

(Aus der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bonn [Direktor: Prof. Dr. Hübner].)

Über die nach sozialen Gesichtspunkten erfolgten Nachuntersuchungen der unter Fürsorge stehenden behandelten Paralytiker¹.

Von

Oberarzt Dr. Fritz Koester.

(Eingegangen am 29. August 1932.)

Als Leiter der offenen Fürsorge an der Anstalt Bonn habe ich im Laufe meiner Tätigkeit die Paralytiker, die in meinem Bezirk wohnen, aufgesucht und durch persönliche Untersuchung unter Verwendung eines bestimmten Schemas die sozialen Erfolge der Malariatherapie geprüft.

Ich kann nicht Vergleichs- und Verhältniszahlen heranziehen zur Zahl der Aufnahmen, der Entlassungen, zu der Zahl der in der Anstalt verbliebenen Paralytiker, da ich nicht die Kranken einer Anstalt, sondern die Entlassungen aus den Provinzial-Anstalten Bonn und Galkhausen und der Alexianer-Anstalt Ensen bei Köln (abgesehen von denen aus den sonstigen Provinzial- und konfessionellen Anstalten) in der Fürsorge betreue, und zwar in der Großstadt Köln, in Bonn und in den 10 Landkreisen des Aufnahmebezirks der Anstalt Bonn mit den in diesen liegenden Städten.

Am 31. 12. 29, dem letzten Stichtag der zugrunde gelegten Entlassung der Kranken, hatte ich 3858 Kranke in Fürsorge, 2268 in aktiver, 1590 in latenter, d. h. letztere waren über 2 Jahre aus der Anstalt entlassen.

Vergleichende, statistische Erhebungen über die Entlassung, besonders nach der klinischen und serologischen Seite, sind in unserer Anstalt erfolgt durch Westphal, Bach, Störring².

Ich habe die überwiegende Zahl der Untersuchten in ihrer Häuslichkeit aufgesucht, um mit ihnen und den Angehörigen über ihr Befinden zu sprechen, um sie in ihrem gewohnten Milieu möglichst ohne Hemmungen und Aufregung in ihrer gewohnten Tätigkeit zu beobachten.

¹ Nach einem Vortrag, gehalten auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie am 9. und 10. April 1931 in Breslau.

² Westphal, A. und Bach: Dermat. Z. 53 (1928). — Störring, E.: Arch. f. Psychiatr. 91, H. 3 (1930).

Andere, die wenigsten, habe ich in meiner Sprechstunde gesehen, besonders solche, die tagsüber beruflich tätig waren. Viele dieser Patienten kamen auf „Bestellung“ hin doch etwas scheu, besonders wenn sie schon längere Zeit nicht mehr mit der Fürsorge in Berührung gekommen waren; erst nach eingehender Aufklärung über den Zweck der Nachuntersuchung legte sich das offensichtliche Mißtrauen oder die Scheu.

Ich will hiermit sagen, daß ich schriftlichen Anfragen und Nachuntersuchungen auf „Bestellung“ hin nicht den Wert beimesse kann, als wenn ich persönlich die Patienten in ihrem gewohnten Milieu aufsuche, in dem sie gegenüber dem Untersuchenden einen sicheren Rückhalt zu haben glauben. Schriftliche Angaben und Anfragen werden nach meinen Erfahrungen in der überaus großen Mehrzahl der Fälle gefärbt abgegeben, schon als Sicherheitsfaktor gegen evtl. gefürchtete erneute Anstaltsaufnahmen oder sonstige Maßnahmen, z. B. aus Furcht vor Rentenabzug. Die Formularanfragen haben, meines Erachtens, sehr geringen Wert, da viele meiner Patienten, die solche erhalten hatten, erklärten, „wir mußten doch etwas schreiben, da haben wir doch so geschrieben, wie wir hofften, dem Doktor eine Freude zu machen“. Die meisten der schriftlichen Antworten fasse ich als zweckbetont, objektiv nicht verwendbar auf.

Zur Untersuchung hatte ich ein Schema aufgestellt, nach dem ich systematisch alle Prüfungen vornahm, beginnend mit den eingehenden Aufzeichnungen der Anamnese der Erkrankung — natürlich unter Zuhilfenahme des jeweiligen Krankenblattes —, des Alters, des Zeitpunktes der Infektion, der ersten Erscheinungen derselben, der ersten Erkrankung des Zentralnervensystems, der spezifischen vorhergegangenen Kuren, der Art der Erkrankung usw.

Bei der Aufstellung nachfolgender Tabelle habe ich 129 Fälle, 93 Männer und 36 Frauen, berücksichtigt.

Hinzu kamen in dem gleichen Geschlechtsverhältnis noch eine Reihe von Fällen, die ich ausgeschaltet habe, weil entweder die Diagnose sich im Laufe der Zeit als nicht eindeutig gesichert erwies, oder weil einzelne Patienten eine eingehende Untersuchung ablehnten.

20–25	26–30	31–35	36–40	41–45	46–50	51–55	56–60	über 60 J.
1	3	19	17	20	19	9	3	2 = 93 M.
—	3	5	8	3	8	7	—	2 = 36 Fr.

Das Alter der Infektion ließ sich in den wenigsten Fällen feststellen, und wo es feststand, besonders bei den Männern, entsprach der Ausbruch nach der Infektion in der Zeitspanne den bekannten Zahlen.

Vorbehandelt waren von den 93 Männern 42, nicht vorbehandelt 43. 8 Patienten konnten keine verwertbaren Angaben machen, und objektiv konnten keine sicheren Unterlagen geschaffen werden.

Von den 36 Frauen waren nicht vorbehandelt 26, vorbehandelt 5. Die sehr wichtige Frage, ob die nicht behandelten oder ob die vorbehandelten Kranken die besten Remissionen hatten, konnte ich nach meinen Feststellungen nicht eindeutig beantworten, weil die Zahl der Fälle zu gering ist.

Von den nicht vorbehandelten 31 Frauen zeigten 10 eine mäßige Remission von $\frac{1}{2}$ —5jähriger Dauer, 12 eine gute Remission von 1— $6\frac{1}{2}$ Jahren. 6 waren fortschreitende Fälle. Bei diesen war zuerst eine kürzere oder längere Remission eingetreten von einigen Wochen bis zu $2\frac{1}{2}$ Jahren, bis sich die Verschlechterung zeigte.

3 Fälle habe ich nicht berücksichtigt, da mir die Diagnose zweifelhaft erschien (L. C.?), und die mehrfach ausgeführten serologischen Untersuchungen kein eindeutiges Resultat ergeben hatten.

Von den 5 vorbehandelten Frauen zeigten 3 eine mäßige Remission auf die Dauer von etwa 2 Jahren, 1 eine sehr gute Remission über 4 Jahre, 1 Frau zeigte nach 1jähriger guter Remission einen auffallend progredienten Verlauf. Der Grad der Remission ist aufgestellt, um dies nochmals zu betonen, nur nach sozialen Gesichtspunkten, ohne Rücksicht auf serologischen Befund, auf Grund einer besonderen klinischen Untersuchung und Beobachtung.

Von den 43 nicht behandelten Männern zeigten 16 eine mäßige Remission bei einer Beobachtungsdauer von $\frac{1}{2}$ —5 Jahren, 17 eine gute Remission bei einer solchen von $\frac{1}{2}$ — $6\frac{1}{2}$ Jahren, 10 zeigten einen progredienten Verlauf, zum Teil nach einer kürzer oder länger dauernden Remission.

Bei den 42 vorbehandelten Fällen ergab sich eine mäßige Remission bei 16, eine gute Remission bei 18, nach mäßiger Remission bei 8 ein progredienter Verlauf.

Die 8 Fälle, bei denen eine Vorbehandlung zweifelhaft war, verteilten sich ungefähr jeweils auf die oben angeführten Gruppen.

Alle unsere Zahlen werden später sicher durch andere Resultate ergänzt werden können. Bei dem Beginn der Reiztherapie legte man an die Möglichkeit der Behandlung ja einen ganz anderen Maßstab als heute; einerseits behandelt man jetzt vorgesetzte Fälle, die man früher abgelehnt hätte, und andererseits kommt auf Grund der gezeigten Erfolge eine große Anzahl Patienten viel früher, schon bei den ersten Anzeichen, zur spezifischen Behandlung.

Der Beginn der Erkrankung des Zentralnervensystems ließ sich meist nicht genügend feststellen. Eindeutige Resultate zur Frage der Prognose bei den einzelnen Formen der Erkrankung ergaben sich nicht.

Wichtig erschien mir festzustellen, wie lange die Anstaltsbehandlung jeweils dauerte.

Die 36 Frauen waren im ganzen etwa 180 Monate in Anstaltsbehandlung, es kommen also im Durchschnitt 5 Monate auf eine Patientin; die Zahlen schwanken zwischen $2\frac{1}{2}$ —15 Monaten (3 Patientinnen).

Bei den Männern ergab sich eine knappe Durchschnittszahl von 5 Monaten.

Einige Patienten verblieben $1\frac{1}{2}$ Jahre bis 2 Jahre, während die große Mehrzahl der Fälle nur einen Anstalsaufenthalt von $2\frac{1}{2}$ —5 Monaten erforderte.

Diese Zahlen der Dauer der stationären Behandlung bedeuten gegenüber den Verhältnissen vor der Einführung der Malariabehandlung doch einen enormen Fortschritt, da die Verbringung in die Anstalt meist das Ausscheiden aus der häuslichen Gemeinschaft für immer bedeutete, weil „das Leiden unheilbar war“.

Welche Unsummen von Kosten jetzt gespart werden, liegt auf der Hand, ganz abgesehen von den ideellen Werten nach den verschiedensten Richtungen hin. (Früher Hilflosigkeit in therapeutischer Beziehung, jetzt Rückkehr des Patienten in die Familie, günstigere Prognosestellung gegenüber dem früheren fast absoluten baldigen Ableben.)

Meine Ergebnisse stützen sich neben den Untersuchungen noch auf die eingehend erhobenen Katamnesen bei den Kranken und deren Angehörigen.

Mit dem Strafgesetz waren in den Jahren 1925—29 nur verschwindend wenige in Konflikt gekommen, dann meist in Bagatellsachen, es fand sich nur ein Fall von Sittlichkeitsverbrechen an Kindern.

Was die Voraussetzungen des § 51 StGB. anlangt, so habe ich eine ganze Reihe von Fällen, bei denen er meines Erachtens nicht mehr zur Anwendung gebracht werden kann. Selbstredend konnte ich auch hier bei eingehenden psychiatrischen und psychologischen Untersuchungen noch gewisse Ausfallserscheinungen feststellen und eine Schädigung noch als vorliegend finden. Dieselbe genügte aber nicht mehr, Zurechnungsunfähigkeit zu begründen.

Ich habe unter diesen Fällen Patienten, die jetzt, 1932, nach einer 6—7jährigen Remission, ihren Beruf wieder völlig ausfüllen. Es sind selbständige Kaufleute, verantwortungsvolle Techniker in großen industriellen Betrieben, Inhaber von Vertretungen und dergleichen. Seit Jahren versehen sie diese Posten zur vollsten Zufriedenheit. Es wäre schwer zu begründen, daß diese, wenn sie eine Straftat begehen, den Schutz des § 51 StGB. haben sollten, nachdem sie bisher völlig unauffällig waren.

Anders liegen die Verhältnisse, wenn es sich zeigt, daß die Remission unterbrochen ist, daß eine Verschlechterung eingetreten war, und während der letzteren die Tat begangen wurde.

Ich habe mich gerade bezüglich dieser Fragen bei den glänzenden Remissionen, die ich gesehen habe, eingehend mit den Patienten befaßt,

und ich halte eine ganze Reihe für voll verantwortlich, andere für vermindert zurechnungsfähig.

Sodann erstrecken sich meine Erhebungen auf die zivilrechtliche Seite, ob Ehescheidungen, Eheschließungen, Pflegschaft, Vormundschaft oder dergleichen in Frage kamen.

Eheschließungen sind trotz dringender Warnungen doch in einigen Fällen erfolgt; die Zahl der Ehescheidungen ist gering. Das kommt größtenteils daher, daß in Annahme, die Kranken werden bald sterben, oder aus weltanschaulichen Gründen von der Scheidung abgesehen wird. Andererseits käme es häufiger zu Ehescheidungen, wenn bei dem paralytischen Gatten noch der Affekt und die richtige Beurteilung des Verhaltens des anderen Ehegatten in vollem Maße vorhanden wären. Der kranke Ehegatte übersieht in seiner Demenz vieles, was der gesunde Teil tut. Ehebrüche des gesunden Partners habe ich mehrfach feststellen können.

Was die Geschäftsfähigkeit anlangt, so habe ich bei ungefähr der Hälfte der Untersuchten festgestellt, daß sie nicht voll geschäftsfähig waren. Die Kranken machten zwar einen geordneten, sachlichen Eindruck, bei näherer Prüfung aber versagte ihre Urteilsfähigkeit, sie hatten den Überblick über ihre ganze Lage, besonders die heutige schwierige Zeit verloren.

Von den 93 Patienten halte ich 42 für geschäftsfähig, 40 für geschäfts-unfähig, und bei 11 konnte ich bei der ambulanten Untersuchung zu einem positiven Resultat nicht gelangen, im konkreten Fall müßte man bei den letzteren doch wohl — besonders bei etwas schwierigen Verhältnissen — die Geschäftsfähigkeit verneinen, also in 93 Fällen sind 51 nicht geschäftsfähig.

Bei den Frauen halte ich 12 für geschäftsfähig, 19 für nicht geschäftsfähig, 5 für fraglich.

Bei der Bescheinigung der Notwendigkeit einer Pflegschaft habe ich, wenn der Kranke sich kritiklos dagegen sträubte, regelmäßig eine Verständigung mit dem Patienten als nicht möglich angesehen. Zur Entmündigung habe ich mich nicht immer leicht entschlossen.

In 2 Fällen ist die im akuten Stadium ausgesprochene Entmündigung wegen Geisteskrankheit aufgehoben worden; in einem Fall bei einem Kaufmann mit großem Geschäft, der wieder allen an ihn gestellten Anforderungen gerecht wurde; im anderen Falle bei einem Wirt.

Dieser letztere Fall ist insofern bemerkenswert, als die bei ihm 1926/27 eingeleitete Malariatherapie und spezifische Nachbehandlung völlig versagte. Dann erkrankte er 1928 an dem in unserer Anstalt ausgebrochenen Typhus, er war lange Wochen schwer krank, mit seinem Aufkommen wurde nicht mehr gerechnet; er hatte schwerste neuritische Störungen, Lähmungen des rechten Arms usw.; heute ist er eine der besten Remissionen, die wir haben. Ich selbst habe das Krankheitsbild genau verfolgen können, da ich den Patienten zuerst mit Malaria behandelte und dann die Typhusstation versorgte, und seit 3 Jahren habe ich den Patienten

schließlich draußen verfolgt (er wurde 2 Jahre 2 Monate in der Anstalt behandelt). Seinerzeit habe ich mich für die Entmündigung und später für seine Bemündigung ausgesprochen.

Was die Rückkehr in den Beruf anlangt, so sind wir selbstredend bei verantwortungsvollen Berufen sehr vorsichtig gewesen. Bei einzelnen wurde die Wiederaufnahme des Berufs regelmäßig abgelehnt, z. B. bei Richtern, Ärzten, leitenden Dezernatsbeamten, Betriebsleitern und dergleichen.

Dabei habe ich trotzdem eine ganze Reihe von Patienten, die im Besitz des Autoführerscheins sind und auch fahren; andere wieder sind so einsichtig, daß sie von dem ihnen früher erteilten Führerschein keinen Gebrauch machen, da sie selbst sagen, „ich könnte ja noch fahren, aber ich glaube, meine Nerven tun nicht mehr mit“.

Was die freien Berufe anlangt, so habe ich eine große Zahl von Patienten, die ihren Beruf wieder voll und ganz ausfüllen.

Zusammenfassend kann ich sagen: Von den Frauen waren 7 nicht mehr berufs- und arbeitsfähig, 6 berufs- und arbeitsfähig, 23 aber zu Hause im Haushalt arbeitsfähig.

Von den Männern waren voll arbeitsfähig und berufsfähig 39; 28 zu Hause arbeitsfähig; 26 nicht mehr arbeitsfähig.

Über einen Fall, der 1926 behandelt wurde, möchte ich etwas ausführlicher berichten.

Ein großes Plakat am Hause bezeichnete ihn als „Helopath“. Im Warteraum traf ich, wie schon auf der Treppe, mit den Patienten des Heilkundigen zusammen. Ein fremder Herr, anscheinend ein Ordner, belehrte mich dahin, ich müsse warten, Herr J. könne nicht gestört werden, er sei gerade bei der Arbeit. Auf mein dringendes Bitten, weil ich die lange Reihe der Wartenden nicht absitzen wollte, erschien er doch, und spontan erklärte mir Herr J.: „Ich bin meiner Mutter gefolgt, ich kenne jetzt auch die Heilkunst, ich bin kerngesund, wie ein Fisch im Wasser, nur mit meinen Augen will es nichts werden. (Er hat schon seit 1908 eine allmählich einsetzende luische Opticusatrophie.) Meine Mutter kannte die Heilkunst sehr gut, ich habe mir gesagt, alle die Jahre bist du krank gewesen, deine Mutter hat so viele Menschen geheilt, gib dich mal dran. Ich habe es getan und arbeite jetzt helopathisch. Gewiß wird mein Gehirn manchmal etwas müde durch das helopathische Arbeiten, aber es geht mir gut.“ Triumphierend zeigt er mir dann einen etwa 3 cm langen Knochensequester, den er einem Kind aus dem Schienbein geholt haben will, nachdem sich die Ärzte 2 Jahre lang erfolglos damit bemüht hätten. Er selbst sei ganz gesund geworden durch Vitriol- und Salzbäder, außerdem habe er selbstgemachten Tee aus verschiedenen Kräutern getrunken. Auf die Frage, wie er denn arbeite, gab er an, er setze sich dem Patienten gegenüber, nehme diesen vollkommen auf, und dann versuche er die nicht gesunden Gedanken bei den Leuten zu vertreiben.

Wenn er so schnell hintereinander arbeiten müsse bei dem großen Andrang, den ich selbst gesehen habe, dann sei dies sehr schwierig, und er habe dann stärkere Kopfschmerzen, sonst aber falle ihm sein Beruf leicht. Grotesk und komisch war es, daß er mir auf der Treppe nachgelaufen kam und fragte, wann er in meine Sprechstunde kommen könne, um sich daselbst seine Überweisung zur Augenklinik zu holen, da er an seinen Augen selbst nichts heilen könne.

Bei einem späteren Besuch traf ich ihn leider nicht an, die Möbeleinrichtung hatte sich entschieden gebessert, die Ehefrau gab an, es gehe ihm blendend, die Leute seien sehr zufrieden mit ihm, „seine Arbeit sei ja auch blendend“.

Bei einer Reihe von Patienten war die soziale Brauchbarkeit an sich nicht mehr hoch anzuschlagen. Die Patienten waren aber doch noch zu mechanischen Verrichtungen verwendbar. Es waren Fälle, die vom klinischen Standpunkt aus als „ein verlorener Fall“, eine „chronische Paralyse“, „schlechte oder gar keine Remission“, ein „stationär gebliebener Fall“ bezeichnet worden waren.

Manche von ihnen machten zu Hause, beschäftigt bei der Hausarbeit, beim Zimmer reinigen, Betten machen, Kartoffeln schälen, bei Beaufsichtigung der Kinder, kurzum bei der Arbeit, die sonst der Ehefrau obliegt, einen günstigeren Eindruck. Sie leisteten hier für die Familie noch gewisse Dienste, die Ehefrau ging in derartigen Fällen meist einer Beschäftigung außer dem Hause nach. Auf diese Weise wurde verhindert, daß Unterstützung gezahlt werden mußte.

Ich glaube, daß dieses Moment der beschränkten sozialen Brauchbarkeit in der Familie doch auch als Erfolg zu buchen ist.

In einer anderen Kategorie von Fällen erwies sich die durch das städtische Wohlfahrtsamt in Köln eingerichtete landwirtschaftliche Arbeit auf einem Gut sehr heilsam. Ich habe in einer ländlichen Kolonne etwa 100 entlassene Kranke, darunter auch Paralytiker, die zu Hause nicht zu halten waren, ewig in Unfrieden mit der Familie lebten; die Ehefrauen baten immer wieder um erneute Einweisung in die Anstalt.

Die ihnen in der Kolonne vermittelte Arbeit mit ihrer Regelmäßigkeit wirkte auf die Leute, wie wir es aus der Anstalt kennen, heilsam. Die Klagen von Seiten der Angehörigen verstummen, die Patienten selbst empfanden ihre Beschäftigung dankbar, besonders, da sie wöchentlich noch einen kleinen Lohn erhielten.

Im allgemeinen bestätigt die Umgebung oft, daß mit den Kranken nach der Behandlung besser umzugehen sei.

Die von *Mautz*¹ so betonte Nivellierung, Glättung der Persönlichkeit, die als Milde und Ausgeglichenheit imponiert (s. auch *Bostroem*, *Pönitz*²), habe ich nicht so ausgesprochen beobachtet. In der Klinik mögen diese Erscheinungen vielleicht eher zutage treten, draußen, nach meinen Erfahrungen, nicht.

Eine große Zahl von Patienten leben von Pensionen und sozialen Renten; z. B. bei der Beurteilung der Invalidität hatte ich manchmal den Eindruck, daß gerade Paralytiker besonders wohlwollend behandelt wurden.

¹ *Mautz*: Zur Psychopathologie malararemittierter Paralytiker. Z. Neur. 129, 697—700 (1930).

² *Bostroem*: Die progressive Paralyse. Handbuch der Geisteskrankheiten von *Bumke*. Bd. 8. Spez.-Teil 4. — *Pönitz*: Der defektgeheilte Paralytiker. Erg. Med. 14, H. 3/4 (1930).

Die Diagnose „progressive Paralyse“ ist nicht mehr gleichbedeutend mit Siechtum und Arbeitsunfähigkeit. Die Behandlung hat oft großen Erfolg. Es kommen deshalb für die Invalidenrente keineswegs alle Paralytiker in Betracht.

Zum Schluß meiner Erhebungen möchte ich noch einige eugenische Fragen streifen. Ich habe jeweils außer dem Paralytiker auch den „gesunden“ Ehegatten und die Kinder angesehen. Bei den 36 Frauen waren auch 11 Männer luisch infiziert, bei den 93 Männern waren 16 Frauen erkrankt; der Nachweis war erbracht durch Blutuntersuchung. Leider konnte ich nicht alle Fälle zur Blutuntersuchung bewegen, so daß meine Aufstellung nicht vollständig ist.

Ob es sich um gegenseitige Infektion der Ehegatten handelte, ließ sich nicht feststellen.

Bei den durchuntersuchten Fällen der Männer konnte ich in 3 Fällen, bei den Frauen in 2 Fällen luische Erkrankungen der Kinder finden.

Von den nach erfolgter Remission und durchgeföhrter Behandlung entlassenen Frauen hatte nur eine Frau von der so großen Gesamtzahl nochmals, einmal, geboren. Das Kind zeigte nichts Pathologisches.
