlich Halluzinationen und Wahnvorstellungen.

Solche Dämmerzustände kommen vor vor allem bei der Epilepsie und bei der Hysterie, weiter nach Traumen, nach Vergiftungen, z. B. nach solchen mit Kohlenoxydgas, wie nach Erhängungsversuchen, nach Affekten, bei Neuralgien besonders der Interkostal- und der Trigeminusneuralgien, im Verlauf schwerer Migräneanfälle und als angioparalytische und angiospastische Dämmerzustände. Die angioparalytischen hat man früher auch

Mania transitoria genannt, die letzteren werden beobachtet bei Herzfehlern und Anämien.

Zu den angiospastischen Dämmerzuständen gehört auch der *Raptus melancholicus*, der früher zur Melancholie gestellt wurde. Derselbe dauert bald nur einige Minuten, bald einige Stunden. Das hauptsächlichste Symptom, die Angst, bricht blitzartig über den Kranken herein und führt zu Gewalttätigkeiten gegen sich oder seine Umgebung. Es kommt zu Selbstmord, Mord, Zertrümmerungen von Gegenständen, sinnlosem Fortlaufen. Der Puls ist in solchen Fällen klein und frequent, die Art. radialis drahtförmig zusammengezogen. Hinterher besteht mehr oder weniger ausgesprochene Amnesie.

Störungen der Ideenassoziation sind auch

Die Zwangsvorstellungen.

Sie sind „überwertige Vorstellungen“, Vorstellungen, die eine größere „Energie“ besitzen als die übrigen zum normalen Ablauf der Vorstellungen gehörigen. Sie sind schon im Jahre 1866 von *Morrel* unter der Bezeichnung *Délire émotif* beschrieben, 1867 nennt sie *Krafft-Ebing* als der erste „Zwangsvorstellungen“, 1868 spricht von ihnen *Griesinger* im ersten Bande seines Archivs, 1877 und 1878 nimmt der ältere *Westphal* in der Berliner klinischen Wochenschrift und im Archiv für Psychiatrie sie wieder auf, 1892 nennt sie *Wernicke* in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift „überwertige Vorstellungen“, die neueren französischen Psychiater sprechen von *obsession*, eine Bezeichnung, die sich auch ins Deutsche eingeschlichen hat, wenn man, wie *Ziehen* es tut, die Zwangsvorstellungen auch „obsessive Vorstellungen“ nennt.

Die Zwangsvorstellungen sind eine Verbindung von Vorstellungen, welche ebensowenig den Tatsachen entspricht, als die Wahnidee. Das ist das Gemeinsame, welches beide haben. Der Unterschied ist aber der, daß die Wahnidee nicht durch berichtigende Urteilsassoziationen korrigiert wird, während das bei der Zwangsvorstellung geschieht. Da sie mit einem Gefühl der Angst auftreten, das einem Gefühl der Befreiung weicht, wenn der Kranke ihnen nachgibt, so hat man sie auch Phobien genannt. So spricht man von *Mysophobie*, wenn die Furcht

vor Beschmutzung der Hände auftritt, von Erythrophobie, wenn die Furcht zu erröten besteht, von Agoraphobie bei Angst über einen freien Platz zu gehen, Klaustrophobie, der Empfindung eines engen Raumes, Aichmophobie, Furcht vor spitzen Gegenständen. Die Kranken empfinden das Zwingende als etwas ihnen Fremdes, sind aber nicht imstande, diese Gedanken infolge ihrer Überwertigkeit los zu werden, und man muß im Sinne der Assoziationspsychologie annehmen, daß sie durch irgendeinen pathologischen Umstand, der uns unbekannt ist, vielleicht eine besondere Konstellation, eine abnorme Gefühlsbetonung, eine größere Intensität oder Energie bekommen und dadurch wiederkehren. Die Zwangsvorstellungen sind stets negativ betont, die Kranken fühlen sie als „Störungen“ ihres Denkens und empfinden den Zwang als Qual.

Die Angst kann der Zwangsvorstellung voraufgehen und die Phobie bildet dann ihre nachfolgende Erklärung, oder die Angst geht der Zwangsvorstellung von Anfang an parallel.

Eine besondere Form der Zwangsvorstellungen ist diejenige, welche in Frageform auftritt, die Grübel- und Frage-sucht, das ist die folie du doute von Legrand du Saulle. Sie ist nicht zu verwechseln mit der Zweifelsucht, délire de doute. Die Frageform bezieht sich auf ganz Nichts-sagendes, Gleichgültiges. Das gewöhnliche Beispiel ist: Warum hat der Tisch vier Beine? Hierher gehört auch die Sucht zu zählen, z. B. Straßenschilder, Fenster, die Muster einer Tapete, Pflastersteine, das ist die Arithmomanie Magnan's wobei zu bemerken ist, daß diese Sucht, dieser Trieb natürlich nichts mit der affektiven Psychose der Manie zu tun hat und nicht mit ihr verwechselt werden darf. Weiter gehört hierher das zwangsweise Hervorstößen obszöner Worte, die Koprolalie, oder das zwangsweise Nachsprechen eines gehörten Wortes, die Echolalie. Hierher gehört auch das ganz unmotiviert Hervorstößen eines beliebigen Wortes, die Embolophrasie.

Zwangsvorstellungen erscheinen zuweilen ganz allein als klinisches Bild und man spricht dann von einer Geistes-störung aus Zwangsvorstellungen, von Zwangs-

irresein. Sie kommen aber auch untermischt mit andern klinischen Symptomen vor bei der Neurasthenie, der Melancholie, namentlich oft aber bei der hereditären psychopathischen Konstitution, vereinzelt bei Hysterie und Epilepsie.

Besteht bei den Zwangsvorstellungen das Gefühl des Zwanges, so gibt es auch überwertige Vorstellungen, bei denen jedes Bewußtsein einer Krankheit fehlt. Diese überwertigen Vorstellungen ohne Krankheitsbewußtsein und ohne Zwangsgefühl nennt Ziehen im Anschluß an eine Benennung des früheren Königsberger Psychiaters Meschede phrenoleptische Vorstellungen und hat aus seiner Klinik einen solchen Fall durch Stabsarzt Rauschke beschreiben lassen, den ich Gelegenheit hatte, mit beobachten zu können. Es handelte sich um einen Soldaten, der fahnenflüchtig geworden war und sich auf dem Heuboden versteckt hatte. Meschede nannte dies (Allg. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 28 S. 390) Phrenoleptisches Irresein. Diese phrenoleptischen Vorstellungen haben häufig hypochondrischen Inhalt mit oder ohne sekundärer Angst, noch häufiger haben sie motorische Tendenz. Die Kranken fühlen einen „Drang“, dem sie nachgeben müssen ohne gegen ihn anzukämpfen, wie es derjenige tut, welcher Zwangsvorstellungen hat. Dem Phrenoleptischen fehlt daher auch jenes Gefühl der Erleichterung und Befriedigung, das der mit Zwangsvorstellungen behaftete nach der Tat hat. Solche phrenoleptischen Vorstellungen können nur momentan oder auch periodisch auftreten. Treten sie momentan auf, so spricht man auch wohl von impulsivem Irresein. Sie können bestehen in dem Ausstoßen einzelner Worte oder beschränken sich auf motivlose Wanderungen, die fugues der französischen Psychiater. Diese fuges unterscheiden sich dann von den poriomanischen Dämmerzuständen der Epileptiker nur durch die fehlende Amnesie.

Auch periodisch können phrenoleptische Zustände auftreten. Pilcz nennt sie in seinen Periodischen Geistesstörungen (Jena 101) Periodische Monomanien. Dahin gehören außer der periodischen Wandersucht die triebartige Trunksucht,

die *Dipsomanie*. Voraussetzung für eine solche Feststellung ist, daß die sehr genaue und umsichtige Analyse eine periodische Manie, eine periodische Melancholie, oder rezidivierende epileptische und hysterische Dämmerzustände ausschließen läßt (vergl. G a u p p, die Dipsomanie, Jena 1901). Dem dipsomanischen Anfall geht häufig ein Prodromalstadium mit Reizbarkeit, Depression, allgemeiner Unruhe, Schlaflosigkeit, Angst vorher. Daran schließt sich der „Drang“ nach Spirituosen und der Alkoholexzeß erfolgt. Dabei kommt es nicht zum regelrechten Rausch. Der Dipsomane schließt sich dabei ein oder geht von Kneipe zu Kneipe. Nach mehr oder weniger langer Zeit endet der Anfall kritisch und es erfolgt zuweilen tiefer Schlaf. In Folge des übermäßigen Alkoholgenusses stellen sich Magen-Darmbeschwerden ein, die zu einem mehrtägigen Depressionszustand führen. Selbstvorwürfe fehlen nicht. Auch Abstinenzerscheinungen werden beobachtet, die an *Del. tremens* erinnern. Die Erinnerung ist nach Absolvierung des Anfalles wenigstens für den Anfang erhalten, für den weiteren Verlauf allerdings nicht rein, was wohl als Folge der Alkoholintoxikation aufzufassen ist.

Auszuschalten aus der Gruppe der Dipsomanen ist jene Gruppe, welche aus *Willensschwachen* besteht, die in gewissen Zwischenräumen der Verführung zum Trinken unterliegen und, wenn sie ins Trinken hereingeraten sind, nicht im Stande sind, sich wieder loszureissen (*Pseudodipsomanie*).

Anreihen möchte ich hier, trotzdem es gewöhnlich nicht zu den Zwangsvorstellungen gerechnet wird, aber doch zuweilen den Eindruck einer solchen hervorruft, das *Délire des négations*. Die Kranken sprechen Alles in verneinenden Sätzen aus. Es kann auftreten wie die Zwangsvorstellung unter anderen Symptomen und dann als eigene Krankheit an sich. Es ist zuerst von Cotard im Jahre 1880 beschrieben, dann hat es Baillarger bei der *Dementia paralytica* entdeckt und schließlich hat ihm Séglas eine kleine Monographie gewidmet.

Die Störungen des Handelns oder der Handlungen.

Es wurde bemerkt, daß die Handlung das Schlußglied der Ideenassoziation bildet, das außerhalb der intrapsychischen Strecke liegt. Sie ist schon zum Teil berührt worden. Die motorische Aktion kann beschleunigt sein, motorische Agitation, sie kann herabgesetzt sein, motorische Hemmung, ist sie ganz aufgehoben, motorischer Stupor. Dazu kommen die Veränderungen in der Sprechweise, in der Mimik und der Gestikulation.

Das Handeln kann beeinflußt sein durch Störungen der Empfindungen, durch Störungen in der Bildung und Erhaltung der Erinnerungsbilder, durch Störungen der Ideenassoziation, durch Affektstörungen.

Von den Störungen durch Empfindungen sind besonders die Halluzinationen wichtig. Es läßt sich kurz sagen, ein Kranker mit akut auftretenden Halluzinationen verhält sich anders als ein Kranker, der seine Sinnestäuschungen schon jahrelang hat. Der erstere hat Affekte, der letztere kaum noch. Er hat es aufgegeben, für seine Halluzinationen zu kämpfen, ist gleichsam affektlos geworden, hat gelernt, seine Sinnestäuschungen zu ignorieren. Nur eine gelegentliche Bewegung mit einem Arm oder mit den Lippen gibt Kunde, daß die Sinnestäuschungen noch nicht verschwunden sind.

Sehr wichtig besonders für die forensische Beurteilung der Handlungen sind die Störungen, die durch mangelnde Bildung und Erhaltung der Erinnerungsbilder hervorgerufen werden. Z i e h e n nennt Handlungen, denen die psychische Motivierung fehlt, weil die zugehörigen Vorstellungen entweder überhaupt nicht gebildet oder im Verlauf einer Psychose verloren gegangen sind, wegen ihrer pathologischen Einfachheit D e f e k t h a n d l u n g e n. Sind die Vorstellungen wirklich vorhanden, seien es solche einfacher konkreter Gegenstände, seien es höhere abstrakte Vorstellungen, namentlich solche, die auf ethischem Gebiet liegen, so besteht das Pathologische darin, daß die in Frage kommenden Vorstellungen nicht den normalen Gefühls-

ton besitzen und daher z. B. der Diebstahl eines Gegenstandes einer Uhr begangen wurde.

Die Ideenassoziation hat auf die Handlungen sichtbaren Einfluß durch ihre Beschleunigung, durch ihre Hemmung und durch ihre Inkohärenz. Die motorische Aktion kann sich in größerer Zahl, mit größerer Schnelligkeit und mit größerer Energie vollziehen. Das Alles heißt Beschleunigung der Handlung, krankhafter Bewegungsdrang. Anteil hieran nimmt auch Mimik, Gestik, Sprache. Die Steigerung des Mienenspiels kann bis zum Grimassieren gehen, der Rededrang bis zur Logorrhöe. Der höchste Grad der Beschleunigung ist die Tobsucht. Mit der Logorrhöe nicht zu verwechseln ist die Verbigeration, das stereotype Wiederholen von Worten und Sätzen.

Hemmung der Handlungen kann sich in zwei verschiedenen Formen aussprechen, in der völligen Resolution der Körpermuskulatur oder in einer gleichmäßigen Spannung, der katatonischen Spannung, deren höchste Grade auch Attonität genannt werden. Ein Ausdruck psychischer Hemmung ist auch die Stereotypie, bilden die stereotypen Handlungen, die man daher auch katatonische Bewegungen genannt hat. Diese bestehen gewöhnlich im Wiegen des Oberkörpers in sagittaler oder frontaler oder diagonaler Ebene, wie ich eben an einem Kranken beobachtete. Das Kriterium dafür, daß es sich hier um eine motorische Hemmung handelt, ist, daß auch nach dem Aufhören der stereotypen Bewegungen, keine anderen, willkürlichen Bewegungen auftreten.

Zu der einfachen katatonischen Spannung gehört auch die *Flexibilitas cerea* oder Katalepsie, von der schon gesprochen wurde.

Zu den Störungen der Handlungen durch Hemmung gehört auch das Perseverieren, die Perseveration. Hat der Kranke einmal eine mechanische Handlung ausgeführt, so setzt er sie fort, ohne durch neue Reize, neue Aufforderungen sich beeinflussen zu lassen. Auf dem Gebiet der Sprache entspricht dem die Verbigeration. In den leich-

teren Graden handelt es sich nur um eine Neigung zu gelegentlichen Wiederholungen, in den schwereren Graden werden stunden- und tagelang dieselben Worte oder dieselben Sätze wiederholt. Man kann auch von einem pathologischen Nachwirken der ersten Assoziation sprechen. Auf dem Gebiet der Ideenassoziation korrespondiert das Klebedenken. Die Kranken kommen von einer Vorstellung oder Vorstellungsverknüpfung nicht los, ihre Ideenassoziation schreitet nicht fort.

Bei den Störungen der Handlungen durch Affekte handelt es sich um Störungen durch Depression, Hyperthymie, Zorn, Angst, Apathie, Labilität der Stimmung. Hierher gehören auch die Ausdrucksbewegungen im Gesichtsausdruck und Mienenspiel. So die Ausdrucksbewegungen der Depression, der Angst, der Heiterkeit, des Zorns, der Apathie. Der Labilität der Affekte entspricht das, was man Lachweinen genannt hat, einen gemischten Gesichtsausdruck, der dadurch zustande kommt, daß derselbe den Schwankungen der Affekte nicht mit der gleichen Geschwindigkeit folgen kann.

Die Intelligenzprüfung.

Intelligenz ist etwas Erworbenes, das in jedem Augenblick weiter wächst. Der Behälter für das Erworbene ist das Gedächtnis, die Tätigkeit des Neu-Erwerbens die Merkfähigkeit, ihre Pförtnerin die Aufmerksamkeit.

Das Gedächtnis oder die Retention kann Längst Vergangenes oder Jüngst-Vergangenes betreffen. Es wurde schon das Ribotsche Gesetz des rückschreitenden Gedächtnisschwundes erwähnt.

Nach Ebbinghaus liegt das Wesen der Intelligenz darin, daß eine größere Menge von unabhängigen Eindrücken, die an und für sich ganz heterogene Assoziationen zu wecken geeignet sind, mit Vorstellungen beantwortet werden, die sie alle zu einem sinn- und zweckvollen Ganzen zusammenschließen. Dieses Ganze wird bearbeitet durch die wechselseitige Verknüpfung, Korrektur und Ergänzung der durch die zahlreichen Eindrücke nahegelegten Assoziationen. Es handelt sich also um eine produktive oder kombinatorische Tätigkeit.

Alle erworbenen Vorstellungen wären jedoch totes Material, bekämen sie nicht Leben durch die Verknüpfung derselben im Urteil, die Urteilsfähigkeit.

Zu prüfen ist demnach

das Gedächtnis für Längstvergangenes,
das Gedächtnis für die Jüngstvergangenheit,

die Aufmerksamkeit,

die Urteilsfähigkeit, wozu noch kommt der Ablauf der Vorstellungen, die Ideenassoziation.

Mit einer öfter zu wiederholenden Prüfung dieser 5 Kategorien dürfte der Untersucher ein zuverlässiges Material besitzen, das ein Urteil nach dem heutigen Stand der Psychologie über die Intelligenz des Untersuchten gestattet.

Die Prüfung des Gedächtnisses.

Man muß sich hüten, hier rein nach dem Schulwissen zu urteilen und tut gut, hiervon ganz zu abstrahieren. Man beginnt mit den Erinnerungsbildern einfacher, oft gesehener Gegenstände, deren Abbildungen man dem Kranken zeigt. Dazu empfehlen sich die Fiebeln und Bilderbücher der Kinder. Man zeigt diese Bilder und fragt: was ist das: z. B.: Apfel — Birne — Hammer — Tisch — Stuhl — Lampe. — Oder man läßt sich diese Gegenstände beschreiben, ohne sie vorzulegen. Man fragt z. B. Wie sieht ein Tisch (Stuhl, Lampe usw.) aus? — Kann auch direkt fragen: Welche Farbe hat die und die Briefmarke (5-Pfennigmarke 10-Pfennigmarke). — Oder läßt sich Gegenstände zeichnen, z. B.: ein Haus — das Blatt einer Buche, einer Rose, einer Eiche.

Hat man das Gedächtnis einfacher Gegenstände geprüft, geht man zu der Prüfung von Vorstellungsreihen und auswendig gelernten, geläufigen assoziativen Verknüpfungen über. Solche Fragen sind: Wie heißen die Wochentage? — Wie heißen die Monate des Jahres? — Wie heißen die Jahreszeiten? — Wie heißen die Himmelsrichtungen? — Wie heißt Ihre Frau (Mann) mit Vornamen? — Wie heißen Ihre Kinder? — Wie alt sind sie? Oder: Wie viel ist

5×8? — Wie viel Tage hat die Woche? — Wie viel Tage hat das Jahr? — das Schaltjahr? — Wann haben wir immer ein Schaltjahr? — Wie viel Pfennig hat eine Mark? — Wie viel Gramm gehen auf ein Pfund? — Wie heißt der Bürgermeister (Schultheiß) Ihres Heimatortes? — Wie heißt der Kaiser? — Wo wohnt der Kaiser? — Wie heißt der Vater des Kaisers? — Wie heißt der Großvater des Kaisers? — Wie alt sind Sie? — Wann, wo geboren?

Oder man fordert den Kranken auf, seinen Lebenslauf aufzuschreiben.

Will man das Schulwissen prüfen, muß man sich vorher vergewissern, ob der Kranke vor seiner Erkrankung die beabsichtigten Fragen aus der Geschichte, der Geographie, der Mathematik, der Naturkunde beantwortet hätte.

Frauen kann man fragen nach assoziativen Verknüpfungen, die sich auf den Haushalt beziehen, z. B.: Wie bereiten Sie einen Braten (Kalbsbraten, Hasenbraten zu, bis zu, zu dem Augenblick, wo er auf den Tisch kommt? — Was tun Sie morgens, wenn Sie aufstehen zuerst, was dann, was weiter bis Sie sich mit den Ihrigen an den Kaffeetisch setzen? — und Ähnliches.

Bei Kindern geben einen Anhaltspunkt die von Binet vorgeschlagenen Fragen, die nach den verschiedenen Jahren abgestuft sind. Ich setze sie mit einigen Bedenken hierher und zitiere nach R ä c k e .

Für ein Kind von 3 Jahren. 1. Zeige Mund, die Nase, Augen. — 2. Wiederholen von sechssilbigen Sätzen, z. B. die Kuh gibt uns die Milch. — 3. Wiederholen von zweistelligen Zahlen. — 4. Angeben des Familiennamens.

Für ein 4jähriges Kind. 1. Benennen von täglichen Gebrauchsgegenständen. — 2. Wiederholen von drei Zahlen. — 3. Angeben, ob Knabe oder Mädchen. — 4. Vergleichen zweier verschieden langer (5 cm und 6 cm) Linien und Frage: welche ist länger?

Für ein 5jähriges Kind. 1. Welcher von zwei Gegenständen ist schwerer? — 2. Nachsprechen zehnsilbiger Sätze, z. B.: der Lehrer lobt den fleißigen Schüler. — 3. Vier Geldstücke richtig abzählen. — 4. Zwei Dreiecke zum Rechteck

zusammenlegen (Vorlage). — 5. Nachzeichnen eines Quadrats mit Tinte und Feder.

Für ein 6jähriges Kind. 1. Zeige die rechte Hand? Zeige das linke Ohr? — 2. Ist jetzt Vormittag oder Nachmittag? — 3. Wie alt bist du? — 4. Ausführen drei gleichzeitig gegebener Aufträge. — 5. Nachsprechen von 16 silbigen Sätzen, z. B.: Die Katze lauert auf die Maus und fängt sie plötzlich im Sprunge. — 6. Was ist ein Tisch? Was ist ein Pferd? Was ist eine Rose? Welchen Zweck haben diese Gegenstände? (nicht Gattungsbegriff.)

Für ein 7jähriges Kind. 1. Beschreiben eines Bildes in einfachen Sätzen. — 2. Erkennen von Lücken an vorgelegten Figuren. — 3. Abschreiben mit Feder und Tinte nach einer Vorlage. — 4. Abzählen von 13 Geldstücken. — 5. Wie viel Finger hast du an jeder Hand? Wie viel an beiden Händen? — 6. Nachzeichnen einer Raute mit Tinte und Feder. — 7. Erkennen der gangbarsten Münzen. — 8. Nachsprechen von 7 stelligen Zahlen.

Für ein 8jähriges Kind. 1. Zusammenzählen von 5 bekannten kleineren Münzen. — 2. Kenntnis der Farben: rot, gelb, grün, blau. — 3. Von 20—0 rückwärts zählen. — 4. Nach Diktat schreiben: die Sonne scheint. — 5. Unterschied von Schmetterling und Fliege, von Holz und Glas, Knochen und Fleisch. — 6. Eine kurze Geschichte wiedererzählen, in der wenigstens 2 richtige Erinnerungen enthalten sind.

Für ein 9jähriges Kind. 1. Angabe von Wochentag, Datum, Jahr. — 2. Aufsagen der Wochentage. — 3. Ordnen von fünf verschieden schweren Gegenständen nach dem Gewicht. — 4. Es soll auf ein 1-Markstück herausgeben, wenn es 20 Pfennig verausgabt hat. — 5. Was ist ein Tisch? Was ist ein Pferd? Was ist eine Rose? (Verlangt wird eine kürzere Beschreibung, aus welchem Stoff und der Gattungsbegriff.) — 6. Wiedererzählen einer Geschichte, in der wenigstens 6 richtige Erinnerungen enthalten sind.

Für ein 10 Jahre altes Kind. 1. Aufsagen der Monate. — 2. Kenntnis sämtlicher Münzen. — 3. Einen Satz bilden aus drei nicht zu leicht gewählten Worten. — 4. Leichte Intelligenzfragen, z. B.: Was macht man, wenn man den Zug ver-

paßt. Wenn man vom Freund unabsichtlich geschlagen wird? Wenn man etwas zerbricht, was einem nicht gehört? — 5. Schwere Intelligenzfragen, z. B.: Was soll man tun, wenn man auf dem Wege zur Schule merkt, daß es später ist als gewöhnlich? Was, ehe man in einer wichtigen Angelegenheit einen Entschluß faßt? Was, wenn man nach seiner Ansicht über jemand gefragt wird, den man wenig kennt? Warum entschuldigt man eher eine im Zorn verübte schlechte Handlung als eine nicht im Zorn verübte? Warum soll man einen Menschen mehr nach seinen Taten beurteilen als nach seinen Worten?

Für ein 11jähriges Kind. 1. Kritik absurder Sätze, wie: Ich habe drei Brüder, Paul Ernst und mich. Kann man so sagen? Warum nicht? Wie muß es heißen? Neulich fand man im Walde ein Leiche, welche in 18 Stücke zerschnitten war. Manche Leute glauben, daß ein Selbstmord vorliegt. Ist das möglich? Gestern verunglückte ein Radfahrer auf der Straße, so daß er sofort tot war. Man brachte ihn in ein Krankenhaus, wo man ihn bald zu heilen hofft. Ist das möglich? Gestern las ich von einem Eisenbahnunglück ohne schlimmere Folgen: es waren bloß 48 Tote. Wie muß es heißen? — 2. Bilde einen Satz aus drei Worten. — 3. Nenne 60 Worte (in 3 Minuten). — 4. Wie ist das, wenn jemand mitleidig, gerecht, neidisch ist? Gib ein Beispiel. — 5. Zehn unrichtig durcheinander gestellte Worte eines Satzes sinnvoll zu ordnen.

Für ein 12jähriges Kind. 1. Nachsprechen von sechs- bis siebenstelligen Zahlen. — 2. Nachsprechen von 26-silbigen Sätzen, z. B.: Ich habe meinem Freund gesagt, daß er mich besuchen soll, wenn ich meine Aufgaben fertig habe. — — 3. Zu einem Worte in 1 Minute mindestens drei Reimworte finden. — 4. Kombinationsfragen, z. B.: Mein Nachbar hat eben eigenartige Besuche empfangen, einen Arzt, einen Notar, einen Priester. Was ist bei ihm wohl los. Jemand ging im Wald spazieren, plötzlich blieb er erschreckt stehen. Dann lief er zu einem Schutzmann und sagte: Ich sah an einem Baumst Was? — 5. An einem Bild die Handlung beschreiben.

Die Prüfung des Gedächtnisses für das Jüngstvergangene und Neue, das einen Maßstab für die Merkfähigkeit abgibt, geschieht in folgender Weise.

Fragen: Wo waren Sie gestern um diese Zeit? — Was taten Sie da? — Was haben Sie heute zu Mittag gegessen? — Was aßen Sie gestern Abend? — Wo waren Sie letzte Weihnachten, letzte Ostern oder letzte Pfingsten? — Wie sind Sie hierher gekommen? (zu Fuß, zu Wagen, mit dem Auto, mit der Bahn?). — Was war die Uhr, als Sie hierher kamen? — Erzählen Sie, wie Sie den gestrigen Tag zugebracht haben? — Kennen Sie schon die Namen der (Pflegepersonal, Nachbarkranker) ? — Seit wann kennen Sie dieselben?

Ziehens Methoden.

Erste Methode. Man sagt bei schwerer Hemmung dem Kranken vorher, er solle eine Frage aus dem Einmaleins beantworten und es komme darauf an, daß er die Aufgabe behalte (Wissentliches Verfahren). Dann wird 1. die Aufgabe aus dem Einmaleins gestellt. Dann 2. werden zwei Reihen sechsstelliger Zahlen vorgespochen und man läßt sie nachsprechen. Dann wird 3. gefragt: Welches war die Aufgabe, die Ihnen vorher gestellt wurde? Der Merkf defekt zeigt sich dann darin, daß die sechsstelligen Zahlen nicht richtig nachgesprochen werden oder das Exempel nach dem Nachsprechen nicht mehr reproduziert werden kann. Die Zahlen dürfen nicht zu rasch und nicht zu langsam und in gewissem Takt, „n ä m l i c h z u j e d r e i e n z u s a m m e n g e f a ß t“, gesprochen werden.

Zweite Methode, die Methode der Paarworte. Man nennt dem Kranken hintereinander fünf Paarworte, z. B. (Z i e h e n) :

Garten — groß;
Haus — klein;
Blume — gelb;
Bild — schön;
Kleid — weiß.

Die Worte müssen so gewählt werden, daß sie in jedes Paar hineinpassen könnten. Dann läßt man eine beliebig lange Zeit vergehen, die notiert wird, und sagt das erste Wort eines Paares, wozu der Kranke das zugehörige Eigenschaftswort ergänzen muß.

Dritte Methode. Man zeigt dem Kranken eine einfache geometrische Figur, z. B. ein Fünfeck mit einspringendem Winkel, exponiert es den Augen des Kranken 15 Sekunden lang und läßt es nach weiteren 15 Sekunden durch Zeichnen aus dem Kopf reproduzieren. Man nimmt stets dieselbe Figur, um einen Vergleichsmaßstab zu haben.

Vierte Methode. In einem Kasten mit Holmgreen-schen Wollproben zeigt man eine bestimmte Farbe, mischt sie dann wieder unter die anderen Proben und läßt die gezeigte Farbe nach einer bestimmten Zeit wieder heraussuchen. Oder man zeigt aus einer Kombination von Fähnchen verschiedener Farben ein Fähnchen von bestimmter Farbe und läßt es nach einer bestimmten Zeit wieder aus den übrigen heraussuchen. Die Zeit der Exposition und die Zeit zwischen der Exposition und Reproduktion muß aber in allen Fällen gleich sein.

Fünfte Methode, die Methode der Wahlreaktionen. Man nennt verschiedene Farben, z. B. Rot, Grün, Blau, Gelb, Weiß und sagt z. B.: bei der Farbe Rot heben Sie den rechten Arm in die Höhe, bei Blau den Linken. Dann nennt man zuerst die nicht bezeichneten Farben, dann Rot oder Blau, dann wieder gleichgültige Farben und schließlich Blau.

Bei der Prüfung der Jüngstvergangenheit kann es geschehen, daß die Erinnerung nur für einen bestimmten Abschnitt derselben, nicht allgemein erloschen ist, dann würde es sich nicht um einen allgemeinen, sondern partiellen Gedächtnisdefekt, um eine Amnesie handeln.

Ziehen fand weiter, daß schon sechsjährige Kinder drei Zahlen richtig zurückzählen können. Diese rückläufigen Assoziationen sind also mit dem sechsten Lebensjahre vorhanden. Sie lassen sich ebenfalls zur Prüfung der Merkfähigkeit benutzen. Man spricht sechs Zahlen vor, läßt nachsprechen und sie dann nach bestimmter Zeit zurückzählen. Tritt dabei ein stereotyper Fehler ein, wird z. B. die falsche Zahl immer an derselben Stelle gebracht, davor stets eine merkliche Pause gemacht, oder werden gerade die ersten und die letzten Zahlen vergessen, die sich erfahrungsgemäß am besten einprägen, so liegt der Verdacht auf Aggravation oder Simulation nahe.

Ist die Merkfähigkeit sehr schwer gestört, so wird selbst ein schmerzhafter Reiz, wie ein Nadelstich, sogleich wieder vergessen.

Für die Beurteilung der Intelligenz ist es aber auch vonnöten, nach dem Besitz von allgemeinen Vorstellungen und Beziehungsvorstellungen zu forschen, welche durch die Prozesse der Komplexion, Generalisation und Isolation in der normalen geistigen Entwicklung gebildet werden. Die Beziehungsvorstellungen werden schon früh gebildet, jedenfalls früher als die allgemeinen Vorstellungen. Beide Vorstellungsgruppen eignen sich daher gut zur Beurteilung des Grades der Vorstellungsentwicklung und Vorstellungsdifferenzierung, ob dieselbe die gewöhnliche gewesen ist oder nicht, ob abstrahiert worden ist oder nicht.

Das Vorhandensein von Beziehungsvorstellungen wird durch sogenannte **Unterschiedsfragen** geprüft. Ziehen fragt: Was ist der Unterschied zwischen

Hand und Fuß?
Ochs und Pferd?
Tisch und Stuhl?
Wasser und Eis?
Tür und Fenster?
Treppe und Leiter?
Baum und Strauch?
Teich und Bach?
Kind und Zwerg?
Borgen und Schenken?
Geiz und Sparsamkeit?
Irrtum und Lüge?

Diese Fragen müssen in der Klimax aufsteigen von konkreten Vorstellungen zu allgemeinen Vorstellungen.

Ob die allgemeinen Vorstellungen gebildet sind, dazu bedient sich Ziehen der **Spezifikationsfragen** und der **Generalisationsfragen**, der **Definitionsfragen** und der **Methode der Exemplifikation**.

Spezifikationsfragen sind: Nennen Sie mir die Flüsse, die Sie kennen? Nennen Sie mir die Weltteile, die Gebirge, die Tiere, die Blumen, die Sie kennen.

Generalisationsfragen sind: Spree, Havel, Rhein, Neckar, Main, wie nennt man die zusammen?

Definitionsfragen sind: Was ist Dankbarkeit? Was ist Neid?

Dieselbe Aufgabe kann auch mit der Methode der Exemplifikation gelöst werden, indem man eine kleine Geschichte erzählt und fragt: was ist das? So erzählt man z. B. die Geschichte vom König Codrus, vom Römer Mucius Scävola, von den Griechen Hero und Leander, vom Schweizer Winkelried. Man muß sich aber hierbei den Prüfling darauf ansehen, mit wem man es zu tun hat. Für Ungebildete ist die Methode der Exemplifikation ganz ungeeignet, weil sie über seinem geistigen Niveau liegt, ganz abgesehen davon, daß dabei noch andere intellektuelle Faktoren eine Rolle spielen. Den besten Dienst leisten die Unterschiedsfragen, nur darf man nicht grammatisch korrekte Antworten erwarten, sondern muß sich schon damit begnügen, wenn man merkt, daß der Kranke, der dazu ein Ungebildeter ist, das Richtige sagen will, aber sich nicht recht auszudrücken vermag. Zwischenfragen werden die Schwierigkeiten der Lösung beheben, ohne den Wert der Prüfung mit Unterschiedsfragen zu schädigen. Diese Prüfung mit Unterschiedsfragen ist aber nicht nur eine Prüfung der Abstraktionsfähigkeit, sondern gewissermaßen auch ihres psychologischen Gegenteils, der Kombinationsfähigkeit, und zwar des niedrigsten Grades derselben. Die Abstraktion nimmt fort, die Fähigkeit der Kombination fügt hinzu und schafft dadurch ein Neues. Beide beruhen in letzter Instanz auf Urteilen, aber das Urteil ist bei der Abstraktion untergegangen im Abstrahierten, es existiert nicht mehr an sich, sondern nur noch in seinem Produkt, dem Abstraktum. In der Kombinationsfähigkeit vollzieht sich das Urteil und das Urteilen gleichsam vor unseren Augen. Die Kombinationsfähigkeit ist daher vortrefflich geeignet zur Prüfung der Urteilsfähigkeit.

Die einfachste Prüfung der Urteilsfähigkeit sind die Orientierungsfragen. Sie ge-

ben Aufschluß, wie der Kranke die neue Umgebung, die neuen Personen, die neue Situation auffaßt.

Man fragt daher: Wo sind Sie hier? Was sind das für Menschen dort in den Betten? Ist das hier nicht ein Hotel?

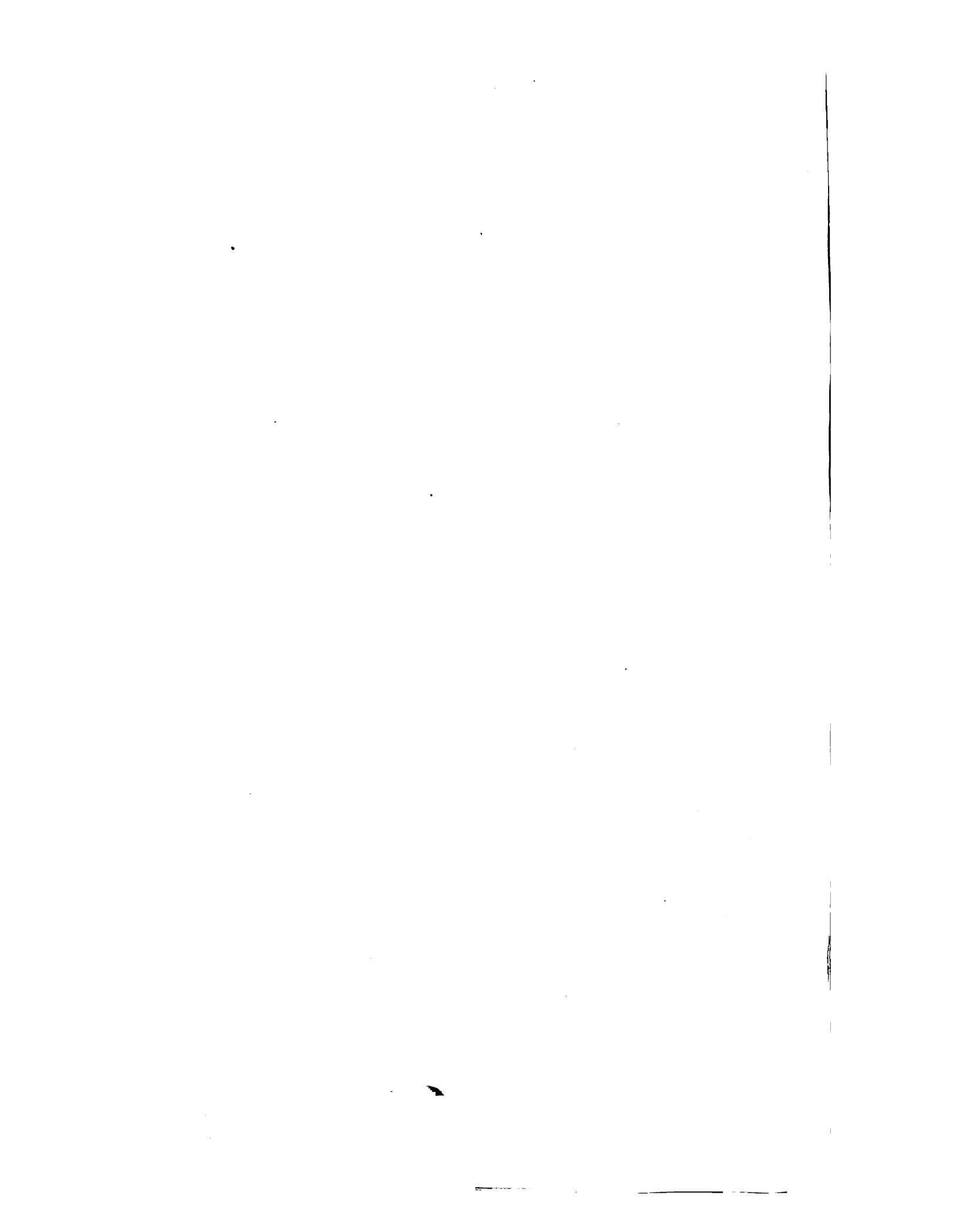
Man kann zwischendurch vielleicht auskultieren, erhält man keine Antwort, und dann die Frage wiederholen. Wer bin ich? oder richtiger Was bin ich? Wer ist das da (Pfleger, Pflegerin, Oberpfleger, Oberpflegerin)? Wie steht es mit Ihrer Gesundheit? Fühlen Sie sich krank?

Das gibt jedoch eine zu enge Beurteilung. Man hat daher eine Reihe von Methoden ersonnen, deren Durchführung auf einer Anwendung der Kombinationsfähigkeit beruht.

Auf der Ziehenschen Klinik wurde gern die Sterntalergeschichte benutzt, die allerdings für diesen Zweck wie zum Zweck der Prüfung der Merkfähigkeit, wozu sie ebenfalls brauchbar ist, durch manche ausschmückende Einzelheiten zugestutzt worden ist. Ich lasse die Geschichte von den Sterntalern folgen.

Das Märchen von den Sterntalern.

Es war einmal ein Mädchen, dem war Vater und Mutter gestorben, und es war so arm, daß es schließlich nichts mehr hatte als die Kleider auf dem Leib und ein Stückchen Brot in der Hand. Das Mädchen war aber gut und fromm. Und weil es so von aller Welt verlassen war, ging es im Vertrauen auf Gott hinaus aufs Feld. Da kam ein armer alter Mann und sprach: gib mir zu essen, ich bin so hungrig. Das Mädchen reichte ihm sein Stück Brot und ging weiter. Bald darauf begegnete ihm ein Kind, das bat um Kleider, weil es fast nackt war und fror. Unser gutes Mädchen gab dem armen Kind auch seine Kleider hin und ging selber frierend weiter in den Wald. Wie es nun bis in die Nacht hinein so ging und gar nichts mehr besaß, weil es alles verschenkt hatte, fielen auf einmal die Sterne vom Himmel, und als das Mädchen sie aufhob, waren es lauter blanke Taler.



Um zu erfahren, ob die Pointe der Erzählung erfaßt ist, mit anderen Worten, ob der Kranke richtig kombiniert hat, müssen dementsprechende Fragen gestellt werden, z. B.: Warum hat das Mädchen die Taler bekommen? Was ist aus dieser Geschichte zu lernen?

Diese Methode der Auffassung von kleinen Erzählungen hat auf die Fabeln Moeller angewendet. Da die Fabel, literarisch betrachtet, seit den Tagen des Aesop eine kleine Erzählung mit ganz bestimmter Pointe darstellt, so ist sie gut geeignet, die Kombinationsfähigkeit zu prüfen. Sie hat sich auch als durchaus brauchbar erwiesen. Es hat sich allerdings herausgestellt, daß die angewendeten Fabeln für den Ungebildeten oft etwas Ungewohntes bieten, Gebildeten aber vielfach schon bekannt sind.

Henneberg hat deshalb vorgeschlagen, kleine Zeitungsberichte anekdotenhaften Inhalts zu verwenden.

Das darf aber nicht unterlassen werden zu bemerken, daß, gleichviel ob Erzählung, ob Fabel oder Anekdote benutzt wird, man die einmal gewählte Methode gleichmäßig überall anwenden muß, vielleicht eine Anzahl von Patienten einmal mit der einfachen Erzählung, eine andere mit Hilfe der Fabel und eine dritte mit der Anekdote prüft.

Dieser Methode der Auffassung von kleinen Erzählungen stehen gegenüber

2. die Ergänzungsmethoden. Vorzüglich hat sich auf der Ziehenschen Klinik bewährt die Ebbinghausche Methode, deren Text Swifts bekanntem satirischen Roman Gullivers Reisen entlehnt ist.

Im Text sind einzelne Silben und Worte ausgelassen und die Auslassungen durch Striche markiert, und zwar für jede Silbe ein Strich. Aufgabe des Kranken ist, die Striche durch die fehlenden Silben möglichst schnell zu ergänzen. Dazu ist nötig, daß außer dem Datum, Anfang und Schluß der Prüfungszeit notiert wird. Ebbinghaus hat seine Methode im 13. Bande der Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane veröffentlicht. Andere Texte finden sich in

der Dissertation von W e c k , Die Intelligenzprüfung nach der Ebbinghauschen Methode. Berlin 1905. Man kann auch, um den Kranken in die Erzählung einzuführen, die Ausfüllung der ersten drei Lücken vormachen. Die Anzahl der Fehler zur aufgewendeten Zeit gibt dann einen Maßstab für die Kombinationsfähigkeit.

Der Text des **E b b i n g h a u s** lautet wie folgt: „Nach langer Wand — — in dem fremden Lande fühlte ich — so schwach, daß ich — — Ohn — nahe war. Bis — Tode — mattet s — ich ins Gras nieder und — bald ein, fester als — mals in — — Leben. Als ich er — —, war der Tag längst — — brochen. Die S — — strahlen schienen — ganz unerträglich ins — —, da ich auf — Rücken —. Ich wollte auf — —, aber sonderbarerweise konnte ich — Glied rühren, ich f — — mich wie — lähmt. Verwundert bl — — ich um mich, da entdeckte —, daß — — Arme und B — —, ja selbst meine damals sehr l — — und dicken Haare mit Schnüren und B — — an Pflöcke — — stigt waren, welche fest in der Erde — —.“

Datum:

Anfang:

Schluß:



Es empfiehlt sich einen leichten, einen mittelschweren und einen schweren Text anzuwenden. Noch zweckmäßiger ist es nach dem Vorschlag von Henneberg vielleicht, einen Text in der Weise zu bearbeiten, daß er zunächst ganz leichte Ergänzungen bietet, die allmählich immer schwerer werden. Auf diese Weise kann man leicht die Maximalleistung des zu Untersuchenden gewinnen.

Die Mängel dieser Ebbinghausschen Methode hängen damit zusammen, daß es viele Menschen gibt, die infolge mangelhafter Schulbildung und mangelhafter Übung unbeholfen im Schreiben und Lesen sind. In solchen Fällen fällt der Ebbinghaus leicht schlechter aus, als man nach dem Gesamtverhalten der Kranken erwarten sollte. Wesentlicher ist, daß sich viele Patienten der Aufgabe ohne Interesse entledigen, vielleicht, weil sie etwas an eine lästige Schulaufgabe erinnert.

Bei Kindern leisten die Hey-Speckterschen Fabeln gute Dienste. Wichtig ist, daß man den Text dem Milieu entsprechen auswählt, immer mit denselben Texten arbeitet und sich namentlich Erfahrung erwirbt über die Auffassungs- und Reproduktionsfehler bei ungebildeten Gesunden.

Eine weitere Methode ist

3. die Bildermethode in verschiedenen Modifikationen.

Bilder haben bis vor wenigen Jahren kaum eine Verwendung im Dienst der Psychiatrie gefunden. Man kam auf ihre Verwendung zur Intelligenzprüfung, als man sah, daß die illustrierten Unterhaltungsschriften, die sich ja in großer Zahl auf den Abteilungen einer Anstalt finden, besonderes Interesse hervorriefen. Man schloß daraus, daß Bilder außerordentlich gute Dienste leisten müßten für die Beurteilung der Urteilskraft eines Kranken. Das schien sich auch darin zu betätigen, daß sich, wenn auf einer Krankenabteilung einem Patienten Bilder gezeigt wurden, andere Kranke hinzudrängten, um die Bilder auch zu sehen. Dadurch, daß man sich den Kranken über die vorgelegten Bilder äußern läßt, gewinnt man sehr rasch einen Einblick in seine geistige Persönlichkeit. Das Interesse des

zu Untersuchenden wird dadurch ganz anders wachgerufen als als bloß durch Fragen. Heilbronner hat schon darauf aufmerksam gemacht, daß oft ganz verworrene oder apathische Kranke, die überhaupt nicht oder sehr dürftig und konfus antworten, auf eine solche Prüfung prompt eingehen.

Um eine Intelligenzprüfung im engeren Sinne handelt es sich dabei natürlich nicht. Man ist im Allgemeinen überrascht, wie schlecht von Ungebildeten Bilder inhaltlich aufgefaßt werden. Man kommt zu demselben Resultat wie Rodenwald, der das geistige Inventar gesunder Soldaten untersuchte: es gibt überhaupt kaum ein Wissen, das man bei dem gesunden Ungebildeten voraussetzen kann.

Doch läßt sich auch eine Intelligenzprüfung im engeren Sinne anstellen, wenn man komplizierte bildliche Darstellungen die sich auf eine Situation oder auf die Phase einer Handlung beziehen, ausdeuten läßt. Von den zahlreichen wahrgenommenen Einzelheiten müssen die wesentlichen von den nebensächlichen unterschieden und die wesentlichen Einzelheiten wieder unter einem oder wenige Gesichtspunkte zusammengefaßt werden.

Die Auswahl solcher Bilder, die für die Intelligenzprüfung geeignet sind, hat Folgendes zu berücksichtigen. Die Bilder dürfen nicht zu klein sein, müssen leicht beschaffbar sein, damit sie Jedem, der eine Nachprüfung vornehmen will, zur Verfügung stehen. Man muß schließlich eine Bilderreihe anwenden, die genügende Abstufungen hinsichtlich der Schwierigkeiten der Ausdeutung bietet.

Die einfachste Methode ist, daß man Bilder vorlegt, auf denen es sich um einen möglichst einfachen Vorgang handelt, und beschreiben läßt. Henneberg wählte dazu nach längeren Versuchen „L. Richter, Überfahrt am Schreckenstein“ und nennt dies Bild das leichteste Bild. Erkannt soll werden, wie sich die Personen in dem Boot betätigen. — Ferner „Grenze, Ein Mädchen trauert über den Tod eines Vogels“. Aus Gesichtsausdruck und Haltung soll die Traurigkeit und in dem toten Vogel die Ursache der Trauer erschlossen werden. — „Jakob Becker, Schäfer vom Blitz erschlagen“. Die Todesursache soll aus der Gewitterstimmung und dem brennenden Baum er-

geschlossen werden. — Weiter „Piloty, Ermordung Cäsars“. Es ist das schwierigste Bild. Die Schwierigkeit besteht besonders in der Auffassung der Rollen des Casca und Cimber.

Bei dieser Auswahl steigt von Bild zu Bild die Schwierigkeit der Deutung. H e n n e b e r g empfiehlt zum Schluß der Prüfung noch ein Bild hinzuzunehmen, dessen Deutung nicht erwartet werden kann, um zu sehen, in welcher Richtung die Phantasie des Kranken angeregt wird. H e n n e b e r g wählte „Rembrandt, die Verkündigung“ und beobachtete, wie das eigenartige Gewirr des Bildes bei deliranten Kranken zu allerlei illusionären Umgestaltungen Veranlassung gab.

Eine kompliziertere Methode ist die Beschreibung von Bilderreihen, Bilderserien, die eine kleine Geschichte illustrieren. Zu dieser wertvollen Methode, welche H e n n e b e r g auf Veranlassung Z i e h e n s verwendete, haben sich als sehr geeignet die „Münchener Bilderbogen“ erwiesen, da es sich zeigte, daß diese Bilderbogen Ungebildeten nicht bekannt sind. Der Kranke muß hier durch seine kombinatorische Tätigkeit aus den einzelnen Phasen der Handlung den Zusammenhang derselben erschließen. H e n n e b e r g wählte als leichtere Aufgabe „W. Busch, Geschichte vom hinterlistigen Heinrich“, als schwerere „Die bösen Buben von Korinth“. Der Ausfall der Prüfung war günstig bei intelligenten Ungebildeten. Die Bilder wurden fast immer richtig gedeutet. Mißverständnisse und Fehldiagnosen kamen vor, sie wurden jedoch korrigiert, wenn man der Versuchsperson genügend Zeit läßt.

Für Paralytiker charakteristisch ist das geringe Interesse, das sie Bildern zuwenden. Hebephrene haften leicht an nebensächlichen und unwesentlichen Dingen, an die sie allerlei entlegene Einfälle knüpfen. In ihren Deutungen wechseln sie rasch das Thema, machen dann auch wieder plötzlich Bemerkungen, die eine richtige Beurteilung erwiesen. Bei den akuten Psychosen gibt das Ergebnis keine sichere Grundlage für die Beurteilung der Intelligenz, sie gewähren aber oft einen überraschenden Einblick in die vorliegende Denkstörung. Bei Manischen ist von einer Mehrleistung keine Rede. Sie knüpfen an Einzelheiten an, der Zusammenhang wird viel schlechter als von Gesunden aufgefaßt.

Schlecht ist die Auffassung von Melancholikern mit Angst, ebenso in epileptischen Dämmerzuständen und im hysterisch. Delir. Für Imbezille und Debile ist es charakteristisch, daß sie auf den Bildern viele Einzelheiten bemerken, den Zusammenhang des Dargestellten jedoch gar nicht oder nur mangelhaft erfassen. Im Delirium tremens sind die Kranken bei der Ausdeutung sehr produktiv. Sie suchen einen Zusammenhang festzustellen, der jedoch bei den fortwährend wechselnden illusionären Veränderungen der Eindrücke unmöglich wird. Bisweilen scheinen sich die dargestellten Menschen oder Tiere zu bewegen. Die illusionären Auffassungen knüpfen oft an Schatten in den Bildern an oder an die Konfiguration des Raumes, der zwischen den Figuren bleibt.

Die komplizierteste Methode ist die Methode der Figurenergänzung oder der Bilderreihenmethode von Heilbronner (Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1905 Bd. 17 S. 115), die man ebenso gut auch zu den Ergänzungsmethoden stellen kann. Es sind Reihen von Bildern je Eines Gegenstandes (Lampe, Schubkarren, Mühle usw.) von mehr oder weniger unvollendeten Bildern zu vollendeten. Die Unvollkommenheiten und Unfertigkeiten sollen vom Kranken beurteilt werden. Das ist das Neue, was diese Methode bringt. Zu dem Zweck legt man dem Kranken die Serien stückweise vor und fragt:

Was ist das?

Wonach sieht das aus?

Was ist hier anders als auf dem vorigen Bilde?

Datum, Stunde, Antworten werden protokolliert.

4. hat Hennberg noch eine Methode ersonnen, die originell und ebenfalls ganz unabhängig vom Schulwissen ist. Diese Methode besteht darin, daß man Fremdwörter verdeutschen beziehungsweise umschreiben läßt. Die Kenntnis von Fremdwörtern stellt bei Ungebildeten kein Schulwissen dar, sie wird im Leben allmählich erworben. Wichtig ist hierbei die Wahl der Wörter. Auf Grund vieler Versuche und unter Berücksichtigung des Krankenmaterials der Berliner Charité hat Hennberg eine Skala aufgestellt, die mit leich-

ten Wörtern beginnt und mit schweren endet. Vermieden sind alle Fremdkörper, die einer Berufssprache angehören. Die Wortreihe lautet: gratulieren, sich amüsieren, sich genieren, exerzieren, blamieren, Instrument, Institut, Annoncen, Profit kolossal, illustriert, schikanieren, renovieren, sortieren, Qualität, Kapital, Konzession, normal, modern, eventuell, humoristisch.

5. Sehr einfach ist auch die Methode nach Masselon. Sie besteht darin, daß aus 3 oder 4 Wörtern ein Satz gebildet werden soll; sogenannter „dreigliedriger und viergliedriger Masselon.“ Z. B. dreigliedrig: Jäger — Hahn — geschossen; viergliedrig: Soldat — Gewehr — Schlacht — Feind.

6. Eine eben so einfache Methode sind die Gleichungsaufgaben. Man sagt: ich denke mir eine Zahl, wenn ich eine andere Zahl (z. B. 3) hinzuzähle oder abrechne, gibt es die und die Zahl. Welche Zahl habe ich mir gedacht?

7. Bei Kindern kann man auch die Legspiele verwenden.

8. Eine sinnige Methode ist die Methode der Sprichwörterauffassung von Finkh (Zentralbl. für Nervenheilkunde 1906 S. 945). Die Sprichwörter sind ein Niederschlag der Beobachtungen und Erfahrungen des Volkes und sind deshalb auch bei sehr geringem Kenntnisstand anwendbar. Es mußten zu dem Zwecke möglichst bekannte und den Leuten geläufige Sprichwörter genommen werden. Finkh hielt Umfrage und ordnete sie nach ihrer Schwere. Zur Prüfung ist nötig, daß der Kranke nicht in erregter, depressiver oder mürrischer Stimmung oder im Zustande der Ermüdung erscheint, sondern in gleichmäßiger mittlerer Gemütslage, in körperlichem Wohlbefinden und bereit, sich willig der Exploration zu unterziehen. Die Exploration soll nicht zu lange ausgedehnt werden sowohl wegen der eintretenden geistigen Ermüdung als auch um eine Unübersichtlichkeit des beim Explorieren gewonnenen Stoffes zu umgehen. Aber auch nicht zu kurz und abstrakt dürfen die Fragen

ausfallen. Weiter soll sich, entsprechend dem schwerfälligen Denken der Leute, eine Frage dem Sinn nach eng und logisch andie andere schließen. Zu Beginn der Prüfung soll Begründung und Erklärung des Sprichwortes an allen wesentlichen Punkten spontan gegeben werden. Fink hat folgende Sprichwörter prüfen lassen: Hunger ist der beste Koch; Ehrlich währt am längsten; Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm.

Eine Weiterführung dieser Prüfungsmethode besteht darin, daß zwei ähnliche oder ganz oder teilweise oder scheinbar sich ausschließende oder widersprechende Sprichwörter einander gegenübergestellt und durch den Prüfling kritisiert werden. Dazu sind eine Reihe von Prüfungen nötig, eine einzige ist ganz unzureichend.

Diese Sprichwörtermethode kann nur als Ergänzung anderer Methoden dienen, ist aber wertvoll, weil sie einen Einblick in die Art und Weise des Vorstellungslebens einfacher Leute gewährt, der nicht selten erhebliche Schwierigkeiten macht. Es sei aber wiederholt, daß es nötig ist eine Reihe von Prüfungen anzustellen, um die innere geistige Struktur des Kranken zu erforschen, den man beurteilen soll.

Die Prüfung der Aufmerksamkeit.

Dazu ist der Kranke zunächst zu beobachten, ob er die Vorgänge in seiner Umgebung beachtet, ob er leicht von einem Gegenstand zum andern eilt oder ob er länger bei einem Gegenstande verweilt, ob er im Stande ist sich zu konzentrieren oder ob er leicht abgelenkt wird.

Um Vigilität und Tenacität zu prüfen kann man die Bourdonsche Methode benutzen. Man hat dazu zwei verschiedene Texte, einen sinnvollen und einen sinnlosen Text. Man läßt dann den Kranken in beiden Texten, die gedruckt oder geschrieben sein können, einen Vokal oder einen Konsonanten z. B. a oder b mit Bleistift oder Tinte anstreichen und kann in dem sinnlosen Text die Anzahl der übersehenen und falsch angestrichenen

nen Buchstabenungefähr als Maßstab für die Tenazität der Aufmerksamkeit verwenden. In dem sinnvollen Text würden Unterlassungen und Falsch-Anstreichungen einen Maßstab für die Ablenkbarkeit, also für die Vigilität sein.

Die Auswahl der Aufmerksamkeit unter mehreren gleichzeitig gegebenen Reizen wird am besten mit dem Wundtschen Falltachistoskop geprüft. Man exponiert gleichzeitig erst zwei verschiedene Figuren oder Bilder kurze, meßbare Zeiten, dann drei usw. nebeneinander, zunächst Figuren nebeneinander, dann Bilder nebeneinander, dann Figuren und Bilder nebeneinander und protokolliert.

Protokoll: Datum, Stunde, Beleuchtung, Ergebnis.

Prüfung der Ideenassoziation.

Dabei ist zu achten auf: das Wiedererkennen — die Geschwindigkeit der Ideenassoziation — den Inhalt der Ideenassoziation — die Handlungen.

Das Wiedererkennen wird geprüft durch das Zeigen von Gegenständen: Schlüsselbund, Taschenmesser, Streichholzschachtel, Uhr und Ähnliches.

Störungen können auftreten auch bei intaktem Gedächtnis und bei erhaltener Urteilskraft.

Die Geschwindigkeit läßt sich am einfachsten mit der Taschenuhr oder mit der Fünftelsekundenuhr messen, wenn der Ablauf der Assoziationen verlangsamt ist. Exakte Untersuchungen mit dem Hippschen Chronoskop in Verbindung mit dem Kraepelinschen Lippenschlüssel oder dem Alberschen Apparat zur Auslösung optischer Reize. Diese Versuche gehören ins Laboratorium, in dem zwei Zimmer dem Untersucher zur Verfügung stehen müssen. In einem Zimmer lassen sich solche Untersuchungen nicht machen.

Sehr schwere Störungen erfordern keine Messungen. Einfache Fragen wie: Jagen sich Ihre Gedanken? — Wird Ihnen das Denken schwerer als früher? — Ist Ihnen der Kopf wie

leer? — werden gute Auskunft geben und in den meisten Fällen genügen.

Den Zusammenhang der Ideenassoziation zu prüfen, ist es sehr geeignet, den Kranken zunächst sprechen und das Gesprochene mit stenographieren zu lassen. Daraus wird zu ersehen sein, ob dominierende oder Leitvorstellungen bestehen, wie sie das Sprechen des Gesunden beherrschen, ob weiter Klangassoziationen zu beobachten sind.

Oder man fragt und protokolliert Frage und Antwort genau.

Die Methode der Zwischenrufe, wie sie von Ziehen ausgebildet ist, ist eine für die Klinik abgeänderte Form des Assoziationsversuches. Man bedient sich dazu entweder neutraler Reizwerte wie, Fisch, Uhr, eine einstellige Zahl, oder von Reizworten, von denen man annehmen kann, daß sie gefühlsbetont sind, wie: Schuld, Tod, Hochzeit.

Man lasse die Kranken auch ihre Gedanken in Form von Briefen und Aufsätzen niederschreiben.

Der Inhalt der Ideenassoziation und seine Prüfung erstreckt sich auf die Feststellung von Synästhesien, Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen und Zwangsvorstellungen.

Hier muß der Untersucher häufig sehr vorsichtig zu Werke gehen, um zunächst das Vertrauen des Kranken zu gewinnen. Das ist sehr oft ein schwer zu bewältigendes Hindernis und der Versuch wird in nicht seltenen Fällen zunächst scheitern. Man fragt z. B. zunächst ganz allgemein: Fühlen Sie sich krank? — Haben Sie Sorge um Ihre Gesundheit? — Ängstigen Sie sich um dieselbe? — Haben Sie Sorgen? — Drückt Sie ein Unrecht, das Sie begangen haben? — Oder haben Sie sich etwas vorzuwerfen? — Sind Sie nicht etwas mißtrauisch? — Oder haben Sie Feinde? — Werden Sie belästigt oder bedroht, oder verfolgt oder beschimpft? — Sind sie wohlhabend oder reich? — Wie viel besitzen Sie im Vermögen? — Haben Sie nicht viel mehr? — Haben Sie nicht mitunter „dumme Gedanken“? — Haben Sie Gedanken, die Sie nicht los werden können?

Hat man das Vertrauen des Kranken gewonnen, so kann man den Faden in der Weise weiter spinnen, daß man dem

Kranken eine einfache Geschichte erzählt und sie wiedergeben läßt. Sie wird dann mit krankhaften Eigenbeziehungen ausgeschmückt wiedergegeben. Oder man zeigt Bilder, läßt sie beschreiben, und wartet zu, ob sich Eigenbeziehungen ergeben. Oder man läßt den Kranken etwas Bekanntes lesen und sich den Inhalt des Gelesenen erzählen.

Oft äußern auch schon spontan viele Kranke ihre Wahn- oder Zwangsvorstellungen.

Man erfährt bei dieser Exploration auch, ob Angst besteht oder nicht. Besteht Angst, so läßt man sie sich genau beschreiben und gibt besonders auf ihre Lokalisation acht.

Öfter hat man Gelegenheit, hierbei Versuche anzustellen über die einfache Reaktionszeit, Unterscheidungszeit, Wahlzeit, vorausgesetzt, daß sich der Kranke zu solchen eignet. Jeder Kranke eignet sich nicht dazu.

Die Handlungen zu beobachten, ist wohl von der ganzen psychischen Untersuchung das Nächstliegende, welches sich dem Beobachter gleichsam aufdrängt. Als Annex und Ausdruck der Vorgänge in der intrapsychischen Strecke geben sie auch annähernden Aufschluß über das, was in derselben vorgegangen ist, ohne daß es nötig ist, an den Kranken auch nur eine Frage zu richten. So findet man denn auch in den alten Krankengeschichten der alten guten Beobachter die Schilderung des Kranken mit einer Beschreibung seines motorischen Verhaltens eröffnet.

Man achte darauf, ob Spontan-Bewegungen überhaupt vorkommen. — Wie sind diese spontanen Bewegungen beschaffen? Sind sie stereotyp? — Bestehen Perseverationen? — Wie verhält sich die Mimik (Grimassieren)? — Wie die Gestik? — Wie verhält sich die Sprache? — Besteht Verbigeration? — Bestehen Störungen der Artikulation? — Wird laut oder leise gesprochen? — Monoton oder nicht monoton? — Führt er aufgetragene Bewegungen aus und wie? — Macht er dem Arzt (absichtlich oder unabsichtlich) vorgemachte Bewegungen nach? (Echopraxie? Echolalie?) — Reagiert er auf Schmerzreize? — Wie verhält er sich gegen passive Bewegungen? (besteht Widerstand oder nicht, Befehlsautomatie, *Flexibilitas cerea*?)

Die Krankengeschichte.

Die psychiatrische Krankengeschichte ist nur eine besondere Form der Krankengeschichte eines innerlich Kranken. Der Geisteskranke ist ein innerlich Kranker. Sie besteht daher auch wie jede andere Krankengeschichte aus Anamnese und Status praesens. Auf beide ist bei der Erhebung die größte Sorgfalt zu legen. Auf die erstere insofern, als für möglichst zuverlässige Referenten zu sorgen ist, eventuell Briefe an geeignete Adressen zu schreiben sind, ja auch wohl einmal eine persönliche Reise nicht zu scheuen ist, um ganz zuverlässige Nachrichten zu erhalten, die geeignet sind, die ganze Vergangenheit des Kranken bis zur Stunde der Aufnahme aufzuhellen. Auf den letzteren deshalb, weil derselbe sich im Verlauf der Erkrankung nicht selten zu ändern pflegt. Das verpflichtet zu wiederholter Aufnahme des körperlichen und psychischen Befundes. Eine ausführliche Krankengeschichte hat daher einen psychischen und einen somatischen Status aufzunehmen

1. am Beginn der Erkrankung,
2. auf der Höhe der Erkrankung und
3. nach Ablauf der krankhaften Symptome kurz vor der Entlassung.

Dabei ist zu bemerken, daß es nicht immer leicht sein wird, die Höhe der Erkrankung zu bestimmen.

Der psychische Teil des Status gibt über das geistige Verhalten Aufschluß.

Der somatische Teil bezieht sich auf die körperliche Untersuchung, die, wenn möglich, wie eben bemerkt, zu drei

verschiedenen Zeiten, jedenfalls aber unmittelbar nach der Einlieferung und wenigstens noch einmal vor der Entlassung zu machen ist.

Die Anamnese.

(Referenten: Namen, Wohnort, genaue Adresse für eventuelle Rückfragen. Datum.)

Wesentlich wäre für eine exakte Anamnese, wenn die moderne „Familienforschung“ imstande wäre, für die Beurteilung des Kranken dem Arzt Tatsachen an die Hand zu geben. Das ist bis jetzt nicht der Fall. Man lese die schöne Arbeit nach von Rudin, „Einige Wege und Ziele der Familienforschung“ (Zeitschrift für die gesamte Psychiatrie und Neurologie, herausgegeben von Alzheimer und Lewandowsky, Bd. VII S. 487 ff.).

Die Anamnese hat vor allem über zwei Punkte Aufschluß zu geben: 1. über die Erblichkeit, 2. über schädigende Einwirkungen, besonders Syphilis und Alkohol.

Die Erblichkeit kann auf einer Seite vorhanden sein, einseitige Belastung, oder sie kann auf beiden Seiten vorhanden sein, konvergente oder kumulative Belastung. Schwere Belastung kann auch den Verlauf der Psychose beeinflussen und man spricht dann von dieser Modifikation des klinischen Bildes der Psychose als der erblich-degenerativen Modifikation derselben. Die Wirkung schwerer erblicher Belastung wird auch kurz als erbliche Degeneration bezeichnet. Diese erbliche Degeneration spricht sich bei Geisteskranken darin aus, daß bei ihnen häufiger als bei Gesunden sich Degenerationszeichen ausbilden. Sie können sowohl auf psychischem Gebiet liegen als auf somatischem Gebiet: psychische Degenerationszeichen und somatische Degenerationszeichen.

Die psychischen Degenerationszeichen machen sich schon früh bemerklich: Schon in frühen Kinderjahren zeigen sich einzelne Halluzinationen und Illusionen. — Gesteigertes

Traumleben. — Pavor nocturnus. — Abnorme Phantasieentwicklung. — Neigung zu überwertigen Vorstellungen, wie Zwangsvorstellungen oder phrenoleptischen Vorstellungen d. h. überwertigen Vorstellungen ohne Krankheitsbewußtsein und ohne Zwangsgefühl. — Ungleichmäßigkeit der Beanlagung. Bei künstlichem Talent ungenügende Entwicklung des logischen Denkens und sprunghaftes Denken mit paradoxen widerspruchsvollen Einfällen, welche sich in den Ablauf der Vorstellungen eindringen. — Neigung zu gelegentlichen epileptischen Insulten, z. B. bei heftigen Affekten, starken Schmerzen, sexuellen und alkoholischen Exzessen. — Intoleranz gegen Alkohol. — Neigung zu halbseitigen vasomotorischen Differenzen (Migräne). — Enuresis nocturna bis in die späten Knabenjahre.

Somatische Degenerationszeichen: Abnorme Schädelbildungen. Fliehende Stirn. Abflachung des Hinterhauptes (Inokzipitie). Cranium progneum. Prognathie. Fliehendes Kinn (Vogelgesicht). Gespaltener Gaumen, Hasenscharte. Tonus palatinus. Weite Stellung der Zähne. Persistenz des Milchgebisses. Fehlen der Eckzähne oder der lateralen Schneidezähne. Polydaktylie. Syndaktylie. Schwimmhautbildungen. Angeborene Luxationen. Mangelhafte Extendierbarkeit der Endphalangen der fünf Finger. Kongenitaler Strabismus, kongenitaler Nystagmus. Angeborenes Kolobom. Unregelmäßig gefleckte Iris. Ovale Form der Pupille. Exzentrische Lage der Pupille. Markhaltige Nervenfasern im Augenhintergrund. Abnorme Lage des Austritts der A. centralis retinae. Angeborener sichelförmiger Chorioidealdefekt (Conus). Albinismus. Schiefstand der Augenspalten. Epikanthus. Verbildung der Ohrmuschel (die verschiedenen Formen des Darwischen Spitzohres; das Morelsche Ohr; das Wildermuthsche Ohr; angewachsene Ohrläppchen; Henkelohren). Epispadie. Hypospadie. Kryptorchismus. Abnorme kleine Hoden. Abnorme Insertion des Frenulum praeputii. Infantiler Uterus. Haarwuchs von abnormer Lokalisation. Wirbelbildung in den Augenbrauen. Ungleiche Mundfazialisinnervation.

In den letzten Jahren hat sich gleichsam als Degenerationszeichen der neue Begriff des **Infantilismus** herausgebildet. Er ist zunächst von **Lasègue** aufgestellt und besonders von französischen und italienischen Forschern studiert. In Deutschland hat sich um die Popularisierung des Begriffs besonders **Prof. Anton** in Halle bemüht.

Man unterscheidet seit **Ferrari** einen somatischen und psychischen Infantilismus ferner einen Infantilismus abhängig und unabhängig von der Schilddrüse, weiter einen partiellen Infantilismus und einen allgemeinen Infantilismus.

Folgende Gesichtspunkte ergeben sich für die Anamnese: Erhebungen über das Milieu, aus dem der Kranke kommt. — Der wie viele aus wie vielen Geschwistern. — Geschwister ob gesund oder nicht. — Ob Deszendenz, ob diese gesund oder nicht. — Vater. — Mutter. — Großeltern, väterlicherseits, mütterlicherseits. — Ob Nerven- oder Geisteskrankheiten oder ernstere somatische Erkrankungen in der Aszendenz. — Wichtiges aus der Familiengeschichte: Verschrobene Charaktere, Sonderlinge, hervorragende Leute (Gelehrte, Künstler), usw. — Entwicklung des Kranken bis zum Augenblick der Erkrankung. — Möglichst Angabe des Zeugungsalters der Eltern, Monat der Zeugung. Verhalten der Mutter während der Schwangerschaft. — Wie die Geburt war, ob kurz oder protrahiert, ob Kunsthilfe oder Sturzgeburt, ob Zahnkrämpfe. — Wie als Kind auf der Schule, ob schwer oder leicht gelernt, welche Fächer besonders schwer, zu welchem besondere Neigung, ob gleichgültig dem Schulunterricht gegenüber, wie den Mitschülern und Lehrern gegenüber, welche Erfolge. — Epileptische Anfälle? Veranlassung und Zeit des 1. Anfalles. Form der Aura. Wann Wiederholung? Epilepsia nocturna?

Kamen epileptische Dämmerzustände vor? Wann traten dieselben auf, postparoxysmell, präparoxysmell, freistehend? Absenzen? — Wie sich körperlich während dieser Zeit entwickelt. — Was nach der Schule getrieben bis zur Einlieferung in die Anstalt (Klinik). — Welche Krankheiten als Kind, wäh-

rend des Schulbesuches, nach der Schule. — Beginn der Erkrankung, unter welchen Erscheinungen, wie bis zum Augenblick verlaufen.

Psychische Untersuchung.

(Datum, Tag und Stunde.)

Angabe, ob der Kranke liegt, sitzt oder geht. Spontane Bewegungen. Beschreibung besonders auffälliger Bewegungen und Handlungen. Gesichtsausdruck. Sprechweise spontan und auf Fragen: Langsam oder rasch, laut oder leise, in Sätzen oder ohne Zusammenhang, mit oder ohne Betonung; bevorzugt er bestimmte Worte, spricht er mit Rhythmus? Gestikulation.

Wie heißen Sie? Was sind Sie? Woher sind Sie? Wo hier? Ort? Haus? Warum sind Sie hergekommen? Jahr? Monat? Datum? Wochentag? Jahreszeit? Tageszeit? Ablesen der Uhr.

Dann fragt man nach den Empfindungen. Haben Sie Etwas gesehen, oder gehört, oder geschmeckt oder gerochen, das Ihnen aufgefallen wäre? — Visionen: Farbe, Form, Größe, Ort, Beweglichkeit, Zahl, Wechsel, Durchsichtigkeit. — Akosmen: Worte oder Sätze. Angenehmes oder Unangenehmes. Schallstärke. Timbre. Ort. Ortsveränderung bei Kopfdrehungen.

Wie verhalten sich die Sinnestäuschungen bei Augenschluß. bei Zustopfen der Ohren? Sind dieselben auf beiden Seiten? oder nur auf einer Seite? — Wie verhält sich der Kranke gegen die Sinnestäuschungen? — Ist er fasziniert, horcht er auf, ist er verwirrt? Wie äußert sich die Verwirrung? — Auf welchen Sinnesgebieten bestehen Sinnestäuschungen? (Auge, Ohr, Geruch, Geschmack, Gefühl.) — Läßt sich der Kranke neue Sinnestäuschungen suggerieren? — Hält der Kranke die Sinnestäuschungen für Wirklichkeit? — Wie wirkt auf die Sinnestäuschungen die Ablenkung durch Gespräch, Lesen, Schreiben? Wie körperliche und geistige Ermüdung? Wie die Nahrungsaufnahme? Wie der Schlaf? (vor dem Einschlafen und nach dem Erwachen.) Wie beeinflussen die Tageszeiten die Sinnestäuschungen? — Wie verhalten sich die Sinnestäuschungen zu den

augenblicklichen Vorstellungen? — Passen sie zur Stimmungslage?

Das führt zu Fragen nach der Stimmung. Ist die Stimmung gleichmäßig oder wechselt sie auffallend rasch? — Ist sie heiter oder gedrückt? Traurige fragt man: Können Sie noch heiter, fröhlich sein? Wann waren Sie zum letzten Male fröhlich? Haben Sie Angst? Haben Sie ängstliche Gedanken? Haben Sie zuerst die Angst bekommen? Oder sind Ihnen die ängstlichen Gedanken zuerst gekommen? Ist die Angst rein psychisch? Oder hat sie Begleitempfindungen? Wo wird die Angst lokalisiert? (Präkordial-, Brust-, Unterleibsangst, Kopfangst.) Oder besteht nur eine unbestimmte Lokalisierung als allgemeine Unruhe? — Ist Ihnen Ihr Beruf gleichgültig? Ihre Familie? Ihre Lektüre? Fühlen Sie sich in letzter Zeit leichter erregt als früher? — Sind Sie in letzter Zeit leichter gerührt?

Daran schließt sich die Intelligenzprüfung, wie sie beschrieben ist: Gedächtnis für Längst- und Jüngstvergangenheit, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Abstraktions- und Urteilsfähigkeit. — Beschreibung der Handlungen.

Körperliche Untersuchung.

(Datum. Wochentag. Stunde.)

I. Allgemeines: Körpergröße (Riesenwuchs, Zwergwuchs). Körpergewicht. Körpergewichtsquotient $\frac{\text{Körperlänge}}{\text{Körpergewicht}}$ Körpergewicht (soll gewöhnlich zwischen 2 und 3 betragen); eventuell ob groß, mittelgroß, klein. Temperatur. Alter.

Im Bett, außer Bett, ev. Beschreibung der Örtlichkeit, in der der Kranke sich befindet.

Allgemeiner Körperzustand. (Haut, Fettpolster, Muskulatur, Knochenbau).

Besonderes: Krämpfe, Lähmung, Verband, genaue Beschreibung der ev. Narben nach Größe, Farbe, Verschieblichkeit der Unterlage, Prothese?

Haut: Farbe, Elastizität, Naevi, Schmerzempfindlichkeit, Hauttemperatur, Beschaffenheit der Nägel und Haare, Papierhaut (Glussskin), Sklerodermie.

Sind Syphilide vorhanden? **Fettpolster**: Allgemeines und lokales Verhalten. Adipositas dolorosa? Eingesunkene Augen (Schwund des orbitalen Fettes)?

Muskulatur: Allgemeine Beschreibung derselben (schlaff, gespannt? Tonus?) direkte Erregbarkeit durch Beklopfen mit dem Perkussionshammer oder einem Schlüssel (Harfenphänomen). Elektrische Prüfung.

Knochenbau: Robust, grazil? Exostosen? Halsrippe? Rachitische Rückstände? Frakturen? Verkürzungen der Extremitäten? Verlängerungen? Pseudarthrose? Myxödem?

II. **Besondere Untersuchung**. Gang derselben: Kopf, (Gesicht, Auge, Nase, Mund, Ohren); Hals; Thorax; Extremitäten (Arme, Beine); Genitale.

Allgemeine Beschreibung.

Kopf.

Mikrozephalus (horizontaler Umfang unter 49 cm). — Makrozephalus (Kephalon, Hydrozephalus). —

Auffallende Asymmetrien. Verhalten der Nähte, ob hervortretend oder eingezogen, Pfeilnaht ob druckempfindlich, Verhalten der Fontanellen, Persistenz der Stirnnaht, zurückfliehende Stirn, Tubera frontalia hervortretend, verstrichen, Verhalten der Tubera parietalia, Abflachung des Hinterhauptes (Inokzipitie), Hervortreten der Hinterhauptsschuppe, Verhalten der Protub. ext. ossis occipitis, Hervorwölbung der Schläfengegend Nasenwurzel schmal, breit, Dellen auf dem Kopf, Exostosen Narben, weiß oder rot, groß oder klein, eingezogen oder verschieblich auf der Unterlage. —

Größter Horizontalumfang in der Riegerschen Grundebene (Nasenwurzel, Ansatz der Ohrmuscheln, Protub. ext.). Beträgt gewöhnlich zwischen 53 und 60, bei Frauen zwischen 51 und 57. Die Zahlen bewegen sich gewöhnlich zwischen 55 und 57. Beim Neugeborenen 35—36 cm, nach 1 Jahre 45 cm, bei 7 jährigen Kindern 48 cm, mit 44 Jahren 50,5 cm.

Die große Fontanelle schließt sich meist im 18. Lebensmonate, soll sich spätestens bis zum Schluß des 2. Lebensjahres geschlossen haben.

Größter Längsdurchmesser (17—21 cm; Nasenwurzel, Prot. ext.). Größter Breitendurchmesser (Ohransatz, Ohransatz; 14 bis 18 cm). Größte Höhe (Ohransatz — Scheitelhöhe).

Klopfempfindlichkeit des Schädels bei Beklopfen mit dem Perkussionshammer.

Druckempfindlichkeit der Proc. mastoidei gegen Druck von unten; hinter der Ohrmuschel (knöcherne Kapsel der Schnecke); Druckempfindlichkeit der großen Nervenstämme (Occipitalis major, minor, Fazialis, Supra-orbitalis). Kopfschmerz?

Sind Tumorercheinungen vorhanden? (Klopfempfindlichkeit an einer bestimmten Stelle, Pulsverlangsamung, Stauungspapille, Schlaf). Bei Verdacht auf Tumor probatorische Schädelbohrung nach Wernicke und mikroskopische Untersuchung (Pfeifer).

Besteht Oedema fugax?

Ohren.

Betrachtung der Ohrmuscheln. Abstehend und Henkelohren? Eine der 6 Formen des Darwinschen Spitzohres (Schwalbe)? Morelsches Ohr? Wildermuthsches Ohr?

Schwalbe'sche Maße: Anheftungslinie (= Länge der Ohrbasis a b. Größte Länge g h. Senkrecht zur größten Länge unmittelbar über dem Tragus genommen: die Breite des Ohres d e, Länge des Ohrläppchens: e f. Daraus berechnet Schwalbe die folgenden Indizes: den phycnogamischen Ohr-Index $\frac{700 \cdot d e}{g h}$,

den morphologischen Ohrindex $\frac{100 \cdot a b}{e f}$.

Angewachsene Ohrläppchen?

Befinden sich hinter der Ohrmuschel frische Blutaustritte?

Otoskopische Untersuchung:

Rinnescher Versuch. Positiver Rinne: Es wird eine Stimmgabel angeschlagen, dann seitlich auf dem Proc. mastoideus gesetzt, so lange bis die Stimmgabel noch gehört wird. Darauf wird sie vors Ohr gehalten und noch gehört, da die Luftleitung besser ist als die Knochenleitung. Negativer Rinne. Umgekehrtes Verhalten.

Weberscher Versuch. Verschließt man ein Ohr und setzt eine schwingende Stimmgabel auf dieselbe Schädelhälfte, so wird sie hier lauter als auf der gesunden gehört. Ebenso ist es bei einseitiger Schwerhörigkeit bei Erkrankung des Schalleitungs-Apparates. Bei Taubheit, durch

zentrale Erkrankung bedingt, wird die Stimmgabel auf der gesunden Seite besser gehört.

Prüfung mit der Bezold-Edelmannschen kontinuierlichen Tonreihe ergibt, daß bei Erkrankung des Schalleitungsapparates tiefe Töne durch Luftleitung schlechter gehört werden als hohe, bei Erkrankung des schallempfindenden Apparates dagegen hohe besser als tiefe.

Kalorischer Nystagmus. Wird der rechte Gehörgang mit kaltem Wasser (20°) gespült, so entsteht ein kurzer Ruck-Nystagmus nach links, wird danach mit heißem Wasser von 40° gespült, Ruck-Nystagmus nach rechts. Wird der linke Gehörgang gespült, so ist es umgekehrt. Fehlt diese Reaktion, so ist Unerregbarkeit des Labyrinths vorhanden, ist die Reaktion gesteigert: Übererregbarkeit.

Galvanische Reizung des Akustikus erzielt man durch Aufsetzen der Elektroden auf ein Ohr. Bei normalem Verhalten hört dann der Kranke einen Klang, der bei Kathodenschluß lauter ist als bei Anodenschluß. Bei Erkrankungen ist es umgekehrt. Läßt man den galvanischen Strom durch beide Ohren gehen, so empfindet der Gesunde schon bei 2—3 M. A. Schwindel, der Nervöse früher.

Das Gesicht.

Lang, breit, oval. Gesichtsausdruck. Gesichtsbreite. Gesichtslänge.

Stirnmuskeln, Haut darüber gerunzelt oder verstrichen, auf beiden Seiten oder auf einer Seite. Ist das spontane Runzeln erhalten? Wie verhält sich das Runzeln gegen Widerstand.

Sind beide Gesichtshälften gleich gebildet und gleich innerviert?

Nasolabialfalten, sind sie vorhanden, sind sie gleich?

Vorspringen der oberen Zahnreihe (Prognathie) und Zurückfliehen des Unterkiefers (Vogelgesicht)? Vorspringen des Unterkiefers in toto, so daß die untere Zahnreihe vor die obere tritt (Cranium progenaeum)?

Ausbildung des Kinns?

Die Augen.

Allgemeine äußere Beschreibung. Halo? Ausdruck des Auges, Blick. „Gänsefüßchen“ am äußeren Augenwinkel?

Lider: Weite der Lidspalte, ob gleich auf beiden Seiten. Häufigkeit des Lidschlages (Stellwag). Orbikularisreaktion gegen Widerstand. Orbikularisphänomen. (Beim Versuch, die Augenlider zu schließen, tritt Verengung der Pupille ein.) Beschaffenheit der Lidränder (Blepharitis chronica, Entropium, Ektropium, Districhiasis). Lidreflex. Tränensekretion. Konjunktivalreflex. Kornealreflex. Beschaffenheit der Kornea: Trübung, Maculae, Leukom?

Pupillen: Ob gleich weit oder nicht (Anisokorie). Wie verhalten sich die Irisränder? Besteht Pupillenunruhe? Springende Mydriasis? Form der Pupille, rund oval, verzogen, exzentrisch gelagert. Reaktion auf Lichteinfall. Reaktion auf Konvergenzbewegung. Konsensueller Reflex. Sympathische Reaktion der Pupille auf sensible Reize (Streichen der Haut des Rückens). Psychischer Reflex der Pupillen. Sekundäre Lichtreaktion (Weiler). (Bei Belichtung beider Augen zieht sich die Iris stärker zusammen, als wenn vorher nur ein einziges Auge mit derselben Lichtstärke beleuchtet worden ist.)

Prüfung auf Hemianopsie (gewöhnliche Prüfung, Axenfeldscher Versuch).

Aufnahme des Gesichtsfeldes am Perimeter.

Augenhintergrund.

Bewegungen des Bulbus. Ist Nystagmus vorhanden? (horizontaler, vertikaler, drehender). Besteht Internusschwäche? (Moebius). Läßt man den Kranken erst an die Decke und dann auf seine Nasenspitze sehen, so tritt nur der eine Bulbus in Konvergenzstellung, während der andere nach außen abweicht.) Zu den folgenden Untersuchungen ist ein Licht und ein farbiges Glas nötig. Lähmung des Rect. externus? (Strabismus convergens, der sich infolge der sekundären Kontraktur des Internus steigert. Gleichnamige Diplopie. Die Bilder weichen auseinander, wenn die Gegenstände vor dem kranken Auge nach außen bewegt werden. Der Kopf wird nach der

Seite des gelähmten Muskels gedreht. — Lähmung des Rectus internus? (Strabismus divergens. Gekreuzte Doppelbilder im Blickfeld des gesunden Auges. Der Kopf ist nach der gesunden Seite gedreht.) — Lähmung des Rectus superior? (Beschränkung der Bewegung nach oben. Durch Anspannung seines Synergisten, des Obliquus inferior, wird der Bulbus gleichzeitig rotiert und es entstehen in der oberen Hälfte gekreuzte Doppelbilder. Das obere Bild ist das Doppelbild, es ist geneigt und entfernt sich von dem andern, wenn der Gegenstand nach oben bewegt wird. Der Kopf wird nach hinten und nach der gesunden Seite geneigt.) — Lähmung des Rectus inferior? Beschränkung der Beweglichkeit nach unten. Dabei wird der Bulbus durch seinen Synergisten, den Obliquus superior, gleichzeitig nach außen rotiert. Der Kopf wird nach unten und gegen die kranke Seite gehalten. — Lähmung des Obliquus superior? (Beim Blick nach abwärts wird das Auge etwas nach innen abgelenkt. Gleichnamige Diplopie in der oberen Hälfte des Blickfeldes. Strabismus convergens.) — Lähmung des Obliquus inferior? (Die Beweglichkeit ist nach oben und außen beschränkt. Beim Blick nach oben, weicht der Bulbus nach innen ab. Im oberen Blickfeld gleichnamige Diplopie. Die Bilder stehen schief übereinander.)

Sind alle Augenmuskeln gelähmt, so besteht Exophthalmus.

Parektomie (Dupné). (Auf Aufforderung, die Augen zu schließen, wird der Mund geschlossen oder aber Augen und Mund werden gleichzeitig geschlossen.)

Die Nase.

Form. Knochengerüst (gerade, schief, Fraktur?) Beschaffenheit der Haut und ihrer Gefäße an der Nasenspitze (Acne rosacea). Nasenöffnung (gleich, ungleich).

Untersuchung mit dem Nasenspiegel. Nasenreflex (Nieß-

reflex). Prüfung des Geruchssinnes, eventuell mit dem Olfaktometer nach Z w a a r d e m a k e r.

Der Mund.

Liegen die beiden Mundwinkel in einer horizontalen Ebene? Wenn nicht, gleicht sich die Differenz beim Breitziehen des Mundes, beim Nachsprechen, bei mimischen Innervationen aus?

Beschaffenheit der Lippen (breit, schmal, abgeflacht (atrophisch). Befindet sich an der Einmündung des Philtrum in die Oberlippe eine Unregelmäßigkeit (Tuberkulum, Naevus?) Hasenscharte? Die Lippenmuskulatur bei Bewegungen (Pfeifen, Lachen, Fletschen der Zähne, Sprechen). Wie beim Öffnen des Mundes? (Rund, nicht rund).

Beschaffenheit der Zähne [gerade (orthonath), schief (prognath, opistognath), erhalten oder nicht, Karies; 3 Schmelzkeime der Schneidezähne? Wie sind die Fluchtlinien?] Besteht Zähneknirschen?

Verhalten der Zunge im Munde: Sind beide Teile gleich? (Betasten beider Hälften). Liegt sie ruhig im Munde? Hat sie Zahneindrücke an den Rändern? Ist sie belegt? Ist die Schleimhaut der Zunge besonders gerötet? Wie verhalten sich die Zungenpapillen? Ist ein frischer Biß oder sind Narben vorhanden? Haarzunge? Ist die Zunge auf beiden Seiten gleich empfindlich? Kann die Zunge herausgestreckt werden? Kommt sie gerade heraus? Weicht die Zungenspitze ab? Wie sind ihre Bewegungen nach rechts und links, nach oben und unten?

Beschaffenheit des harten Gaumens. (Hoch und schmal, kahnförmig oder flach und breit?) Torus palatinus? Gaumenspaltung? Harter Gaumenreflex (H e n n e b e r g 1904). (Bei schnellem, kräftigem Streichen von hinten nach vorn über den harten Gaumen tritt Kontraktion des M. orbikularis auf, manchmal verbunden mit einer Hebung des Unterkiefers.)

Wie verhält sich die Schleimhaut der Wangen? Ist sie von normaler Rötung? Enthält sie Narben? Frische Bisse?

Beschaffenheit des weichen Gaumens. Uvula? Sind die Gaumenbögen gleich? Werden sie beim Phonieren gleichmäßig innerviert? Uvularreflex. Weicher Gaumenreflex.

Beschaffenheit der Tonsillen.

Prüfung des Geschmackssinns: Wird überhaupt geschmeckt? Auf beiden Seiten gleich geschmeckt? (Süß, sauer, salzig, bitter. Am sichersten geht man, wenn man für jede Geschmacksqualität eine Sitzung anberaunt und jedes Mal vorher und hinterher den Mund gut ausspülen läßt).

Wie verhält sich die Pharynxmuskulatur? Krämpfe in derselben? Beginnende Lähmung? (Dem. paral.) Schlucken?

Reflexe des Gesichts.

Masseter-Reflex, Bechterews Mandibularreflex. (Bei Beklopfen der geöffneten Zahnreihe, wird der Unterkiefer in kurzer Zuckung nach oben gezogen.)

Supraorbitalreflex. Kontraktion des Orbikulans oculi bei Beklopfen der Incisura supraorbitalis.

Jugalreflex. Aufwärtsbewegung des Mundwinkels bei Beklopfen des Jochbogens.

Säuglingsreflex. Schnappende Bewegungen bei Annäherung eines Gegenstandes (Schlüssel, brennendes Streichholz) an das Gesicht oder Berührung der Lippen.

Ist die Berührungs-, Temperatur-, Schmerzempfindung auf beiden Gesichtshälften gleich?

Die Sprache.

Die Sprache gehört zu den Ausdrucksbewegungen. Sie drückt die an die Großhirnrinde gebundenen psychischen Vorgänge — das, was seit einiger Zeit „die innere Sprache“ genannt wird — durch Symbole aus. Diese Symbole, „die äußere Sprache“, werden durch die Sprachmuskulatur geformt und bestehen zunächst aus Klängen und Geräuschen, Vokalen und Konsonanten. Zu dieser Formgebung ist eine Arbeit der Sprachmuskulatur nötig, welche nur durch Zusammenarbeiten derselben möglich ist, das sich in geordneter Folge, in richtiger Dosierung und in richtiger zeitlicher Dauer ausspricht — die Koordi-

nation. Diese komplizierte Arbeit kann die Hirnrinde allein nicht leisten, daher sind zwischen ihr und der Sprachmuskulatur als Zwischenglied die Kerne der Sprachmuskulatur eingeschaltet, welche in der Medulla oblongata liegen. Diese Kerne heißen Bulbärkerne, weil die Med. oblongata bei den älteren Hirnanatomen Bulbus rhachidicus hieß. Die Störungen der inneren Sprache heißen Aphasien mit verschiedenem Epitheton, je nach der klinischen Beobachtung.

Störungen der äußeren Sprache.

Hauptaufgabe der Bulbärkerne ist die Koordination. Störungen derselben heißen Dysarthrien und Bulbärkernparalysen.

Alle Störungen, welche auf der Bahn zwischen Großhirnrinde und Bulbärkernen liegen, heißen aphatische, diejenigen, welche in den Bulbärkernen und unterhalb derselben bis zur Sprachmuskulatur liegen, bulbäre. Auch Störungen an der Großhirnrinde können bulbäre Störungen hervorrufen. Diejenige Störung, die am häufigsten vorkommt, ist die Störung der Koordination bei der Dem. paralytica, das sogenannte paralytische Silbenstolpern. Es ist kein einheitliches Symptom. Dasselbe besteht darin, daß Buchstaben ausfallen oder eingeschoben werden, ferner, daß beim Beginn der Artikulation gezögert, hesitiert wird, gleichsam das latente Reizstadium der Muskelphysiologie verlängert wird. Andere Male sind es Sprachstörungen, welche an das Gaxen oder das Poltern, oder das allgemeine Stammeln erinnern. Wieder andere Male handelt es sich um Auslassen von Silben. Das Gaxen und Poltern ist wahrscheinlich so zu erklären, daß der Kranke die hesitierende Sprache durch Einschreibungen, Beschleunigungsversuche zu kaschieren versucht. Verdacht auf Paralyse muß in solchen Fällen schon die Tatsache erwecken, daß die Störung erst im reiferen Alter sich entwickelt. Das funktionelle Gaxen und Poltern läßt sich fast stets bis auf das erste oder zweite Lebensjahrzehnt zurückverfolgen.

Störungen der syllabären oder verbalen Koordination stellt das Poltern (Baffarismus) und das Gaxen (Angophrasie) dar, ersteres ist durch Überstürzung der Koordination, letzteres durch Verlangsamung der Koordination bedingt und wird hervorgerufen durch abnorme Dehnung der Vokale oder durch Einschlebung fremder Vokale zwischen die einzelnen Worte.

Störungen der Koordination sind auch das Stammeln und das Stottern.

Unter Stammeln versteht man die undeutliche Artikulation eines oder aller Buchstaben. Vokale leiden weniger als Konsonanten, was aus der verschiedenen Bildungsart beider hervorgeht. Es ist verschieden bedingt; es kann sein:

1. organisches oder kongenitales Stammeln;
2. durch periphere Anomalien veranlaßt; es kann z. B. otogen sein, und schließlich
3. gewohnheitsmäßig sein.

Ist das Stammeln organisch bedingt, also eine Entwicklungshemmung, so ist nicht das Stammeln kongenital, sondern die zugrunde liegende Anlage. Es ist auch dann nur eine selbständige Krankheit und entspricht einer isolierten Entwicklungshemmung der bei der Buchstabenbildung beteiligten Gehirnzentren und Gehirnbahnen. Wenigstens muß man so annehmen, da Sektionsbefunde nicht vorhanden sind. Zum kongenitalen Stammeln gehört auch das otogene Stammeln, wenn es auf angeborener Schwerhörigkeit beruht oder wenn die Schwerhörigkeit in den ersten Lebensjahren erworben ist. Es entsteht selbst in späteren Jahren, wenn die Schwerhörigkeit längere Zeit besteht und die akustische Kontrolle der Sprache verloren geht. Das otogene Stammeln erstreckt sich immer auf alle Buchstaben und seine wichtigste Folgeerscheinung ist eine Verlangsamung der Intelligenzentwicklung, welche sich namentlich auf die allgemeineren und zusammengesetzten Vorstellungen bezieht. Über die Veranlassung des Stammelns durch periphere Anomalien kann nur eine sorgfältige Untersuchung des peripheren Sprach- und Gehörapparates Auskunft geben.

Bei allen Formen des Stammelns nun bedient man sich bestimmter Ausdrücke. Wird das g, l, r, s vorwiegend oder allein undeutlich gesprochen, so spricht man von Gamma-zismus, Lambdazismus, Rotazismus, Sigmatismus. Besonders häufig ist das Stammeln von s, h, l, r. Beim Spontansprechen läßt der Stammer den kritischen Buchstaben entweder ganz aus oder ersetzt ihn durch einen einigermaßen ähnlichen. Manchmal gelingt ein Konsonant nur in einer bestimmten Verbindung nicht und wird nur dann weggelassen oder vertauscht. Ein allgemeines Gesetz des Vertauschens gibt es nicht. Der Stammelkonsonant kann in verschiedener Weise entstellt sein. Als Testobjekt nehme ich den Buchstaben s. Steckt der Stammer bei der Artikulation des s die Zungenspitze zwischen die Schneidezähne, so entsteht das Lispeln, Sigmatismus simplex. Manchmal besteht die Störung darin, daß der Expirationsstrom nicht median, sondern lateral im Bereich der Backenzähne vorgestoßen wird, Parasigmatismus lateralis, oder es unterbleibt der Abschluß der Nasenhöhle durch das Gaumensegel und das s wird näselnd ausgesprochen, Parasigmatismus nasalis.

Das Stammeln ist zu unterscheiden vom Stottern. Der Stammer spricht die Buchstaben undeutlich aus, der Stotterer deutlich, er verlangsamt aber die Aussprache einzelner Buchstaben und unterbricht die Aussprache durch Wiederholung einzelner Buchstaben und Einschreibungen von Pausen. Im weiteren Sinne versteht man unter Stottern jede Unterbrechung der Kontinuität des Sprechens durch Verzögerung der Artikulation eines Buchstabens. Es kann ebenfalls nur ein Symptom bilden oder eine eigene Krankheit sein, die Stotterneurose.

Die Unterbrechung des Wortes erfolgt am Anfang eines Wortes, seltener am Anfang einer Silbe innerhalb eines Wortes. Sie knüpft vorwiegend an Konsonanten an, seltener an Vokale. Der gestotterte Buchstabe wird verlängert ausgesprochen, zugleich nicht ganz, und er gelangt so nicht zur voll-

ständigen Aussprache, Dafür wird er unmittelbar hintereinander nochmals wiederholt. Es sind meist ganz bestimmte Buchstaben, so p, b, t, d, k, g und zum Teil die Anfangsvokale.

Die das Stottern bedingende Innervationstörung besteht darin, daß der zum Aussprechen der Konsonanten notwendige Verschluß der sogenannten Verschlußstore, Lippen, Zähne, Gaumen, nicht, wie es unter normalen Verhältnissen geschieht, nur momentan erfolgt, sondern zu lange aufrecht erhalten und meist zu energisch ausgeführt wird. So kommt die verzögerte, abortive und wiederholte Aussprache zustande. Bei den Anfangsvokalen übernehmen die Stimmbänder die Rolle des Artikulationstores. Es handelt sich also um eine spastische Koordinationsstörung der Buchstabenartikulation, eine *Dysarthria litteralis*. Interessant sind die pneumographischen Aufnahmen der unregelmäßigen Respiration des Stotterers von Gutzmann. Der Stotterer schiebt Inspiration und Expiration an unzweckmäßiger Stelle ein, z. B. eine energische Expiration vor Beginn eines Wortes, bald sind Inspiration und Expiration nicht ausgiebig genug, bald krampfhaft in die Länge gezogen, bald klonisch gespalten. Die Respirationsstörung steigert das Stottern insofern, als infolge des unzweckmäßigen Atmungsrythmus der Luftstrom nicht die normale Energie hat und daher um so weniger den krampfhaften Verschluß der Lippen zu überwinden vermag.

Das Stottern schwindet beim Flüstern und beim Singen,

Die Mitbewegungen beim Stottern sind aufzufassen als Irradiationen der Sprachinnervation in andere Nervengebiete. Sie bestehen in teils klonischer, teils tonischer Innervation im Fazialisgebiet, einschließlich des *M. orbicularis oculi*, der Kiefer- und Kehlkopfbewegungen, Kopfbewegungen, Armbewegungen. Außer diesen Mitbewegungen gibt es noch a k-

zessorische Bewegungen, die der Stotterer ausführt, um sich die Artikulation zu erleichtern und das Stottern zu verdecken. Zu letzteren gehört das Einfügen von Flickworten, die Embolophrasie.

Der hysterische Stotterer unterscheidet sich von dem eben geschilderten genuinen Stotterer dadurch, daß er auch beim Flüstern und Singen stottert. Das hysterische Stottern ist ferner zu allen Zeiten gleichmäßig ausgesprochen, während das genuine Stottern Schwankungen unterliegt. Während ferner dem genuinen Stotterer die Artikulation bei der Wiederholung schließlich gelingt, gelingt sie dem hysterischen Stotterer auch bei der zwanzigsten Artikulation nicht. Die Mitbewegungen des hysterischen Stotterers dauern oft in der Ruhe fort. Neigung zu Puls- und Respirationsfrequenz. Das hysterische Stottern leitet sehr oft den hysterischen Mutismus ein oder folgt ihm nach.

Stotterer gewöhnen sich nicht selten das Poltern an, indem sie die bei den Stotterbuchstaben verlorene Zeit wieder dadurch einzubringen suchen, daß sie die einzelnen Buchstaben und Silben nicht scharf trennen, zum Teil ganz verschlucken und ganz unverfängliche Zwischenworte überhasten.

Auch die falschen Sprachgewohnheiten gehören in das Gebiet der Dysarthrien. Ziehen nennt sie Amelien und leitet das Wort von ἀμέλεια und ἀμελία Nachlässigkeit ab. Sie müssen dem Untersucher der äußern Sprache bekannt sein. Ziehen teilt sie ein in Störungen der literalen Koordination, Amelarthrien, Störungen der syllabären und verbalen Koordination, Amelophasien und in Störungen der Verbindung der Wörter zum Satz und der Sätze zur Rede, Diktionsamelien.

Alle Amelien haben das Gemeinsame, daß sie durch Nachahmung entstehen. Sie können dabei an periphere oder zentrale Anomalien anknüpfen.

Zu den Störungen der litteralen Koordination gehört das Gewohnheitsstammeln. Weiter das gewohnheitsmäßige Schnarren, der Rhotazismus. Es wird dabei, wie es eigentlich geschehen soll, nicht die Zunge, sondern das Gaumensegel und das Zäpfchen in vibrierende Bewegungen gesetzt. Es ist in manchen Gegenden physiologisch. Pararhotazismen sind die Vertauschung des r mit d, ch, w, ng und l. Vom Lispeln, dem Sigmatismus simplex wurde bereits gesprochen. Es muß hier noch einmal erwähnt werden, weil dieselbe Unart auch zur Entstellung des z, dem Zetazismus führt, indem von seinen beiden Komponenten, t und s, das t unterdrückt und nur das s gesprochen wird. Parasigmatismus lateralis entsteht beim Vorhandensein von Zahnlücken und Mißbildungen der Kieferränder, seltener durch gewohnheitsmäßige asymmetrische Innervation der Zunge. Dabei entstehen gleichzeitig Entstellungen des sch, ch und j, die entweder fauchend gesprochen oder durch s ersetzt werden. Parasigmatismus nasalis besteht in näselnder Aussprache des s und sch bei Lähmung oder Defekt des Gaumensegels. Manchmal wird s selbst durch andere Laute wie durch sch und f ersetzt, manchmal geschieht auch weiter nichts als daß weiches s durch scharfes s ersetzt wird. Das Dahlen, der Gammazismus besteht in einer fehlerhaften Artikulation des g und k, an deren Stelle ein an ch und r anklingende Laut gesetzt wird. Paragammazismus verwechselt die Gutturalen mit den Dentalen (Toffer statt Koffer). Lambdazismus: l wird wie l mouillé oder leises j gesprochen, Paralambdazismus: Vertauschung des l mit d, t, s, j, n, ng, r.

Hierher gehört auch das gewohnheitsmäßige Näseln, die Rhinolalia. Ist dieselbe durch Verengerung des Nasenkanals hervorgerufen spricht man von Rhinolalia clausa, entsteht sie durch die dauernde Kommunikation von Mund und Nase, von Rhinolalia aperta. Gewohnheitsmäßiges Näseln kann auch nach Verschwinden diphtherischer Gaumensegellähmung bestehen.

Zu den Amelien der Verbindung von Worten zu Sätzen von Sätzen zur Rede gehört die schon erwähnte Einschaltung von Flickworten, die Embolophrasie. Dahin gehört ferner das ge-

wohnheitsmäßige Räuspern, die gewohnheitsmäßige Wiederholung einzelner Worte oder Satzteile und die gewohnheitsmäßige Veränderung der Tonhöhe am Schluß des Satzes.

Diese bulbären Dysarthrien beziehen sich auf die Bildung von Konsonanten und Vokalen. Es sind entweder die Bulbärkerne oder die Nervenbahn bis zum Muskel, oder diese selbst erkrankt. Ebenso gut aber kann, wie schon bemerkt, das primum movens im Cortex oder auf der Bahn von Cortex zu den Bulbärkernen liegen. Ein sicheres Kriterium dafür, wo die Erkrankung sitzt, haben wir nicht. Vom Cortex zur Sprachmuskulatur ist der Weg weit und geht über das Kleinhirn. Das haben die klinischen Beobachtungen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen Bonhöfers ergeben und ganz neuerdings konnten J. Katzenstein und M. Rothmann durch faradische Reizung der Rinde des unteren Teiles des Lobus ant. cerebelli, speziell im Gebiet des Lobulus centralis, beim Hunde ein Zentrum für die Innervation des Kehlkopfes, der Unterkiefermuskulatur und der Lautgebung nachweisen, welches bilateral funktioniert mit Bevorzugung der gleichen Seite.

Vor allem leidet, wie schon bemerkt, die Bildungsmechanik der Konsonanten mit ihrer komplizierten Sprachmuskulatur, die leichter angreifbar ist, mehr Angriffspunkte bietet als die erheblich einfachere Muskulatur, welche zur Hervorbringung der Vokale notwendig ist. Erst bei mehr vorgeschrittener Erkrankung besonders der Bulbärkerne werden auch die Vokale in Mitleidenschaft gezogen, nämlich dann, wenn die Kerne der Muskeln erkrankt sind, welche den Mund formen. Sind insbesondere die Kerne der Lippenmuskulatur erkrankt, leiden die Lippenlaute b, p, w, f, m, n und u, besteht eine Parese der Zungenmuskulatur, die Tellaute, Zisch-, Gleit- und Zitterlaute der Zunge d, t, s, l, r und i, e, ae, bei Parese der Gaumenmuskulatur die Gaumenlaute g, k, ch, ng, r, und dabei besteht nasaler Beiklang.

Die Laute können ohne Stimme hervorgebracht werden. — Flüstersprache, oder mit Stimme — gewöhnliche Sprache. Letztere kann je nach der Anspannung der Stimmbänder und der Stärke des Anblasens laut und leise

sein. Fehlt der normale Wechsel in der Anspannung der Stimmbänder, bleibt die Spannung gleich so ist die Sprache **monoton**. Der Rhythmus der Sprache wird vom Gehirn geleitet unter wesentlicher Beteiligung des Kleinhirns.

Vom Gehirn geleitet wird auch die Fügung der Worte zum Satz, so daß er ein vernünftiges Ganze bildet, das verstanden werden kann. Leidet die Konstruktion des Satzes, so kommt es zu dem, was man seit **Steinthal-Kußmaul Agrammatismus** oder **Akataphasie** nennt. Es besteht darin, daß die Kranken mitten im Satze abbrechen und aus der Konstruktion fallen. Schreitet diese Auflösung des Zusammenhanges weiter, so werden die Worte überhaupt nicht mehr zum Satze verbunden. Wort wird an Wort ohne erkennbaren Zusammenhang gesetzt, bald langsam, bald rasch. In den schwersten Fällen leidet auch der Zusammenhang der Silben und Buchstaben innerhalb des Wortes. Die Kranken brechen mitten im Worte ab oder kombinieren Teile verschiedener Worte zu einem Wort. Es kommt zu sinnlosen Wortkombinationen. Das ist das Äußerste, was die Akataphasie erreichen kann. Weiter ist es nicht möglich die Zerstörung der Koordination zu treiben.

Die Störungen der Inneren Sprache.

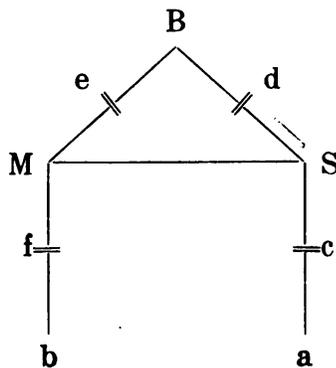
Zum Verständnis sei das alte klassische Schema von **Lichtheim-Wernike** zu Grunde gelegt. S ist die Endigung der sensorischen Sprachbahn a S. Hier endigt der Gehörnerv und hier ist daher die Aufbewahrungsstation für die Erinnerungsbilder der Sprachklänge oder, wie man sie seit **Helmholtz** nennt, der Klangbilder der Worte. Ihr Sitz ist in der ersten linken Schläfenwindung und wird das **sensorische Sprachfeld** oder das **sensorische Sprachzentrum** oder die **Wernikesche Stelle** nach ihrem Entdecker genannt.

Es ist von **Wernike** im Jahre 1874 entdeckt.

Von S geht die Bahn nach M, welches das **motorische Sprachfeld** oder das **motorische Sprachzentrum** bildet. Es wird nach **Broca**, der es 1863

entdeckte, auch die Brocasche Stelle oder das Brocasche Zentrum genannt und liegt im Fuß der 3. Stirnwindung. Hier ist der Aufbewahrungsort für die Erinnerungsbilder der Sprachbewegungen. Von M geht die motorische Sprachbahn Mb zu den beim Sprechen beteiligten Nervenkerne, den Bulbärkernen.

Man muß sich aber sowohl die sensorische Sprachbahn a S als die motorische Sprachbahn Mb über die Lokalisationsstellen S und M hinaus fortgesetzt denken zu einem idealen Begriffszentrum B, wodurch die Bahnen SB und MB entstehen, die



man ihres idealen Sitzes wegen transkorticale nennt. Man muß annehmen, daß diese transkortalen Bahnen über die ganze Großhirnrinde verbreitet sind, wenn auch ihre Verbindungsbahnen mit S und M jetzt noch nicht bekannt sind.

Ist nun das sensorische Zentrum gestört, so entsteht die Worttaubheit, die sensorische Aphasie, ist das motorische Zentrum gestört, die motorische Aphasie. Da nun aber beide Zentren Verbindungen so zu sagen nach oben und unten haben, so ist damit die Möglichkeit gegeben, daß auch hier Störungen eintreten können und es entstehen dann die transkorticale und die subkorticale Aphasie. Nach dem Schema entstehen so 6 verschiedene Aphasien: Die motorische kortikale, subkorticale, transkorticale Aphasie, — und die sensorische kortikale, subkorticale, transkorticale Aphasie.

Die transkortikalen Formen werden von Wernike auch **Leitungsaphasie** genannt. Klinisch am häufigsten und am meisten zu beobachten sind die subkortikalen Formen. Es ist dabei zu bemerken, daß von dem motorischen Zentrum M außer der Bahn zur Sprachmuskulatur auch eine solche zum Schreibzentrum in der 2. Stirnwindung geht und daß bei Störungen auch diese alterniert und die Fähigkeit zu schreiben beschädigt oder ganz aufgehoben ist. Solche Beschädigungen der Fähigkeit des Schreibens werden **Schreib-Stottern** oder **Schreib-Stammeln** genannt, während bei der **Graphie** die Fähigkeit zu schreiben überhaupt aufgehoben ist.

Das klinische Bild der Reinen subkortikalen Motorischen Aphasie setzt sich aus folgenden Symptomen zusammen: Es ist die willkürliche Sprache aufgehoben während das Wortverständnis, das Lesen und das Schreiben erhalten, also die Innere Sprache intakt ist (Läsion bei f).

Das klinische Bild der Reinen subkortikalen sensorischen Aphasie besteht in reiner Worttaubheit bei erhaltenem willkürlichen Sprechen, Lesen und Schreiben (Läsion bei t).

Die Kriterien für die kortikale motorische Aphasie sind Aufheben des Willkürlichen Sprechens und Schreibens bei erhaltenem Wortverständnis und Lesevermögen (Läsion bei M).

Bei der Kortikalen Sensorischen Aphasie ist sowohl das Sprachverständnis, als das Schreiben als das Lesen aufgehoben; während die willkürliche Sprache erhalten ist, aber daneben gesprochen wird (Paraphasie.)

Bei den transkortikalen Formen liegt der Schwerpunkt sowohl bei der motorischen als der sensorischen Aphasie in dem gestörten Verständnis. Bei der transkortikalen motorischen Aphasie kann sich der Kranke auf die Worte und Namen nicht besinnen, er erkennt sie aber, wenn sie ihm vorgesprochen werden, spricht sie nach und gebraucht sie richtig (Läsion bei e). Da es sich hier mehr um eine Ge-

dächtnisstörung handelt, spricht man auch häufig von amnestische Aphasie. Ob aber alle transkortikalen motorischen Aphasien identisch sind mit amnestischer Aphasie ist vorläufig wenigstens noch fraglich. Bei der transkortikalen sensorischen Aphasie wird gleichsam alles mechanisch, ohne Verständnis geleistet. Die willkürliche Sprache ist erhalten, es wird aber daneben gesprochen und geschrieben (Paraphasie und Paragraphie). Auch nachgesprochen wird richtig, Diktat wird richtig geschrieben und es wird richtig kopiert, aber es fehlt das Verständnis für die gesprochenen und gelesenen Worte, Echolalie ist angedeutet.

In leicht erkennbaren Fällen von Aphasie wird schon eine oberflächliche Prüfung einige Auskunft geben. Sie soll aber immer genauer und wiederholt gemacht werden und das Resultat auch mit Bezug auf das Verhalten des Kranken dabei genau protokolliert werden. Positive und negative Reaktionen werden notiert, die Aufforderungen, Fragen und Antworten aufgeschrieben. Besondere Schwierigkeiten und besonderen Zeitaufwand bietet die Untersuchung der transkortikalen Formen oder der Leitungsaphasien im Sinne Wernike's.

Im allgemeinen kann man bei Untersuchung der Aphasien folgende Gesichtspunkte aufstellen:

S p o n t a n s p r e c h e n : Kann spontan gesprochen werden oder nicht? Wenn gesprochen werden kann, wie verhält sich der Sprachschatz? — Besteht er nur aus Infinitiven (Agrammatisums) oder enthält er auch Substantive, Eigenschaftswörter und andere und werden die Zeitworte abgewandelt? — Wie ist die Satzbildung? — Wie erfolgt der Sprechakt? Tonfall, Rhythmus? — Wenn nicht gesprochen werden kann, ist die Sprache wie ausgelöscht oder sind noch Rudimente vorhanden? — Notierung der Rudimente. — Bei weiteren Prüfungen, nimmt die Anzahl der Rudimente zu oder nicht? — Sind Zeichen vorhanden, daß die Aphasie zurückgeht?

N a c h s p r e c h e n : Einzelne Zahlen. — Einzelne Buchstaben des Alphabets. — Reihen (Zählen bis 50 oder 100, Wochentage, Monate, auch das Singen gehört zum Reihensprechen). — Kurze Sätze. Wird frage n d nachgesprochen? — Können sinnlose Buchstabenkombinationen nachgesprochen

werden? — Besteht litterale oder verbale (Wortvertauschungen) Paraphasie oder paraphasische Entstellungen (z. B. Papei statt Papagei)? — Kommen Wortkürzungen vor?

Lesen: Geht das Lesen auf Aufforderung von selbst? Oder muß der Buchstabe, das Wort vorgesprochen werden? — Lesen von Zahlen, einstelligen und mehrstelligen. — Lesen von zusammenhängenden Stücken. — Wie fällt der Schreibversuch aus? — Ist er überhaupt möglich? — Kann Vorgesprochenes nachgeschrieben werden? — Wird daneben geschrieben?

Sprachverständnis: Um das Wortsinnverständnis zu prüfen, ist es gut, verlangte Gegenstände und Abbildungen zu zeigen. Dabei ist beobachtet worden [Heilbronner, Zur Frage der motorischen Asymbolie (Apraxie); Zeitschrift f. Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane Bd. 36], daß die Unfähigkeit bestand, Teile des eigenen Körpers richtig zu zeigen. Man soll deshalb nicht danach fragen. — Sprachverständnis für zusammenhängendes Sprechen oder Satzsinnverständnis wird geprüft durch Erteilung und Ausführung von Aufträgen.

Als Annexe der Sprache lassen sich betrachten

Schreiben und Lesen.

Die älteste und einfachste Methode des Schreibens bestand darin, den Gegenstand einfach abzumalen. Ein Fortschritt war es von unendlicher Bedeutung als man statt dessen den Klang abmalte. Gegenstände, Handlungen, Begriffe wurden mit besonderen Klängen bezeichnet. Diese Klänge sind tönende Zeichen, sind in ihrer Beziehung zu den Dingen, welche sie bedeuten, wechselnd und je nach der Sprache des Volkes verschieden kombiniert, aber die Klangzeichen sind bis auf einige Differenzen dieselben, da sie einfachen Vorgängen im Artikulationssystem entsprechen, Sprengung eines Verschlusses, Bildung einer Enge und ähnlichem. An diese Lautelemente knüpft sich das neue Zeichensystem der optischen Zeichen, indem für jedes Lautelement eine bildliche Darstellung, der Buchstabe, ent-

stand, und zwar wurden besondere optische Zeichen für den Lippenschluß, für seine Sprengung, für den Gaumenverschluß und so fort gebildet. Dabei hat die Gestalt der Zeichen mit der Mechanik der Bildung der Laute nicht das geringste zu tun. Da nun die Erinnerungsbilder von Sinneseindrücken auch in den Gehirnteilen aufbewahrt werden, in denen sie zustande kommen, so werden auch in der Sehsphäre die optischen Erinnerungsbilder der Buchstaben und ihre Reihenfolge aufbewahrt werden. Wenn wir schreiben, so malen wir diese optischen Zeichen ab entweder nach Erziehung aus der Erinnerung oder nach einer Vorlage.

Das Schreiben kommt nun durch Bewegungen zustande, und zwar sind, wie Goldscheider in seiner Arbeit über den Muskelsinn (Du Bois-Reymonds Archiv 1889) nachwies, die Empfindungen dieser Bewegungen nicht wie gewöhnlich solche der Bewegungen selbst, sondern solche, die an die Veränderungen der Bewegungen anknüpfen. Es ist wie beim Auge. Es scheint, daß an der Peripherie der Netzhaut, welche scheinbar überflüssig ist, da sie zum deutlichen Sehen nichts beiträgt, ein besonderes Bewegungsgefühl zustande kommt, welches unmittelbar durch Verschiebung des Bildes und unabhängig von dem deutlichen Erkennen des Ortes des Objektes ausgelöst wird. Die Richtung der Bewegungen kommt uns dabei durch orientierende Nebenempfindungen, die von der Haut und den Spannungen der Sehnen ausgehen, wahrscheinlich zum Bewußtsein. Diese sensiblen Empfindungen wecken das optische Bild der Handbewegung, welche zugleich das optische Bild der Gestalt des Buchstabens induziert. Dieses optische Bild assoziiert sich eine bestimmte zeitliche Folge von Impulsen, die eingeübt ist. Die hierdurch entstehende Bewegung läßt uns in bestimmter zeitlicher Folge eine Reihe von Bewegungsempfindungen zugehen, welche über den Ablauf der Bewegungen unterrichtet.

Störungen der Handschrift werden also eintreten, einmal durch Verlorengehen der optischen Erinne-

rungsbilder der Buchstaben und durch Störungen im Bereich der Bewegungsimpulse. Von den ersteren wird hier abgesehen. Sie bilden ein bekanntes Ausfallsymptom, die Alexie, das in den Gyrus marginalis lokalisiert wird.

Nun kann ein und derselbe Schriftzug durch sehr verschiedene Muskelkombinationen zustande kommen. Er kann zustande kommen z. B. durch einen Finger, durch das Schultergelenk, mit dem Fuß. Wernicke hat infolge dieser Vielfältigkeit der möglichen Schreibbewegungen das Vorhandensein eines besonderen Schreibzentrums bestritten, das jetzt in den Fuß der zweiten linken Stirnwindung gelegt wird. Das dominierende Leitende beim Schreiben bleibt das optische Schriftbild. Von ihm gehen die motorischen Impulse aus, die eingeübt werden. Durch die Übung ändert sich jedoch bei der gewöhnlichen Handschrift das Verhältnis des optischen Schriftbildes zur Bewegung etwas, wodurch der individuelle Charakter der Handschrift zustande kommt. Das vorgestellte Schriftbild wird nicht mehr abgezeichnet, sondern blaßt zu einem Schema ab, welches nur das jedem Buchstaben Charakteristische wiedergibt, während die Formgebung den eingeübten und sich in bestimmter Folge abrollenden Bewegungsimpulsen anheimfällt. Auch die Schriftzüge zeigen wie die übrigen Bewegungen des Menschen beim Gehen, beim Sprechen die Eigenart, mit welcher bei dem betreffenden Individuum die motorischen Impulse abzurollen pflegen. Sie können hastig sein, bedächtig, schwungvoll, mit kräftigem Druck geschrieben. Mancher malt mit besonderer Treue die Details seiner optischen Erinnerungsbilder hin, er wird besonders schön und leserlich schreiben, ein anderer benutzt die Schrift nur als Verkehrs- und Verständigungsmittel und wird sich dieser Aufgabe mit möglichst kurzen Impulsen und mit möglichst wenig Aufwand von Zeit und Mühe unterziehen. Bei dem einen wird der Stift als zweiarmiger Hebel von den Fingern bewegt, wobei der Metakarpalknochen des Zeigefingers das Hypomochlion bildet. Bei dem andern stellt der Stift nur eine starre Verlängerung der Hand dar, deren Gesamtbewegung er genau mitmacht. Die formgebende Be-

wegung geschieht dabei im Handgelenk oder im Hand- und Ellbogengelenk. Die Finger halten nur den Stift. Der erstere schreibt mit charaktervollen Buchstaben, der letztere charakterlos.

Hierzu kommt noch als drittes Moment das, was Souriau das *pläsir de mouvement* nennt, die positive Gefühlsbetonung der Assoziationspsychologen. Graziöse, schwungvolle Bewegungen erwecken angenehme Empfindungen. In der Handschrift markiert sich diese Bewegungslust in geschwungenen Schnörkeln, geschweiften U-haken und Ähnlichem.

Außer der Formgebung kommt noch in Betracht die Projektion derselben auf die Schreibfläche und ihre zeitliche Abfolge. Da die einzelnen Bestandteile der Schriftzüge verschiedene Stärke haben, wird der auf die Schreibfläche ausgeübte Druck nicht ein gleichmäßiger sein können, da ferner die Buchstaben nicht genau in dieselbe Ebene kommen, werden Druck- und Widerstandsempfindungen von verschiedener Stärke entstehen, welche durch den Widerstand und die Reibung an der Schreibfläche bedingt sind. Es wird daher einer bestimmten Schrift eine bestimmte Folge von Druckschwankungen entsprechen. Diese Druckschwankungen geben eine Kurve, die man mit Hilfe des Mareyschen Tambour aufschreiben lassen kann.

Der mittlere Druck, mit welchem geschrieben wird, ist bei verschiedenen Menschen verschieden. Es gibt eine „leichte“ und eine „schwere“ Hand.

Um pathologische Beobachtungen anzustellen, ist zunächst die Handschriftprobe zu nehmen. Tag, Stunde, Beleuchtung und der Ort, wo sich der Kranke befindet und wo er geschrieben hat, sind anzugeben.

Sind Störungen durch Zitterbewegungen zu konstatieren, lasse man mit freier Hand senkrechte Linien ziehen, die Zitterbewegungen setzen sich dann als mehr oder weniger feine Zacken, gleichmäßig oder ungleichmäßig, auf die Linie auf. Auch ataktisches Ausfahren markiert sich gut. In

ausführlichster Weise lassen sich die Zitterbewegungen auf das Kymographion von bestimmter Umdrehungsgeschwindigkeit schreiben, abzählen und auf die Minute verteilen.

Kann gar nicht geschrieben werden, so spricht man von **Agraphie**. Wird anders geschrieben als vorgeschrieben wurde oder vorgedruckt ist, so besteht **Paragraphie**. Eine besondere Form dieses Danebenschreibens ist als **Schreibstammeln** oder **Schreibstottern**, das 1885 zuerst von **Berkhan** beschrieben ist (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten XVI Heft 1 S. 78 ff., XVII Heft 3 S. 897 ff.) und an den Braunschweiger Hilfsschulen beobachtet wurde. Neuerdings spricht man auch von **Handstottern**. **Berkhan** studierte diese Erscheinung an „Halbidioten“, was wohl in unsere heutige Sprechweise übertragen als „Imbezille“ aufzufassen ist. Diese Erscheinung besteht darin, daß in leichtern Fällen einzelne Buchstaben weggelassen oder durch andere ersetzt, oder daß sie verstellt oder neue hinzugefügt werden, daß in schwereren Fällen **alle** Worte bis zur vollständigen Unkenntlichkeit entstellt werden. Die Unkenntlichkeit ging so weit, daß die Schreiber selbst, nachdem sie die Sätze geschrieben, sie nicht wieder zu lesen vermochten. Dabei kam es vor, daß die entstellt geschriebenen Worte an anderen Tagen wieder in anderer Weise entstellt wurden, z. B. der Satz „Der Schlosser macht Schlüssel“ einmal in „Der Schäuzer man Schälzer“, das andere Mal in „Der Schuzer mach Schüzel“. Untersuchungen der Schrift mit der Schreibwage **Kraepelins** sind ebenfalls geeignet, sich über die beim Schreiben auftretenden Druckschwankungen zu unterrichten. Auch die Zeichnungen des Geisteskranken sind zu beachten und liefern besonders bei der *Dementia praecox* ein gutes Material zur Beurteilung.

In engerer Beziehung zur Sprache als das Schreiben steht das **Lesen**. Kann gar nicht gelesen werden, so spricht man von **Alexie**, wird vorbei gelesen, von **Paralexie**. Zur letzteren kann man stellen die Lesestörung, welche sich einzig und allein bei Paralytikern findet und von **Rabbas** zuerst

1885 in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie als paralytische Lesestörung beschrieben ist. Sie geht daher auch unter dem Namen Rabbassche Lesestörung wird aber schon 1881 von Weiß in Wien mit folgenden Worten in seinem Kompendium der Psychiatrie beschrieben.

„Die Kranken lesen beispielsweise das erste oder die ersten Worte richtig, hängen dann an eine richtig gelesene Silbe andere gar nicht dahingehörige Silben und Worte an, die mit dem Drucktext und auch untereinander keinen Zusammenhang haben. Die Inkohärenz des so Gelesenen kommt durchaus nicht auf Rechnung etwaigen „Überspringens“ von Worten und Silben, sondern auf die ganz willkürliche Konstruktion des Gelesenen, das aus Teilen des Textes und frei hinzugedichteten Worten und Silben besteht. Es handelt sich hier um dieselbe Störung, die Kußmaul als „Paralyse“ vieler Aphatischer beschrieben hat.“

Vor jeder Untersuchung wurden stets die Augen untersucht auf Sehschärfe, Refraktion und Akkomodation. Die ophthalmoskopische Untersuchung mußte feststellen, ob der Augenhintergrund normal war oder nicht. Wo es nötig war, wurden Refraktionsanomalien durch Brillen korrigiert. Ausgeschlossen wurden Paralytiker mit hochgradiger Sehnervenatrophie.

Als Leseproben wurden Blätter benutzt von der Größe zweier aneinander gelegter Quartblätter, also eines halben Bogens. Auf dem Papier deutlicher, guter, großer, deutscher Druck, ungefähr in der Größe von Nr. XI der Jägerschen Schriftproben.

Proben wurden drei gebraucht, die dem Sinne nach ganz verschieden waren und nur in dem einen übereinstimmten, daß sie aus Schiller waren. Es war ein einfacher Text, das Mädchen aus der Fremde, ein schwierigerer Text aus Distichen bestehend mit der Überschrift „An einen Weltverbesserer“ und ein Prosastück aus der „Befreiung der Niederlande“. Es war

ebenfalls schwieriger zum Lesen wegen der mehrfach darin enthaltenen, etwas längeren und ungewöhnlicheren Worte. Alle Proben sind frei von Fremdwörtern und überstiegen deshalb nicht für das einfache Vorlesen die Kräfte des Kranken. Ich lasse die drei Proben hier folgen und reserviere für jede Probe ein Blatt, damit sie benutzt werden können.

1. Probe.

Das Mädchen aus der Fremde.

In einem Tal bei armen Hirten
Erschien mit jedem jungen Jahr,
Sobald die ersten Lerchen schwirrten,
Ein Mädchen schön und wunderbar.

Sie war nicht in dem Tal geboren,
Man wußte nicht, woher sie kam;
Und schnell war ihre Spur verloren,
Sobald das Mädchen Abschied nahm.

Beseligend war ihre Nähe
Und alle Herzen wurden weit;
Doch eine Würde, eine Höhe,
Entfernte die Vertraulichkeit.

Sie brachte Blumen mit und Früchte,
Gereift auf einer anderen Flur,
In einem andern Sonnenlichte,
In einer glücklichern Natur.

2. Probe.

An einen Weltverbesserer.

„Alles opfert ich hin“, sprichst du, „der Menschheit zu helfen;
Eitel war der Erfolg, Haß und Verfolgung der Lohn“.

Soll ich dir sagen, Freund, wie ich mit Menschen es halte?

Traue dem Spruche! Noch nie hat mich der Führer getäuscht.
Von der Menschheit — du kannst von ihr nie groß genug
denken;

Wie du im Busen sie trägst, prägst du in Taten sie aus.



3. Probe.

Eine der merkwürdigsten Staatsangelegenheiten, die das sechzehnte Jahrhundert zum glänzendsten der Welt gemacht haben, dünkt mir die Gründung der niederländischen Freiheit. Wenn die schimmernden Taten der Ruhmsucht und einer verderblichen Herrschbegierde auf unsere Bewunderung Anspruch machen, wie vielmehr eine Begebenheit, wo die bedrängte Menschheit um ihre edelsten Rechte ringt, wo mit der guten Sache ungewöhnliche Kräfte sich paaren, und die Hilfsmittel entschlossener Verzweiflung über die furchtbaren Künste der Tyrannei in ungleichem Wettkampf siegen.

Diese Proben haben sich R a b b a s als die passendsten unter anderen Proben erwiesen, einmal weil sie leicht Lesbares und dem Inhalte nach nicht allzu schwer Verständliches enthalten und zum Andern, weil sie doch wieder absichtlich Worte enthalten, die mehr Mühe und Aufmerksamkeit erfordern. Das Resultat wurde sorgfältig protokolliert und an Gesunden nachgeprüft.

Die Alexie kommt auch isoliert ohne andere Begleitsymptome vor.

In den letzten Jahren ist neben der Aphasie noch eine andere Erscheinung Gegenstand der Untersuchung und Erörterung gewesen. Das ist die Störung des zielbewußten Handelns, die Apraxie, die zuerst von L i e p m a n n als klinisches Symptom organisch bedingter Störungen, sodann auch als eine funktionelle Störung von P i c k nachgewiesen ist.

Der Hals.

Kurz oder lang? Sogenanntes Doppelkinn? Sichtbare Pulsationen? Umfang des Halses, mit dem Zentimetermaß über die Schilddrüse gemessen. Schilddrüse. Ob Nebenschilddrüsen? Wenn Struma vorhanden, Beschreibung des Umfanges und der Ausdehnung derselben, ob gleichmäßig oder nur auf einen Teil der Schilddrüse beschränkt, ob hart oder weich oder fluktuierend. Sind beide Kukkularisränder symmetrisch? Oberschlüsselbeingruben?

K e h l k o p f : Stimme: hoch, nieder, monoton, geziert, rhythmisch. Oder besteht Aphonie? Heiserkeit? Bestehen Larynxkrisen?

R e k u r r e n s l ä h m u n g. Einseitig: Stimmband der gelähmten Seite steht in Mittelstellung zwischen Ad- und Abduktion (Kadaverstellung) und kommt beim Phonieren der Mittellinie nicht näher. Dabei überschreitet das Stimmband der gesunden Seite die Mittellinie und die Aryknorpel überkreuzen sich. Bei der Inspiration steht das Stimmband ebenfalls still und nur das gesunde begibt sich in Abduktionsstellung. — Doppelseitig: Beide Stimmbänder sind in Kadaverstellung und können aus dieser weder durch Phonation noch

Respiration bewegt werden. Es besteht Aphonie und inspiratorische Dyspnoe.

I n t e r n u s l ä h m u n g (Thyreo-arytaenoidei interni). Es besteht Heiserkeit. Beim Phonieren schließt sich die Glottis nicht vollständig, sondern es bleibt ein ovalärer Spalt zwischen den Stimmbändern und diese bleiben schlaff. Sind nur die Arytaenoidei gelähmt, so wird die Stimmritze beim Phonieren nur im vorderen Abschnitt geschlossen, hinten bleibt ein kleiner dreieckiger Spalt.

P o s t i c u s l ä h m u n g (Crico-arytaenoidei postici). Inspiratonischer Steidor. (Inspiratonische Dyspnoe.) Bei der Inspiration wird die Stimmritze nicht erweitert, vielmehr werden die Stimmbänder noch mehr einander genähert, angesaugt. Die Stimme ist rau, das Hervorbringen hoher Töne ist erschwert.

Thorax.

Form (gewölbt, flach, faßförmig) Femininer Typus? Polymastie? (Untersuchung eventuell mit Lupe). Rhachitische Rückstände? Rippenbrüche oder Reste davon? Wie verhalten sich die Zwischenrippenräume? (ausgefüllt oder eingesunken, Druckempfindlichkeit). Wirbelsäule. Ist die direkte Muskelerregbarkeit erhöht? (Harfenphänomen). Beobachtung der Head-schen Zonen (entsprechen die geklagten Sensationen denselben?) Untersuchung der Lungen und des Rippenfells. Atemfrequenz. Atemkurve aufgezeichnet mit dem Mareyschen Tambour. Als Parallele ist stets die Pulskurve und die plethysmographische Kurve aufzunehmen und unter die Atmungskurve zu setzen).

Abdomen.

Form (normale Wölbung, abgeflacht, kahnförmige Einziehung). Normale oder nicht normale Perkussionsgrenzen an den Seiten? Meteorismus (gleichförmig, ungleichförmig)? Palpation der Milz unter dem linken Rippenbogen. Palpation der Leber. Ist der Leberrand glatt? Druckempfindlichkeit des Abdomen beim Palpieren. Verhalten des Nabels.

Untersuchung des Magens. Bestehen gastrische Krisen? [Vergrößerung, Erbrechen, Meryzismus (Rumination), Unter-

suchung des Mageninhalts mikroskopisch und chemisch, Prüfung der Funktion durch Probefrühstück und Aushebern nach drei Stunden.]

Verhalten der Darmperistaltik: Obstipation? Diarrhöe? Sind auf dem Abdomen Darmbewegungen sichtbar? (Peristaltische Unruhe, Kußmaul.)

Verhalten der Urinblase: Ist der Harndrang vorhanden? (Fehlen des Harndranges = Anästhesie der Blasenschleimhaut). Besteht pathologischer Urindrang? (Hyperästhesie der Blasenschleimhaut; kann auch durch Onanie zu Stande kommen.) Besteht Ischuria paradoxa? (Entsteht, wenn bei gelähmtem Detrusor der Sphinkter durch den hydrostatischen Druck des angesammelten Urins überwunden wird.) Urinuntersuchung. Menge in 24 Stunden (Polyurie?), Farbe, spezifisches Gewicht, klar, trübe, Sediment (mikroskop. Untersuchung), Eiweiß, Zucker, Urobilin, Azeton, Indikan, Phosphor-ausscheidung, Chloride, Harnsäure. (Die Messung hat nur dann Wert, wenn zugleich festgestellt wird, wie viel Phosphor, Chloride und N. zur selben Zeit dem Körper zugeführt worden ist.) Toxizität der Harns.

Bauchreflex (ob auf beiden Seiten gleich, ob auf die andere Seite irradiierend). — Cremaster-Refl. — Anal-Refl.

Stuhlgang (geformt, nicht geformt. Mikroskop. Untersuchg.)

Lumbalpunktion. Manometrische Druckbestimmung. Bestimmung des Eiweißgehaltes. Zählung der Lymphozyten im Gesichtsfeld. Wassermann.

Bestehen Menstruationsstörungen?

Prüfung der Extremitäten. Die Arme.

Auffallendes. (Stereotype Haltung, Lähmungen, Kontraktionen, Atrophien). Umfang auf beiden Seiten, gleich oder ungleich (die Stelle der Messung in Zentimetern Entfernung von Akromion oder Olekranon anzugeben).

Prüfung der physiologischen Beweglichkeit in den Gelenken (Schultergelenk, Ellbogengelenk, Handgelenk, Fingergelenke). Hypotonie der Gelenke? Schultergelenk (Schulterheben, Erheben erst eines Armes dann beider Arme zunächst

bis zur Horizontalen, dann bis zur Vertikalen, Ab-, Adduktion, Rotation des Oberarmes im Schultergelenk). Ellbogengelenk (Supinieren, Pronieren des Unterarmes). Handgelenk (Flexion, Extension, Ab-, Adduktion). Finger (Flexion, Extension auch gegen Widerstände, ergographische Kurve, Ab-, Adduktion).

Reflexe. Triceps-Reflex, ob gleich, schwach, lebhaft. Rad.-Periost- (Supinator-)Reflex. Infraspinatus-Reflex. [Um am Arm einen dem Patellar-Reflex gleichwertigen Reflex zu haben, hat Frey (Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 1910 Bd. 1 S. 22 ff.) diesen Reflex vorgeschlagen. Er ist zuerst im Jahre 1898 von Schaffer bei Syringomyelie beobachtet, 1900 von Bechterew als Humeroskapularreflex in die Literatur eingeführt und 1902 von Steiner Infraspinatusreflex genannt. Er wird ausgelöst durch Beklopfen des M. infraspinatus, 1½ cm nach innen vom Innenrande der Skapula. Der Effekt ist Adduktion und Rotation des Oberarmes nach außen. Die Arme müssen dabei vollständig schlaff herabhängen. Es wird von Frey angegeben, das einseitige Fehlen des Infraspinatusreflexes sei eine pathologische Erscheinung. Tritt der Reflex in der Weise auf, daß statt der Adduktionsrotation eine Abduktion des Oberarmes und Flexion desselben im Ellbogengelenk eintritt, so soll dies für Erkrankung der Pyramidenbahnen charakteristisch sein.]

Druckempfindlichkeit der großen Nervenstämme (Brachialis, Ulnaris, Medianus).

Direkte Muskeleerregbarkeit bei Beklopfen mit dem Perkussionshammer.

Grobe motorische Kraft, gemessen durch den Händedruck und das Dynamometer.

Ausspreitzen der Finger, ob Tremor vorhanden vor dem Dynamometerversuch und nach demselben, ev. Aufzeichnung der Tremorkurve auf einem Kymographion ohne und mit psychischen Reizen. (Der Sommersche sogenannte dreidimensionale Apparat hat sich mir nicht zur Aufnahme von Tremorkurven bewährt.)

Handschriftprobe. Besteht motorische Mikrographie (Pick)? (Verkleinerung der Buchstaben gegenüber der Norm und Kleinerwerden der Zeichen am Ende der Wörter.) (Man

lasse auch einfache, freihändig gezogene senkrechte Linien ziehen, an denen sich Zitterbewegungen und ataktische Bewegungen gut markieren und beurteilen lassen). Versuche mit der Schriftwage von Kraepelin. Prüfung des stereognostischen Sinnes (Erkennung von Geldstücken an der Größe, Unterscheidung von Gold- und Silbermünzen, Prüfung mit den Hoffmannschen Körpern).

Krallenhand (main en griffe)? [Dieselbe kommt so zustande. Die M. M. interossei ext. und int. und Lumbricales bewirken Adduktion und Abduktion (Spreizung) der Finger, wenn die Finger im Metakarpophalangealgelenk gestreckt sind. Gleichzeitig haben sie die Aufgabe, die Grundphalangen zu beugen und die Mittel- und Endphalange zu strecken. Die Antagonisten der M. interossei sind der M. ext. digit. com. und die langen Fingerbeuger.

Die M. inteross. können nun **unvollständig** und **vollständig** gelähmt werden. Bei der **unvollständigen Lähmung** leiden die seitlichen Bewegungen der Finger, besonders die Adduktionsbewegung und die Kranken können zwischen den Fingern einen Gegenstand nicht festhalten, sondern lassen ihn fallen. Schreitet die Lähmung weiter, geht die Grundphalange in Streckstellung, die Mittel- und Endphalange in Beugstellung. Erlangen die Antagonisten dauernd das Übergewicht, wird die Grundphalange **überstreckt** und Mittel- und Endphalangen werden stark gebeugt. Sekundäre Gelenkveränderungen fixieren den Finger in dieser Stellung, die Krallen- oder Klauenhand ist gebildet.]

Affenhand? (Der Metakarpus des Daumens wird bei Lähmung aller Muskeln des Daumenballens durch den Zug der M. extens. pollicis longus in die gleiche Fluchtlinie mit den übrigen Metacarpi gebracht.)

Predigerhand (Main en prédicateur)? (Überstreckung der Hände im Handgelenk, Streckung der Grundphalangen,

Beugung der Mittel- und Endphalangen. Bei Pachymeningitis cervicalis hypertrophica).

Die Beine.

Auffallendes (Stereotype Haltungen, Lähmungen, Kontraktionen, Atrophien). Umfang (Ort der Messung in Zentimetern, Entfernung von einem fixen Punkt anzugeben), ob gleich auf beiden Seiten oder nicht.

Ausgiebigkeit der physiologischen Bewegungen in den Gelenken (Hüftgelenk, Kniegelenk, Fußgelenk, Zehengelenken). Hypotonie der Gelenke? Hüftgelenk (Flexion, Extension, Rotation). Kniegelenk (Flexion, Extension, Rotation des Unterschenkels). Fußgelenk (Flexion, Extension, Ad- und Abduktion des Fußes). Zehen (Flexion, Streckung).

Kernigsches Symptom? Halux valgus? Varizen? Ödeme? Kniereflex (gleich, lebhaft, schwach). (Aufschreiben der Knieven am Apparat von Weiler). Patellarklonus? Achillessehnenreflex (gleich, lebhaft, schwach). Oppenheimscher Reflex. Mendelscher Reflex. Sohlen-Reflex. Babinski.

Druckempfindlichkeit der großen Nervenstämmen (Femoralis, Ischiadicus, Tibialis).

Statische Ataxie (Romberg). Gang (Rhythmus, Größe der Schritte, Schwanken) mit offenen und mit geschlossenen Augen.

Zusammenhängende Prüfung der Sensibilität.

Inventarisieren der subjektiven Klagen und der Topik derselben. Bestehen Parästhesien: Taubheit, Kältegefühl, Kriebeln, Brennen usw.?

Hypästhesie und Hyperästhesie der Berührungsempfindlichkeit bei leisen Berührungen, bei groben Berührungen. Wird spitz und stumpf richtig unterschieden? (Wird statt stumpf spitz unterschieden, so ist anzunehmen, daß Hyperästhesie besteht.) Werden Längs- oder Querstriche unterschieden? (Stern). Werden die Berührungsempfindungen richtig lokalisiert? (Wenn nicht, so ist die Entfernung der falschen Lokalisation in Zentimetern von der Reizstelle anzugeben.) Die Reizschwelle der Berührungsempfindung wird

passend mit Ziehens Pendelästhesiometer gemessen, wenn der Kranke sich hierzu eignet. Messen der Weberschen Tastkreise. Wird rechts und links gleich empfunden? Wird statt rechts links oder umgekehrt lokalisiert?

Ist das Lagegefühl (Muskelsinn) gestört? (Werden passive Veränderungen der Extremitäten richtig angegeben?)

Sind Druckpunkte vorhanden? Am Kopf die Austrittspunkte der großen Nervenstämme (Occipitalis major und minor, Facialis, Supraorbitalis, Infraorbitalis, Mentalis). An den Dornfortsätze der Wirbelsäule? (Binswangersches Symptom, wobei zu bemerken, daß im Interskapularraum die Druckempfindlichkeit der Dornfortsätze eine physiologische ist. In den Interkostalräumen? Mammalpunkte? Iliakalpunkte? Wird bei der Perkussion des Kopfes an einer bestimmten Stelle Schmerz empfunden? (Verdacht auf Tumor).

Prüfung der Schmerzempfindlichkeit. Werden spontan Schmerzen geklagt? Sind die Schmerzen peripher oder sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, daß sie zerebral sind? Besteht Kopfschmerz? Anfallsweise? Zu welcher Tageszeit? dauernd? Ist die Schmerzempfindlichkeit herabgesetzt? gesteigert? verlangsamt? Ist der Ischiadikus dehnungsempfindlich? (Lasèguesches Symptom.)

Prüfung der Temperaturempfindung. Wird warm und kalt richtig unterschieden? Ist die taktile Empfindung von der Temperatur- und Schmerzempfindung dissoziiert?

Besteht Pruritus?

Besteht Malum perforans an der Fußsohle?

Ist die komplizierte Störung der Hautsensibilität vorhanden, welche J. Piltz beschrieben hat? (Ausgedehnte Hyp- und Analgesie, welche nur eine kragenförmige Zone am Halse, einen Gürtel am Rumpfe und die Hinterflächen der unteren Extremität frei läßt. Dabei taktile Hyperästhesie in der Lenden- und Rückengegend oder in Form eines mehr oder minder breiten Gürtels.)

Entsprechen die geklagten Schmerzen mehr oder weniger den Headschen Zonen?

Besteht Schwindel? Besteht Menièrescher Symptomenkomplex?

Besteht Ataxie? Welche Form hat dieselbe? zerebellar, zerebral, spinal? Ist sie akut aufgetreten?

Zusammenhängende Untersuchung des Gefäßsystems.

Herz (Spitzenstoß, sichtbar, fühlbar, Widerstandsgefühl des Spitzenstoßes gegen den palpierenden Finger, Töne rein, unrein, gespalten, Herzvergrößerung). Aufschreiben des Herzschalles. Karotiden. Femoralis. Radialis (Puls, Schläge in der Minute, auf beiden Seiten gleich, Höhe der Welle, Arterienrohr weich, hart, gespannt, verdickt). Sphygmographische Aufnahme. Stirnast der Schläfenarterie. Vasomotorisches Nachröten (wann auftretend nach dem Streichen, Grenzen scharf oder verwaschen, wann aufhörend). Taches cérébrales. Messen des Blutdruckes (Riva-Rocci, Gärtner). Plethysmographische Kurve. Bestehen Gefäßkrisen, oder werden solche, als früher vorhanden, beschrieben? Krampfadern? Wassermann im Blut.

Die elektrische Untersuchung.

Nötig dazu sind: 1. ein Induktionsapparat mit ein oder zwei Elementen; 2. eine galvanische Batterie von 20 Milliampères Stärke, welche mit einem absoluten Galvanometer und einem Stromwender (Kommutator) versehen ist; 3. ein paar Leitungsschnüre; 4. eine Anzahl Elektroden von verschiedener Größe; eine kleine von 1 bis 3 qcm, eine Normalelektrode von 10 qcm und eine große von 50 bis 70 qcm.

Wenn untersucht wird, ist der Querschnitt der Reizelektrode stets zu notieren, da der Reizeffekt von Stromstärke und Stromdichte abhängt.

$$D = \frac{Q}{J}.$$

Man bedient sich bei der Reizung stets ein und derselben Elektroden. Die große, indifferente Elektrode wird auf den unteren Teil des Brustbeines oder im Nacken gutdurchfeuchtet aufgesetzt, die Reizelektrode entweder auf den motorischen Punkt oder direkt auf den Muskel. Und nun wird gereizt. Die

Reizelektrode läßt sich mit Hilfe des Stromwenders (Kommutator) bald in Kathode, bald in Anode verwandeln, braucht also nicht aus ihrer Lage gebracht zu werden. Sie ist stets mit einem Unterbrecher versehen, der geöffnet sein muß, wenn die Elektrode aufgesetzt wird. Dann wird der Strom geschlossen und darauf der Unterbrecher geschlossen, um gleich wieder geöffnet zu werden. Tritt keine Zuckung ein, so genügt bisweilen leichte Verschiebung der Elektrode, um eine solche zu erzielen. Ist auch jetzt keine Zuckung erreicht, so muß der Strom verstärkt werden.

Die Elektroden müssen beide in warmem Wasser gut durchfeuchtet sein. Bestehen Zweifel, ob man Kathode oder Anode vor sich hat, so lege man beide in warmes Wasser, leite den Strom durch, so entstehen an der Kathode Gasblasen.

Man beginnt mit der faradischen Reizung und bestimmt die Stromstärke, welche eben eine Zuckung auslöst. Man benutzt am besten die Stintzingsche Normalelektrode von 3 qcm Querschnitt. Dann notiert man den Rollenabstand, der als Maßstab für die Stromstärke dient. Es wird zunächst indirekt vom Nerv aus, vom motorischen Punkt aus gereizt, dann direkt vom Muskel aus. Das Zuckungsgesetz bleibt dasselbe, ob vom Nerv aus oder vom Muskel aus gereizt wird. Im allgemeinen läßt sich sagen, daß der Muskel auf Öffnungsreize weniger reagiert als auf Schließungsreize. Es sei auch bemerkt, daß Stintzing fand, daß, wenn derselbe Nerv an verschiedenen Individuen geprüft wurde, die größte Differenz etwa 21 mm Rollenabstand betrug.

Das Zuckungsgesetz ist dieses: Es reagieren Nerv und Muskel nur auf Stromschwankungen, wie sie bei Schließung und Öffnung auftreten (Gesetz von Du Bois-Reymond). Schwache Ströme rufen nur bei Schließung am negativen Pol eine Reaktion hervor, die Ka. SZ. Wird der Strom stärker, so tritt auch am positiven Pol eine Reaktion auf, wiederum bei Schließung des Stromes, die An. SZ, später erst die An. OZ. Wird der Strom weiter verstärkt, so stellt sich Tetanus ein, und zwar wiederum zunächst an der Kathode,

Ka. S Te, die Muskeln bleiben solange kontrahiert, als der Strom durchgeht.

Wir haben also die folgende Reihenfolge: Ka S Z — An S Z — Ka S Te —; dann folgt: Ka. OZ — An. S Te. — An. O Te ist bei Gesunden überhaupt nicht zu erzielen.

Die Reizschwelle für die Ka. S Z liegt nach Erb bei oberflächlich gelegenen Nerven bei 0,5 — 2,4 M. A. Bei der Beurteilung hüte man sich, auf kleine Abweichungen zu großes Gewicht zu legen. Nur größere Abweichungen sind erst als pathologisch anzusprechen. Man suche auch hier zunächst in natürlichen Verhältnissen die Erklärung.

Die normale Zuckung ist kurz und blitzartig. Krankhafte Veränderungen der Erregbarkeit bestehen:

1. in der quantitativen Abnahme oder Steigerung der Erregbarkeit. Zu dem Zweck prüft man denselben Muskel auf beiden Seiten und mißt zu dem Ende zunächst den Leitungswiderstand der Haut, ob er auf beiden Seiten gleich ist. Die quantitative Abnahme der faradischen Erregbarkeit wird am kleineren Rollenabstand als in der Norm erkannt, bei der galvanischen Elektrizität der Nadelausschlag des gedämpften Galvanometers. — 2. In der quantitativen und qualitativen Veränderung. Hier ist eine größere Stromstärke nötig, um eine Zuckung auszulösen und dann ist die Zuckung nicht schnell und blitzartig, sondern langsam und träge.

Diese Form der Zuckung deutet die Entartungsreaktion (Ea R) an. Man unterscheidet eine partielle Ea R, eine vollständige Ea R.

Die vollständige Ea R ist charakterisiert 1. dadurch, daß die Erregbarkeit des Nerven für den faradischen Strom erloschen ist, 2. dadurch, daß die Erregbarkeit auch des Muskels für den faradischen Strom erloschen ist, 3. dadurch, daß die Erregbarkeit des Nerven auch für den galvanischen Strom erloschen ist, daß 4. die Erregbarkeit des Muskels für den galvanischen Strom a) entweder gesteigert oder b) in der Weise modifiziert ist, daß die Zuckung träge ausfällt und An. S Z > Ka. S Z.

Die partielle Ea R ist dadurch gekennzeichnet, daß
1. die Erregbarkeit des Nerven etwas herabgesetzt ist, daß
2. die Erregbarkeit des Muskels entweder herabgesetzt oder erloschen ist, während 3. bei direkter galvanischer Reizung der Muskel träge reagiert und die Zuckungsformel sich umkehrt.

Zwischen partieller und kompletter Ea R gibt es sehr viele Übergangsstufen. Stintzing unterscheidet 13 Varietäten der Ea R.

Eine besondere Stellung unter den elektrischen Reaktionen nehmen ein die myotonische Reaktion (My R) und die myasthenische Reaktion. Die My R ist dadurch gekennzeichnet, daß die tonische Anspannung, welche den willkürlichen Aktionen folgt, auch nach Reizung mit faradischen und galvanischen Strömen eintritt. Die myasthenische Reaktion, die von Jolly des genaueren studiert ist, dadurch, daß bei Anwendung von tetanisierenden faradischen Strömen die Muskelkontraktionen mit jeder Reizung schwächer werden, um schließlich ganz zu erlöschen. Sie ist charakteristisch für die Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund, welche Form der Bulbärparalyse auch Erbsche Krankheit genannt wird.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Kurzgefaßtes Repetitorium der Psychiatrie

von

Oberarzt Dr. **Bresler**, Lüben i. Schl.

Preis in Leinen gebunden M 2.—.

Ein Universitätsprofessor äußerte sich über dieses Repetitorium:

„ Ich finde es überaus praktisch und gut. Es ist von mir meinen Studenten warm empfohlen worden und wurde von diesen bereits viel gekauft.“

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes.

Begründet von Direktor Professor Dr. **Konrad Alt** in Uchtspringe (Altmark).

Herausgegeben von

Geh. Hofrat Prof. Dr. med. **A. Hoche**, Freiburg i. Br.

VIERTER BAND.

- Heft 1. **Laquer**, Dr. med. **Leopold**, Frankfurt a. M. Über schwachsinnige Schulkinder. Einzelpreis M. 1,50.
Heft 2. **Hoche**, Prof. Dr. A., Freiburg i. B. Die Grenzen der geistigen Gesundheit. Einzelpreis M. 0,80.
Heft 3. **Pfister**, Prof. Dr. H., Freiburg i. Br. Die Anwendung von Beruhigungsmitteln bei Geisteskranken. Einzelpreis M. 1,20.
Heft 4. **Well**, Dr. **Max**, Stuttgart. Die operative Behandlung der Hirngeschwülste. Einzelpreis M. 0,60.
Heft 5. **Laquer**, Dr. **Remus**, Wiesbaden. Über Höhenkuren für Nervenleidende. Einzelpreis M. 0,60.
Heft 6/7. **Weygandt**, Prof. Dr. W., Hamburg. Der heutige Stand der Lehre vom Kretinismus. Einzelpreis M. 2,40.
Heft 8. **Liepmann**, Privatdozent Dr. H., Pankow b. Berlin. Über Jdeenflucht. Einzelpreis M. 2,50.

Fortsetzung des Verzeichnisses auf der 3. Umschlagseite.

Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle (S.)

GENERAL LIBRARY

JUN 8 1914

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von
Direktor Prof. Dr. **Konrad Alt**, Uchtsprünge (Altmarkl.)
**In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin
und die Bedürfnisse des praktischen Arztes**
herausgegeben von
Geh. Hofrat Prof. Dr. med. **A. Hoche**, Freiburg i. Br.
X. Band, Heft 7/8.

Die Untersuchung des Geisteskranken

Von Dr. P. Roller
Chefarzt der Körper Heil-
und Wohltätigkeitsanstalten



Halle a. S. 1914
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung

**Abonnements-Preis für 1 Band = 8 Hefte 8 Mark.
Einzelpreis dieses Heftes 2,50 M.**

Jodglidine

Jodiertes Pflanzeneiweiß

Bewährt bei

Arteriosklerose

sekundärer und tertiärer Lues, Angina pectoris, **Bronchitis**, **Asthma**, Exsudaten, Skrofulose, Augenkrankheiten, Gicht, chronisch. Gelenkentzündungen

Rp. Tabl. Jodglidine Original-
Packung. 1 Tabl. enth. 50mg J.

Chem. Fabrik Dr. Klopfer, Dresden

As-Fe-Glidine

**An Stelle der Fowlerschen Lösung,
bei Nervenkrankheiten,
Anämie, Chlorose,**

hartnäckigen Hauterkrankungen, all-
gemeiner Schwäche und Erschöpfung,
» Bazedowscher Krankheit «

Rp. As-Fe-Glidine: Original-Packung
1 Tabl. enth. 1 mg As., 25 mg Fe.

Chem. Fabrik Dr. Klopfer, Dresden

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

FÜNFTER BAND.

- Heft 1. **Pick**, Prof. Dr. A., Prag. Über einige bedeutsame Psychoneurosen des Kindesalters. Einzelpreis M. 0,80.
Heft 2/3. **Determann**, Dr., St. Blasien. Die Diagnose und die Allgemeinbehandlung der Fühlzustände der Tabes dorsalis. Einzelpreis M. 2,50.
Heft 4/5. **Hoennicke**, Dr. Ernst, Greifswald. Über das Wesen der Osteomalazie und seine therapeutischen Konsequenzen. Einzelpreis M. 2,—.
Heft 6/8. **Hellbronner**, Dr. K., Utrecht. Die strafrechtliche Begutachtung der Trinker. Einzelpreis M. 3,—.

SECHSTER BAND.

- Heft 1. **Weygandt**, Prof. Dr. W., Hamburg. Leicht abnorme Kinder. Einzelpreis M. 1,—.
Heft 2/3. **Schröder**, Dr. P., Breslau. Über chronische Alkoholpsychosen. Einzelpreis M. 1,80.
Heft 4/5. **Stransky**, Dr. Erwin, Wien. Über Sprachverwirrtheit. Einzelpreis M. 2,80.
Heft 6/7. **Weygandt**, Professor Dr. W., Hamburg. Über Idiotie. Einzelpreis M. 2,—.
Heft 8. **Bumke**, Privatdozent Dr., Freiburg i. B. Was sind Zwangs-Vorgänge? Einzelpreis M. 1,20.

SIEBENTER BAND

- Heft 1. **Aschaffenburg**, Prof. Dr. G., Köln. Über die Stimmungsschwankungen der Epileptiker. Einzelpreis M. 1,—.
Heft 2. **Moell**, Prof. Dr. C., Berlin. Die in Preußen gültigen Bestimmungen über die Entlassung aus den Anstalten für Geisteskranke. Einzelpreis M. 1,20.
Heft 3. **Nolda**, Prof. Dr. med. A., St. Moritz. Über Indikationen der Hochgebirgskuren für Nervenranke. Zweite Auflage. Einzelpreis M. 0,50.
Heft 4. **Salgo**, Privatdozent Dr. J., Budapest. Die forensische Bedeutung der sexuellen Perversität. Einzelpreis M. 1,20.
Heft 5. **Laquer**, Dr. med. Leopold, Frankfurt a. M. Der Warenhausdiebstahl. Einzelpreis M. 1,—.
Heft 6. **Bonhoeffer**, Professor Dr. K., Breslau. Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Einzelpreis M. 1,60.
Heft 7. **Voß**, Dr. G. v., Greifswald. Der Hypnotismus, sein Wesen, seine Handhabung und Bedeutung für den praktischen Arzt. Einzelpreis M. 1,20.
Heft 8. **Hoche**, Prof. Dr. A., Freiburg i. B. Notwendige Reformen der Unfallversicherungsgesetze. Einzelpreis M. 0,75.

ACHTER BAND.

- Heft 1. **Wilmanns**, Privatdoz. Dr. K., Heidelberg. Über Gefängnispsychosen. Einzelpreis M. 1,20.
Heft 2/4. **Wieg-Wickenthal**, Dr., Ordinarius a. d. n.-ö. Landesanstalt am Steinhof in Wien. Zur Klinik der Dementia praecox. Einzelpreis M. 3,—.
Heft 5. **Steyerthal**, Dr., A., Kleinen. Was ist Hysterie? Eine nosologische Betrachtung. Einzelpreis M. 1,80.
Heft 6. **Heller**, Dr. phil. Theod., Wien. Schwachsinnigenforschung Fürsorgeerziehung und Heilpädagogik. Einzelpreis M. 1,—.
Heft 7. **Haymann**, Dr. H., Freiburg i. B. Kinderaussagen. Einzelpreis M. 1,—.
Heft 8. **Pick**, Prof. Dr. A., Prag. Initialerscheinungen der zerebralen Arteriosklerose und kritische Frörterungen ihrer Pathogenese. Einzelpreis M. 0,75.

NEUNTER BAND.

- Heft 1. **Schultze**, Prof. Dr. E., Greifswald. Der Kampf um die Rente und der Selbstmord in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes. Einzelpreis M. 1,50.
Heft 2. **Gierlich**, Dr. med. Nic., Nervenarzt, Wiesbaden. Symptomatologie und Differentialdiagnose der Erkrankungen in der hinteren Schädelgrube. Einzelpreis M. 1,10.
Heft 3. **Bethge**, W., Halle a. S. Der Einfluß geistiger Arbeit auf den Körper unter besonderer Berücksichtigung der Ermüdungserscheinungen. Einzelpreis M. 0,75.
Heft 4. **Mugdan**, Dr. Franz, Freiburg i. B. Periodizität und periodische Geistesstörungen. Einzelpreis M. 3,—.
Heft 5—7. **Laquer**, Sanitätsrat Dr., Leop., Nervenarzt, Frankfurt a. M. Die Heilbarkeit nervöser Unfallsfolgen. Einzelpreis M. 2,50.
Heft 8. **Laquer**, Sanitätsrat Dr. B., Wiesbaden. Die Großstadt-Arbeit und ihre Hygiene. Einzelpreis M. 1,—.

ZEHENTER BAND.

- Heft 1. **Hauptmann**, Privatdozent Dr. Alfred, Freiburg i. Br. Die diagnostische Bedeutung der Lumbalpunktion. Einzelpreis M. 1,—.
Heft 2. **Stern**, Dr. Ludwig. Kulturkreis und Form der geistigen Erkrankung. Einzelpreis M. 1,60.
Heft 3. **Becker**, Oberarzt Dr. Wern. H., Weilmünster. Spezielle Prognose der Geisteskrankheiten. Einzelpreis M. 1,—.
Heft 4. **Sommer**, Prof. Dr. R., Geh. Med.-Rat, Gießen. Öffentliche Ruhehallen. Einzelpreis M. 1,20.
Heft 5. **Liepmann**, Prof. Dr. phil. et med. H., Berlin. Die „freie Selbstbestimmung“ bei der Wahl des Aufenthaltsortes nach dem Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz. Einzelpreis M. 1,20.
Heft 6. **Eulenburg**, Geh. Medizinalrat Prof. Dr., Berlin. Kinder- und Jugendselbstmorde. Einzelpreis M. 1,—.
Heft 7/8. **Roller**, Dr. P., Chefarzt in Kropp. Die Untersuchung des Geisteskranken. Einzelpreis M. 2,50.

Lecin

Indiciert bei **Chlorose,**
nervöser **Abspannung** und
Appetitmangel Anaemischer.

Dosis 5—10 g. Fl. M. 2.— in Apoth.
Proben und Literatur v. Dr. E. Laves, Hannover.

Wohlgeschmeckende Lösung von Phosphat-Eiweiß-Eisen mit Glycerin-Phosphorsäure.
Lecin-Tabletten für anämische, rachitische Kinder,
40 Stück M. 1.—.

Dosis 4—8 g
As² O₃: 0,01%

Arsa-Lecin

Flasche mit
350 g M. 1,75

Arsen-Lecin-Tabletten

China-Lecin

Für klinische Zwecke ermäßigte Preise.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Soeben erschienen:

Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in ≡≡≡ Wort und Bild. ≡≡≡

Herausgeber:

Oberarzt Dr. Bresler, Lüben.

Dieses Werk bildet eine Ergänzung zu dem Werke: „Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild“ und enthält außer der Beschreibung weiterer deutscher Anstalten auch Beschreibungen von Anstalten der Länder Belgien, Brasilien, Bulgarien, Dänemark, Holland, Italien, Japan, Norwegen, Rußland, Serbien, Ungarn. 372 Seiten mit ca. 450 Abb., Grundrissen und Plänen.

Preis in Halbleder geb. M 14.—.

Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle (S.)

