

(Landesanstalt Arnsdorf, Sa. — Direktor: Oberregierungs-Med.-Rat Dr. Schlegel.)

Die forensische Bedeutung der neuzeitlichen Paralysebehandlung.

**(Vortrag, gehalten am 26. November 1925 in der forensisch-psychiatrischen
Vereinigung zu Dresden.)**

Von
Dr. Carl Schneider.

M. H.! Die gutachtliche Beurteilung der Paralyse vor Gericht bot bisher keine besonderen Probleme. War einmal die Diagnose Paralyse gesichert — jeder Erfahrene weiß, daß in den Frühstadien gerade bei der forensischen Gutachtertätigkeit die Paralysediagnose mitunter Schwierigkeiten macht — so waren eigentlich alle gerichtlichen Fragestellungen schon entschieden. Der Kranke war damit ohne weiteres als unzurechnungsfähig, geschäftsunfähig, entmündigungsbedürftig usw. gekennzeichnet. Und da fast ausnahmslos die Paralytiker dauernd anstaltsbehandlungsbedürftig waren, erledigten sich alle weiteren zu gerichtlichen Fragen führenden Konfliktmöglichkeiten.

Das hat sich jetzt nach Einführung der Fieberbehandlung der Paralyse mit Wechsel- und Rückfallfieber — die früheren Behandlungsversuche waren nicht wirksam genug — gründlich geändert. Wir sehen, daß die Behandlung zu einer unbestreitbaren Erhöhung der Remissionsziffern führt, daß in ungleich größerem Ausmaße als früher Paralytiker wieder aus den Anstalten entlassen werden können, um ihren Beruf wieder aufzunehmen, und daß in den durch die Behandlung nicht gebesserten Fällen die Dauer der Erkrankung zunehmen kann. Vor allem aber ist seit Einführung der neuen Behandlungsweisen an die Stelle der ermüdenden Einförmigkeit der forensischen Problemstellung bei Gutachten über Paralytiker eine große Mannigfaltigkeit möglicher Entscheidungen, je nach Güte der Remission, Anforderungen der sozialen Stellung und Art der richterlichen Fragestellung getreten.

Aus alledem war bald vorauszusehen, daß für den Sachverständigen vor Gericht die Paralyse eine ungleich größere Bedeutung bekommen würde als bislang. Man muß sich auch in diesem Teilgebiet der Paralyseprobleme völlig neu orientieren. Soweit man als einzelner jetzt nach den wenigen Jahren seit Einführung der Behandlung sagen kann, scheint die strafrechtliche Bedeutung hinsichtlich der Zahl der von entlassenen Paralytikern begangenen Straftaten nicht erheblich gewachsen zu sein. Das liegt einmal an der Eigenart der seelischen Verfassung auch der Mehrzahl der gebessert entlassenen Paralytiker, zum anderen wohl auch an der erhöhten Vorsicht, mit der der Entlassene nach Erkennung seines

Leidens in der Regel umgeben und beaufsichtigt wird. Die zivilrechtlichen Fragestellungen dagegen nehmen einen größeren Raum ein; an 1. Stelle steht die Frage der Entmündigung, der Wiederbemündigung und der Pflegschaft. Sie ist eigentlich vorläufig die einzige Frage, die häufig angeschnitten werden wird. Aber man tut doch gut, sich von vornherein auch die Gesichtspunkte klarzulegen, die für die Entscheidung auch der anderen Fragestellungen maßgebend sein können, also für die Fragen der Ehescheidung, der Geschäftsfähigkeit, Vernehmungsfähigkeit und der Testierfähigkeit.

Auch wenn man vorläufig nicht allzuoft in die Lage kommen wird, derartige richterliche Fragestellungen im konkreten Fall zu beantworten, so ist es doch meines Erachtens zweckmäßig, sich mit ihnen im allgemeinen auseinanderzusetzen, kann doch die Stellungnahme zu ihnen bei der Beurteilung der Entlassungsfähigkeit behandelter Paralytiker entscheidend ins Gewicht fallen. Denken Sie doch nur daran, daß für den Kaufmann, den Arzt, den Beamten, der nach der Paralysebehandlung als berufsfähig entlassen werden soll, die Geschäftsfähigkeit unbedingte Voraussetzung der Wiederaufnahme seiner Tätigkeit ist, und daß für sie die Frage nach der etwaigen Geschäftsunfähigkeit bei einer verfehlten Willensentscheidung sozusagen zu jeder Stunde akut werden kann.

Für den Arzt wird eben gerade der hier auftauchende Konflikt zwischen sozialer und forensischer Einstellung oder Verantwortlichkeit bei der Entlassung behandelter Paralytiker zum Motiv, sich mit den Gesichtspunkten zur Lösung evtl. auftauchender gerichtlicher Fragen auseinanderzusetzen. Man wird sich bei der Entlassung gebesselter Paralytiker stets der Möglichkeit bewußt sein müssen, daß der Entlassene je nach persönlicher Artung und Stellung strafrechtlichen und zivilrechtlichen Konflikten aller Art ausgesetzt sein wird, kann sich aber natürlich von diesem Verantwortungsgefühl nicht immer entscheidend beeinflussen lassen. Die Entlassung eines solchen Kranken ist zunächst in erster Linie — abgesehen von öffentlich-rechtlichen Aufgaben — ein soziales Ereignis, für das auch die sozialen Gesichtspunkte ausschlaggebend sein müssen, bei Paralytikern um so mehr, als sie doch eben nur in einer kleinen Minderzahl überhaupt mit den Gerichten infolge ihrer Krankheit in Berührung kommen. Aber bei Kranken in Stellungen oder Berufen, von denen der Gesetzgeber, sei es in strafrechtlicher oder zivilrechtlicher Richtung, ein erhöhtes Maß von Verantwortungsgefühl und Umsicht fordert und deren Ausfüllung ein höheres Maß geistiger Fähigkeiten voraussetzt, also um einige zu nennen: der des Arztes, des leitenden Kaufmannes, des leitenden und verantwortlichen Beamten, des Lehrers, oder bei Fällen mit verbrecherischen Neigungen, spielen doch auch die forensischen Konfliktmöglichkeiten bei der Bedeutung der Entlassung keine unbedeutende Rolle. Ich betone dies, obschon es selbstverständlich erscheint, ausdrücklich, weil unter dem Eindruck unbestreitbarer Besserungen des Krankheitsbildes, unter dem Druck des Kranken und ihrer Angehörigen, in dem Bestreben, die hier gegebene, sonst doch so selten zu verwirklichende Möglichkeit auszunutzen, daß man Kranke ihrer Familie und ihrem Beruf wieder zuführen kann, — weil im Zusammenwirken aller dieser Motive unzweifelhaft bei den Ärzten die Neigung zu vorzeitigen Entlassungen behandelter Paralytiker auftritt. Das hat auch *Fleck* in einer Arbeit aus der Münchner Klinik hervorgehoben. Man unterschätzt auch für gewöhnlich die Kompliziertheit der sozialen Aufgaben, vor die der zu Entlassende gestellt wird und kann, weil keine noch so eingehende Untersuchung den Arzt instand setzt, die Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit des Kranken in entscheidenden Lagen vorauszusehen, keineswegs sagen, ob er allen Anforderungen gewachsen sein wird.

M. H.! Ich habe diese Dinge so ausführlich erörtert, weil sie kennzeichnend sind für den jetzigen Stand unserer Kenntnisse und für die

allgemeine wissenschaftliche Situation, soweit sie zur Entscheidung und Beurteilung konkreter gerichtlicher Fragestellungen bei behandelten Paralytikern maßgebend ist. Der Besprechung dieses Sachstandes der Behandlungsresultate wende ich mich nunmehr als dem wichtigsten Teile meiner Darlegungen zu.

Durch die Behandlung werden hinsichtlich des Besserungsgrades recht verschiedene Erfolge erzielt. Für gewöhnlich teilt man sie in mehrere Gruppen zu Zwecken der praktischen Verständigung ein und pflegt als Vollremissionen die Wiedererlangung der vollen Berufsfähigkeit, gemessen an der tatsächlich erfolgten reibungslosen Ausübung des Berufs, als unvollkommene Remissionen die Zustände zu bezeichnen, welche noch mit irgendwelchen psychischen Defekten einhergehen. Mit *Gerstmann* kann man in dieser Gruppe noch zwei Typen unterscheiden: die unvollkommene Remission höheren Grades, welche die Leistungsfähigkeit zwar deutlich herabsetzt, aber weder die Gesellschaftsfähigkeit noch die Arbeitskraft völlig aufhebt und erst bei näherer Untersuchung Defekte erkennen läßt, und die unvollkommene Remission geringeren Grades, welche nur die „selbständige Lebensführung innerhalb der Familie“ noch gestattet. Dazu kommen noch die Gruppen der zwar etwas gebesserten, aber ihrer Defekte wegen anstaltsbehandlungsbedürftigen Kranken und die der unbeeinflußt gebliebenen.

Diese Einteilung ist zwar von sozialen Gesichtspunkten aus gewonnen, ist aber auch für die forensen Zwecke brauchbar. Die verschiedenen Gruppen haben nämlich offenkundig eine Verschiedenwertigkeit hinsichtlich der forensischen Probleme. Für die Gruppe der Unbeeinflußten ändert sich nichts gegen früher, für die Gruppe der anstaltsbedürftigen Gebesserten kommt höchstens die Frage nach der Durchführbarkeit der Ehescheidung in höherem Maße als bisher in Betracht, nur die Gruppen der vollkommenen und unvollkommenen Remissionen erfordern eine wirkliche Neueinstellung. Doch decken sich die Gesichtspunkte für die soziale und die forensische Beurteilung auch bei diesen Gruppen nicht immer. In einzelnen Fällen — so viel ich sehe kann, scheinen sie nicht häufig zu sein — wird nämlich die Berufstätigkeit durch mehr körperliche Resterscheinungen in höherem Grade beeinträchtigt, als nach dem eigentlich psychischen Befunde vielleicht zu erwarten wäre. Im allgemeinen kann man zwar sagen, daß mit der Remission der psychischen Symptome auch die psychomotorischen Störungen der Sprache, der Schrift, der allgemeinen Bewegungssicherheit sich bessern, so daß beide Reihen annähernd parallel gehen. Man trifft aber auch auf vereinzelte Fälle, wo isolierte Sprech- oder Schriftstörungen und dergleichen, von Halbseitenlähmungen ganz zu schweigen, trotz Wiedererlangung relativ guter seelischer Leistungsfähigkeit zurückbleiben. Zwar scheint dies bei Vollremissionen nicht vorzukommen,

aber bei an sich arbeitsfähigen unvollkommenen Remissionen habe ich es an dem, von Herrn Kollegen *Sagel* behandelten Material gelegentlich beobachten können. Diese Fälle haben für den Gutachter natürlich an sich schon insofern Bedeutung, als er sich eben in jedem Falle durch ausreichende Untersuchung überzeugen muß, ob es sich um isolierte psychomotorische Ausfallserscheinungen handelt. Die übrigen körperlichen Symptome sind für die forensische und soziale Beurteilung der Remissionsgüte fast bedeutungslos. Es kommen sehr gute Remissionen bei Bestehenbleiben körperlicher Krankheitserscheinungen seitens der Pillen, der Reflexe, der serologischen Reaktionen usw. vor und umgekehrt.

In der Neigung bei der Beurteilung der Remissionsgüte, die soziale Leistungsfähigkeit in den Vordergrund zu rücken, drückt sich ein Mangel unserer klinischen Untersuchungsmöglichkeiten aus. Es wäre gerade in forensisch psychiatrischer Hinsicht wünschenswert, wenn wir über Untersuchungsmethoden verfügten, welche auch feinere Leistungsausfälle gleichsam ziffernmäßig sicher zu erfassen gestatteten. Aber wir haben keine solchen Methoden. Bis jetzt wenigstens kommt auch die feinere klinische Intelligenzprüfung über verhältnismäßig grobe Abschätzungen nicht hinaus. Ein Grund dafür ist darin gegeben, daß wir vorläufig noch nicht bleibende Defekte von vorübergehenden oder durch die zufällige Untersuchungssituation bedingten Störungen einwandfrei unterscheiden können. Deshalb wird man den Gesichtspunkt der tatsächlichen Erprobung der verbliebenen oder zurückgewonnenen Leistungsfähigkeit auch zur forensischen Begutachtung immer mit heranziehen müssen. Das Merkmal der wiedererlangten Berufsfähigkeit kann aber stets nur mit Vorsicht gebraucht werden. In jedem Falle werden die allgemeinen berufsfördernden oder -hemmenden Einflüsse bei der Bewertung dieses Merkmals eingehend zu erwägen sein. Ich nenne hier nur als Beispiele: Das Maß von selbständiger Entschlußfähigkeit und Anpassung, das einzelne Berufe erfordern im Gegensatz zu anderen sonst auf gleichem Bildungsniveau aufgebauten, in denen gewohnheitsmäßige Verrichtungen im Vordergrund stehen: etwa des Gerichtsschreibers und des sonstigen Expeditionsbeamten usw. Dann kommt die Beurteilung der verschiedenwertigen Aufgaben verschiedener Berufe mit unterschiedlichem Bildungsniveau und dergleichen. Und schließlich ist auch nicht gleichgültig, ob ein Beruf zu mannigfachen Berührungen mit der Umwelt führt oder nicht, z. B. selbständiger Handwerker und fabrikmäßig tätiger Handwerker usf. Außerdem aber ist in Betracht zu ziehen, daß selbst von geistig relativ hoch stehenden Personen Fehlleistungen, Leistungsausfälle usw. geisteskranker Angehöriger übersehen werden, so daß die Katamnesen über reibungslose Berufstätigkeit fast ausnahmslos zu günstig sind. Mit einem Worte: Weder klinische Untersuchung der geistigen Leistungsfähigkeit oder

die Berufserprobung für sich, noch beide zusammen reichen aus zur Bildung eines für forensische Zwecke genügenden Urteils über den Einzelfall. Sondern die hierbei gefundenen individuellen Gesichtspunkte werden forensisch erst brauchbar durch die Inbeziehungsetzung mit den allgemeinen klinischen Erfahrungen über die Persönlichkeit der mit Erfolg behandelten Paralytiker.

Es zeigt sich nämlich, daß auch die sogenannten Vollremissionen noch Einbußen an ihren Persönlichkeitswerten aufweisen, welche weder durch die klinische Untersuchungstechnik objektiv darstellbar sind noch in der sozialen Leistungsfähigkeit zum Ausdruck zu kommen brauchen, sondern allein der unmittelbaren psychologischen Erfassung zugänglich und von ihr aus beschreibbar sind. Fast alle Autoren haben dies betont. Die Kenntnis des psychologischen Gesamtbildes der durch Behandlung remittierten Paralysen ist deshalb gerade für die forensischen Zwecke von äußerster Wichtigkeit; wenigstens einzelne dieser Züge finden sich in jedem dieser Fälle.

Zunächst fällt auf, daß fast keiner der Fälle, die ich sah, auch in den besten Remissionsgraden über volle Krankheitseinsicht verfügt (mit *Fleck* u. a. gegen *Gerstmann*). Es besteht in der Regel lediglich ein summarisches Bewußtsein der Besserung nach einer in ihrer ganzen Bedeutung nicht gewürdigten Krankheit. Fast immer findet man leichte Stimmungsanomalien, leer euphorische „optimistische“ oder seltener schwächlich anmutende dysphorische Einstellung. Manche erscheinen nur „gemütlicher“ als früher, vermögen nicht mehr die feinen Nuancen der Distanz zu wahren, die der Takt im Umgang mit den Mitmenschen in mannigfaltigem Wechsel erfordert. Viele zeigen einen Mangel an Elastizität gegenüber wechselnden Beanspruchungen, oft verbunden mit Andeutungen labiler Affektivität, die aber auch selbständig vorkommen oder sich hinter Eigensinn, Reizbarkeit, Jähzorn u. ä. verbergen kann. An anderen beobachtet man einen gewissen Mangel an Aktivität oder im Gegenteil ungerechtfertigte Vielgeschäftigkeit, dieses aber ungleich viel seltener als die Initiativlosigkeit. Daneben kommt über das normale Maß hinausgehende Bestimmbarkeit durch die Umgebung, gleichsam der mildere Grad des Herdentriebs typischer Paralysen, und eine Neigung vor, alles hinhängen zu lassen.

Diese Merkmale sind auch dann vorhanden, wenn die sonstigen Methoden keine sicheren Abweichungen von der Norm erkennen lassen und alle augenfälligen Erscheinungen wie Wahnldeen, deutliche Urteilschwäche abgeklungen sind.

Ihr Vorhandensein beweist, daß bisher wohl in keinem Falle eine wirkliche Heilung im Sinne der *restitutio ad integrum* erzielt worden ist, daß die erreichte Besserung des Zustandes im besten Falle eine Defektheilung darstellt. Aber selbst diese Annahme entspricht vielleicht

nicht völlig den bisher bekanntgewordenen Tatsachen. Die bisherigen Erfahrungen erlauben nur den Schluß, daß wir lediglich, je nachdem ein Stationärwerden des Krankheitsprozesses annehmen dürfen oder außerdem noch ein Nachlassen im Grad der Erscheinungen oder auch nur den Übergang in einen schlechenderen chronischen Verlauf. Für diese in der forensischen Gutachtertätigkeit eminent wichtige Erfahrung lassen sich folgende beweiskräftige Tatsachen anführen.

1. Wir sehen eine große Zahl von Rezidiven. Es ist forensisch nicht unwichtig zu wissen, daß diese Rezidive akut oder schleichend auftreten können, und daß sie sich nach meinen Erfahrungen in der Regel in Form einfach dementer Paralysen zeigen. Wenigstens sah ich expansive und depressive Formen unter den Rezidiven des Arnsdorfer Materials nur selten.

2. kann man bei längerer Verfolgung selbst weitgehender Remission gelegentlich merkliche Schwankungen im psychischen Zustandsbilde beobachten. Entweder machen sie sich nur als vorübergehende Verstimmungen geltend oder als Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit und des Gedächtnisses (ich sah, daß derartige Erscheinungen bei einem Kranken nach Lumbalpunktion verschwanden und die gewöhnliche sehr günstige Leistungsfähigkeit wieder hergestellt wurde). In einem Falle aber kam es zu ausgesprochenen, der Benommenheit ähnelnden, über Tage sich hinziehenden Bewußtseinsveränderungen mit Erschwerung der Auffassung, Urteilstrübung und geladener Stimmung. Ich kann nicht beurteilen, ob derartige Beobachtungen an einem größeren Material häufiger gemacht werden können. Ihr Vorhandensein zwingt jedenfalls zu großer Vorsicht bei der Begutachtung forensischer Fälle.

3. aber ergab die mikroskopische Untersuchung an Gehirnen behandelter Paralytiker, daß bisher in keinem Falle wirklich ein völliges Verschwinden der Entzündungen erreicht wurde. Die Grundzüge des anatomischen Bildes der Paralyse waren in der Regel noch erkennbar, wenn sie auch in weitgehendem Maße zurückgebildet sein konnten. *Strüssler* und *Koskinas* schließen denn auch aus ihren Befunden, daß anatomische Heilung bislang noch nicht beobachtet wurde. Ob spätere Erfahrungen diese Sachlage ändern, muß natürlich offenbleiben.

Aus der Arbeit der beiden letzten Autoren ergibt sich aber noch ein weiterer forensisch wichtiger Gesichtspunkt. Anatomisch sehr geringen Veränderungen hatte keine klinische Besserung entsprochen. Diese Beobachtung reicht sich widerspruchslos einer allgemeinen klinischen Erfahrung an, daß die Schwere der klinischen Erscheinungen nicht immer der Schwere der anatomischen Veränderungen zu entsprechen braucht. Mit einer gewissen Reserve wird man daher vorläufig auch für die behandelten Paralysen allgemein behaupten dürfen, daß das klinische Bild keinen Rückschluß auf den Grad der anatomischen Remission gestattet. Es wird eben individuelle Verschiedenheit der —

sit *venia verbo* — „klinischen Anfälligkeit“ gegenüber gleichem anatomischen Befund möglich, dergestalt, daß der eine noch nicht oder fast nicht klinisch krank erscheint, während der andere bereits manifeste Symptome bietet.

Diese Möglichkeit zwingt an sich schon zur Vorsicht in der Prognosestellung, die ja für manche forensische Frage in Betracht kommen könnte. Denn solange nicht gegenteilige Erfahrungen vorliegen, ist die Voraussetzung erlaubt, daß aus dem Grad der anatomischen Remission die Höhe der Rezidivgefahr annähernd ersichtlich ist. Das würde im Zusammenhang mit den Darlegungen über die möglichen Inkongruenzen zwischen klinischen und anatomischen Befunden besagen, daß aus dem klinischen Symptomenbilde kein Schluß auf den Grad der Rezidivgefahr gestattet ist. Dasselbe ergibt sich aus der klinischen Beobachtung. Allerdings liegen z. Zt. noch keine speziellen Untersuchungen mit statistischen Angaben über die Prognosefrage bei behandelten Paralytikern vor. Aber soviel ich das nach meinen Erfahrungen übersehen kann, ist ein prognostischer Schluß aus der Art und dem Grad der Remission vorläufig noch nicht möglich. Wir können nicht Narben- von Prozeßsymptomen unterscheiden. Man sieht jedenfalls scheinbar weitgehende Remissionen schon zu einer Zeit rezidivieren, wo minder günstige sich unverändert gehalten haben. Es wäre wünschenswert, wenn diese Lücke recht bald durch umfassende Untersuchungen an großem Material ausgefüllt würde. Vorläufig muß man sich, glaube ich, mit der Tatsache bescheiden, daß die Prognosestellung hinsichtlich Haltbarkeit der Remission bzw. Rezidivgefahr z. Zt. noch unmöglich ist. Die einzige prognostische Angabe, die wir besitzen, stammt von *Wagner v. Jauregg*. Er äußerte kürzlich, daß nach 2 jährigem Bestande der Remission Recidive kaum auftreten.

Alles in allem ist also der derzeitige Stand unserer Erkenntnisse für den forensischen Sachverständigen so ungünstig wie möglich: Er ist nicht imstande, die Güte und den voraussichtlichen Bestand des Erfolges aus seinen Untersuchungsergebnissen ohne die Hilfe praktischer Erprobung abzulesen. Das ergibt in öffentlich-rechtlicher Beziehung bei der Erteilung von Zeugnissen und Auskünften erhebliche Schwierigkeiten.

Das geordnete Verhalten eines behandelten Paralytikers durch längere Zeiten schließt Straftaten oder zivilrechtliche Konflikte aus krankhafter Ursache nicht aus. Oder anders gewendet: Der Nachweis eines geordneten Verhaltens seit Abschluß der Behandlung bis zum forensischen Konflikt und geordnetes Verhalten mit zureichender Leistungsfähigkeit nachher genügt nicht zur Ablehnung der Zurechnungsunfähigkeit oder Geschäftsunfähigkeit des Kranken, genügt um so weniger, als eben unsere Untersuchungsmethoden für solche Fälle, wie ich vorhin darlegte, noch immer reichlich grob und schematisch sind.

M. H.! Diese allgemeine Sachlage muß, wie ich glaube, die Erwägungen über die speziellen forensischen Probleme so lange entscheidend beeinflussen, als wir nicht über bessere Kenntnisse verfügen. In strafrechtlicher Beziehung ergibt sich daraus die Folgerung, derartige Fälle zunächst immer noch als paralytisch anzusehen und im gegebenen Falle generell unter den Schutz des § 51 zu stellen, auch wenn die Remission uns als besonders weitgehend und der Zusammenhang mit der noch bestehenden Krankheit auch bei genauer Untersuchung nicht ersichtlich erscheinen sollte. Jede andere Stellungnahme würde mit zwei recht nachteiligen Folgen verbunden sein: Entweder müßten wir dann den Demenzgrad bzw. Remissionsgrad angeben können, bei dem die freie Willensbestimmung noch ausgeschlossen sein kann. Das können wir schon deshalb nicht, weil die Erfahrung zeigt, daß straffällige Delikte schon bei klinisch nicht erkennbaren Paralysen infolge des klinisch latenten, anatomisch aber vorhandenen Krankheitsprozessen vorkommen können und deshalb auch die besten Remissionsgrade nicht als gegen derartige Zufälle gefeit angesehen werden dürfen, da wir hier doch immer damit rechnen können, daß der Prozeß nur in eine schleichende Verlaufsform übergegangen ist. Oder wir müßten die leidige Frage der paralytischen Tatbestandsmerkmale wieder aufrufen. Auch das ist meines Erachtens nicht angängig. Vielfache Erfahrungen haben eben doch gezeigt, daß es solche Merkmale an strafbaren Handlungen nicht gibt. Vielleicht dürfen wir von diesen Erwägungen die Fälle ausnehmen, deren Vollremissionen länger als 2 Jahre gedauert haben, wenn sich die Beobachtung *Wagner v. Jaureggs* bestätigen sollte. Hier dürfte dann vielleicht wirklich mit Defektheilungen gerechnet werden können, und die Kranken könnten, wenn Exacerbation und Rezidive ausgeschlossen werden können, vielleicht ebenso zurechnungsfähig im Sinne des § 51 sein, wie leicht Debile z. B., de lege ferenda kämen sie für die verminderte Zurechnungsfähigkeit in Frage. Doch müssen darüber erst ausreichende Erfahrungen entscheiden.

Bin ich so der Meinung, daß vorläufig eigentlich *für alle durch Behandlung remittierten Paralytiker die Voraussetzungen des § 51* gegebenenfalls *vorliegen*, so möchte ich doch nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, daß diese Sachlage den Sachverständigen wenigstens bei Vollremissionen nicht der Notwendigkeit überhebt, genauestens nach Zeichen vorübergehender und allmählich oder plötzlich zunehmender Verschlechterungen zu forschen. Leider sind die Angaben, die uns da zur Verfügung stehen, wahrscheinlich bei der in der Regel mangelnden Beobachtungsfähigkeit der Umgebung solcher Kranken meistens ungenau und lückenhaft. Unter den Momenten, die derartige vorübergehende Verminderungen der geistigen Leistungsfähigkeit und damit eine Steigerung der Straffälligkeit herbeiführen können, sind außer

den im paralytischen Krankheitsvorgang selbst gelegenen, eventuell erst in indirektem Zusammenhang mit ihm wirksamen (z. B. Liquordruckerhöhung) Faktoren vor allem zwei äußere Einwirkungen zu nennen: einmal komplizierte, auch mit der Nötigung zu hohen Affektspannungen einhergehende Situationen und zweitens der Alkoholgenuss. In einem mir bekannt gewordenen Fall hatte Alkoholgenuss bei Fortbestand der Remission, welche klinisch nachgeprüft wurde, sofort Unregelmäßigkeiten in der Geldwirtschaft des Kranken, Schulden und dergleichen zur Folge. Kann der Sachverständige bei Begutachtung einer Vollremission derartige Momente auch bei genauer Erforschung nicht nachweisen, so soll er ruhig erklären, daß ihm die Entscheidung nicht möglich ist, daß er zwar die Zurechnungsfähigkeit trübende Momente nicht nachweisen kann, daß sie aber trotzdem vorgelegen haben können, und daß es sich bei dem derzeitigen Stand unserer Kenntnisse aus Untersuchung und Krankheitsverlauf nicht ablesen lasse, ob derartige Kranke wirklich als geheilt und in jedem Falle als zurechnungsfähig zu gelten haben, daß im Gegenteil eine hohe Wahrscheinlichkeit auch bei Vollremissionen für einen Zusammenhang zwischen Krankheitsrest und Straftat bestehe.

Da wir in foro doch immer nur beratende Funktion haben, tun wir dem Richter mit derartigen Formulierungen gewiß nicht unrecht.

Wie generell für den § 51, so gilt auch für die öffentlich rechtlichen Verhältnisse, daß unter den gegebenen Verhältnissen kein Arzt die Verantwortung für die Fortführung *verantwortlicher Beamtenstellen* durch vollremittierte Paralytiker übernehmen kann. Generell wird man hier auf Pensionierung zukommen müssen, solange der Stand unserer Kenntnisse und Methoden nicht gründlich fortschreitet. Und zwar wird Pensionierung auch dann in Frage kommen müssen, wenn der Kranke in zivilrechtlicher Beziehung als geschäftsfähig angesehen werden muß und daher nicht entmündigt werden kann.

Nicht minder schwierig als die Anwendung des § 51 StGB. auf diese Fälle ist die Beurteilung, ob die Voraussetzungen des § 6 BGB. oder die Voraussetzungen zur Wiederbemündigung bei solchen Kranken gegeben sind.

Eine Reihe von Gründen lassen es wünschenswert erscheinen, mit der Entmündigung bei durch die Behandlung remittierten Paralytikern nicht zu häufig vorzugehen. Zunächst einmal drängen bereits entmündigt gewesene berufsfähig gewordene Kranke auf Aufhebung der Entmündigung, und oft schließen die Angehörigen sich diesen Wünschen an. In anderen Fällen aber sind es gerade die Angehörigen, die auf Grund ihrer Erfahrungen mit dem Kranken vor der Behandlung die Entmündigung auch nach Abschluß der Behandlung anstreben oder sich gegen die Wiederbemündigung bei guter Remission sträuben.

Für den wieder zu größerer Urteilsfähigkeit gelangten Kranken erscheint die Entmündigung als eine lästige Fessel, sie wirkt auch objektiv mitunter als Hindernis bei der Wiedererlangung einer beruflichen Tätigkeit oder als Hemmung bei der Ausübung desselben. Vor allem aber sträubt man sich als Arzt, der den hohen sozialen Erfolg der neuen Behandlungsmethoden ja nicht genug schätzen kann, dagegen, die Kranken unnötig an der freien Entfaltung ihrer wiedererlangten Kräfte zu hindern. Das möchte ich um so mehr betonen, als ich angesichts der großen Bedeutung forensen Gesichtspunkte die erreichten Resultate vorhin recht vorsichtig bewertet habe.

Es würde aber, glaube ich, eine Überspannung des ärztlichen Verantwortlichkeitsgefühls bedeuten, wenn man angesichts der vorhin darstellten Gesamtsituation nun auch sich scheuen wollte, die gebesserten Kranken wieder selbständig ihrem Berufe nachgehen zu lassen. In vielen Fällen würde das geradezu zum Wiederaufgeben des sozialen Heilerfolges führen.

Mir erscheint es zweckmäßig, sich von folgenden Gesichtspunkten bei der praktischen Anwendung des § 6 leiten zu lassen:

Je nach der Güte der Remission stehen als Möglichkeiten zur Verfügung: Wiederbemündigung oder Verzicht auf Entmündigung, Pflegschaft, Entmündigung wegen Geistesschwäche. Die Entmündigung wegen Geisteskrankheit kommt für in Remission entlassene Paralytiker wohl nicht in Betracht. Kranke, die nur noch die feineren Wesensveränderungen der behandelten Paralytiker, aber keine sicheren Leistungsausfälle zeigen, und durch Erprobung im Beruf ihre Leistungsfähigkeit erwiesen haben, sollte man nicht entmündigen. Sie sind geschäftsfähig. Kranke mit geringeren Leistungsstörungen und teilweise wiedererlangter Berufsfähigkeit sollten, wenn sie sich in ihren Grenzen längere Zeit bewährt haben, nur noch unter Pflegschaft in bezug auf das Vermögen gestellt werden und die Entmündigung wegen Geisteschwäche im allgemeinen für die nur bis zur Hauspflegemöglichkeit gebesserten Paralytiker reserviert bleiben. Daß hierbei das Beweismittel der Erprobung in den Vordergrund rückt, liegt in der Natur der Sache, da ja die Handhabung des § 6 den Befähigungsnachweis des Kranken nicht nur aus dem klinischen Befund, sondern gerade auch aus der tatsächlichen Lebensführung des Kranken verlangt. Dabei sollte man die Art des Berufs weitgehend mit berücksichtigen. Einen Tagelöhner kann man auch bei geringerem Remissionsgrad noch unentmündigt lassen als einen Kaufmann und entsprechend bei anderen Berufen. Andererseits sprechen, da es sich um eine Schutzmaßnahme handelt, auch individuelle Züge eine Rolle: z. B. bei Eigensinn, Reizbarkeit u. ä. wird man gern an Stelle der Pflegschaft die Entmündigung treten lassen.

Man darf auch den Gesichtspunkt der möglichen Verantwortlichkeit im Beruf des Kranken bei der Frage der Entmündigung nicht zu sehr betonen. Denn, da wir außerdem noch die §§ 104 und 105 haben, welche die Kranken vor vereinzelten ungünstigen Auswirkungen ihrer Krankheit bei ihrer Berufstätigkeit schützen, kann man angesichts der unbedingten sozialen Notwendigkeit soviel remittierte Paralytiker als möglich ihrer Erwerbstätigkeit zurückzugeben, in der Anwendung des § 6 auch bei Berufen mit höherer Verantwortung ziemlich weitherzig verfahren, soweit nicht gleichzeitig öffentliche Interessen gewahrt werden müssen (z. B. Arztberuf).

Die §§ 104 und 105 stehen nach ihrer ganzen Fassung in den Voraussetzungen zu ihrer Anwendung dem § 51 StGB. nahe. Daher gelten für sie meines Erachtens auch im wesentlichen dieselben Gesichtspunkte, wie ich sie bei der Erörterung des § 51 darlegte. Doch sollte hier der Sachverständige ganz besonders bestrebt sein, die besonderen Umstände nachzuweisen, die als Voraussetzungen für den § 104 und 105 in Betracht kommen. Denn im Unterschied zur strafrechtlichen Beurteilung kann in diesen Fällen, die vorwiegend die besten Remissionsgrade betreffen dürften, durch vorherige reibungslose Berufstätigkeit des Kranken der Beweis erbracht sein, daß die ihm verbliebenen Fähigkeiten für die Berufsaarbeit unter gewöhnlichen Bedingungen ausreichen. *Das bedeutet aber doch, daß man umgekehrt für die Annahme des § 104 und 105 den Nachweis besonderer Umstände unbedingt verlangen muß, die entweder im Wiederaufflackern des Prozesses, im Vorhandensein der vorhin erwähnten vorübergehenden Beeinträchtigungen oder wieder in erschwerenden äußeren Bedingungen gegeben sein können.*

M. H.! Die übrigen noch möglichen Fragen brauchen nur kurz gestreift zu werden. Über die Aussagefähigkeit stehen mir keine Untersuchungen oder Erfahrungen zu Gebote. Hier dürfte auch die gewöhnliche klinische Untersuchung zur Beurteilung im allgemeinen ausreichen. Die Frage nach der Testierfähigkeit hat keine große praktische Bedeutung und die Anwendung des § 1569 BGB. ergibt sich aus allem bisher Gesagten von selbst. Die Frage wird wohl nur bei jenen sozial ungünstigen Fällen aufgeworfen werden, in denen die Behandlungserfolge nur zum Stillstand des Prozesses ohne Besserung der Symptome geführt haben, und dabei kommen neue Gesichtspunkte kaum in Betracht.

Damit wäre ich am Schlusse.

Ich darf vielleicht noch einmal kurz resümieren, daß in Anbetracht unserer derzeitigen Kenntnisse *alle behandelten Paralytiker gegebenenfalls in strafrechtlicher und öffentlich rechtlicher Beziehung noch als organisch krank, mit allen Folgen dieser Feststellung, in zivilrechtlicher Beziehung aber die Vollremissionen als geschäftsfähig gelten dürfen.*