

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik Königsberg i. Pr.)

## Die Begutachtung der behandelten Paralytiker<sup>1</sup>.

Von

A. Bostroem, Königsberg i. Pr.

Mit 2 Textabbildungen.

Früher war mit der Diagnose „Paralyse“ eine eindeutige Antwort auf fast alle in Betracht kommenden gutachtlichen Fragen bereits gegeben. Strittig war eigentlich nur der Zusammenhang einer Paralyse mit Unfällen oder Dienstbeschädigung. Dagegen war klar, daß ein als solcher erkannter Paralytiker dienstunfähig, geschäfts- und zu-rechnungsunfähig, entmündigungsreif, invalidisier- und ehescheidbar im Sinne des § 1569 BGB. war; das letztere, wenn wenigstens die Krankheit lange genug gedauert hatte. Besonders erleichtert wurde die Begutachtung des Paralytikers noch dadurch, daß man nicht einmal auf die zum mindesten zeitraubenden psychiatrischen Untersuchungen angewiesen war, sondern durch neurologische und serologische Methoden seine Diagnose frühzeitig sichern konnte.

Wenn jetzt nach Einführung einer wirksamen Therapie, in erster Linie durch die Malariabehandlung, die Sachlage sich grundlegend geändert hat, so ist das ein Novum in der allgemeinen Medizin, denn sonst pflegt ja eine neue Behandlungsmöglichkeit für die Begutachtung keine anderen Gesichtspunkte zu bringen. Der Grund, warum das hier doch so ist, liegt darin, daß bei dieser Behandlung keine Heilung erfolgt, sondern daß nur ein Stillstand des Krankheitsprozesses bewirkt werden kann, und zwar an einem Organ, das in seiner Funktion schon durch geringfügige Veränderungen gestört wird, ohne daß die Lebensfähigkeit des Individuums darunter leidet. Bei der Beurteilung kommt es nun darauf an, festzustellen, wo dieses Stehenbleiben erfolgt ist, welche Leistungen und Fähigkeiten aus der Krankheit Paralyse in das Rest-stadium gerettet sind. Es ist ein prinzipiell ähnliches Problem, wie es dem Psychiater bei der Begutachtung der schizophrenen Defekte Kopf-zerbrechen macht. Bei unseren gutachtlichen Erwägungen kann uns die neurologische Untersuchung jetzt garnichts und die serologische nur wenig helfen. Wir können also sagen, daß die Paralyse, die dem Psychiater durch das Übergewicht der Serologie usw. fast entglitten war, wieder zur Psychiatrie heimgefunden hat. Dieser Umstand verpflichtet und ich bin in meiner Eigenschaft als Psychiater Ihnen dankbar

<sup>1</sup> Referat, gehalten auf der 22. Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin in Hannover am 14. IX. 1934.

dafür, daß mir Gelegenheit gegeben wird, in Ihrem Kreis Rechenschaft abzulegen über das, was auf diesem Gebiet bisher bei uns geschehen ist.

Zunächst darf ich ganz kurz auf einige *grundsätzliche klinische* Dinge eingehen. Bei der Paralyse handelt es sich um eine organische Hirnerkrankung, deren Grundsymptom eine *Demenz*, d. h. ein dauernder Ausfall an geistigen Leistungen und Fähigkeiten ist (*Bumke*). Diese Demenz äußert sich nicht bei jedem Kranken gleich, sondern sie ist abhängig von der jeweils betroffenen Persönlichkeit. Sie wird sich bei einem Debilen besonders früh bemerkbar machen; hypomanische Temperamente werden zu Größenideen neigen, schwernehmende Typen zeigen das Bild einer depressiven Verstimmung, andere Persönlichkeitsanlagen wieder führen zu stumpfapathischem, negativistisch-ablehnendem Verhalten u. ä. m. Derartige individuelle Differenzen sind so lange deutlich, bis die zunehmende Demenz alle Eigenarten der Persönlichkeit nivelliert. Das Endstadium ist daher gewöhnlich ziemlich gleichartig.

Neben der Demenz in ihren verschiedenen Variationen und Gradabstufungen sehen wir namentlich im Anfang und bei akut sich entwickelnden Paralysen eine *Bewußtseinstrübung*; sie tritt im Laufe langsam chronischen Fortschreitens zurück, um im Endstadium wieder deutlicher zu werden.

Bei ungestörtem Verlauf führt die Erkrankung zum Tode, und zwar stirbt der Paralytiker nicht etwa an seiner Demenz, sondern an dem Versagen des *vegetativen Systems*, dessen Zentren vom paralytischen Prozeß besonders stark befallen sind.

Abgesehen von den psychischen Störungen haben wir für die Diagnose noch die *neurologischen* und die *biologischen* Symptome zur Verfügung. An neurologischen Erscheinungen stehen im Vordergrund die Pupillen-anomalien, die nur bei 10% fehlen und die Sprachstörung; sie wird nur bei 6% der Fälle ganz vermißt. Wichtig ist auch die Schreibstörung. Ferner sehen wir epileptische und apoplektiforme Anfälle unter Umständen schon früh auftreten. Dagegen ist das Fehlen der Sehnenreflexe diagnostisch unwesentlich; echte Steigerung der Sehnenreflexe kommt nur ganz ausnahmsweise vor.

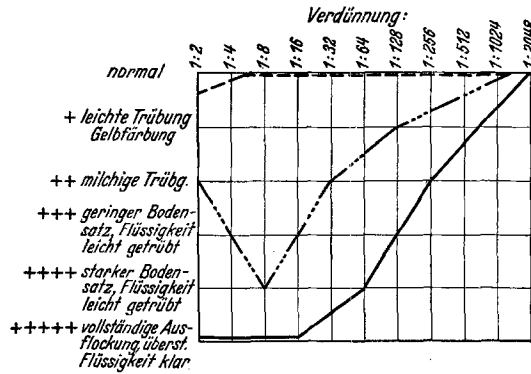
Zur Sicherung der Frühdiagnose sind die *serologischen* Reaktionen unentbehrlich. So gut wie immer ist die WaR. im Blut positiv. *Plaut* sagt, es gibt überhaupt keine syphilitische Erkrankung, die mit solcher Regelmäßigkeit einen positiven Blutwassermann liefert, wie die Paralyse. Der Wassermann im Liquor wird ausgewertet; bei der Paralyse ist er regelmäßig schon bei geringer Konzentration positiv.

Die Zellen sind meist in mäßigem Grade vermehrt, selten über 60—100. Die vielfach vertretene Ansicht jedoch, daß Zellwerte bis zu 10 im Kubikmillimeter normal wären, ist irrig. Die *Nonne-Apelttsche*

Globulinreaktion ist ebenfalls positiv. Ergänzt werden diese 4 Reaktionen noch durch Kolloidproben, die Goldsol- und Mastixkurve, die sich in ihrem Verlauf ähneln. Eine Übersicht über die humeralen Durchschnittsbefunde zeigt Abb. 1.

Bemerkt sei, daß all diese Reaktionen sehr früh vorhanden sind, ja, daß sie den klinischen Symptomen meist vorausgehen.

Anatomisch ist für uns außer dem Spirochätenbefund im Gehirn, der wohl für die WaR. im Liquor verantwortlich ist, folgendes von



Durchschnittsbefunde:

	Normal	Alte Tabes	Frische Tabes	Lues cerebri	Paralyse
Zellen	1 bis 2	5 bis 6	30 bis 40	2 bis 400 (mening. Form!)	10 bis 50
Nonne	neg.	neg.	+	+	+
WaR.	neg.	neg. oder bei 1,0 +	0,2 - ; 1,0 +++	0,2 - bis + ; 1,0 +++	ab 0,2 +++
WaR. Blut	neg.	neg.	oft neg.	oft neg.	stets +++
Kurve	---	Lueszacke oder ---	-----	-----	-----

Abb. 1.

Bedeutung: Wir finden außer den für uns in diesem Zusammenhang unwesentlichen proliferativen Gliaveränderungen entzündliche Infiltrationen im Bereich der Gefäße und degenerative Veränderungen an dem funktionstragenden Nervengewebe. Für die Schnellidiagnose am Sektionstisch ist wichtig die *Spatzsche Eisenreaktion*. Sie beruht auf dem Nachweis von eisenhaltigem Pigment, das regelmäßig in den plasmazellulären Infiltrationen enthalten ist und das bei anderen Encephalitiden nicht vorkommt. Man sieht es, wenn man Scheibchen aus dem Stirnhirn mit Schwefelammonium übergießt, als schwärzliche Stellen in der Hirnrinde hervortreten.

Der Ganglienzellausfall ist irreparabel. Wir dürfen wohl mit Recht annehmen, daß mit ihm die psychischen Dauerausfälle zusammenhängen. Dagegen sind die entzündlichen Alterationen rückbildbar; ihnen brauchen keine psychischen Veränderungen zu entsprechen. Wahrscheinlich können durch sie aber die Symptombilder aus dem Bereich des sog. exogenen Prädilektionstyps, also die Bewußtseinsstörungen, hervorgerufen werden.

*Was kann unter diesen Umständen von der Malariabehandlung erwartet werden?* Wenn ich vorhin das Hauptsymptom der Paralyse, die Demenz, als einen dauernden Ausfall an geistigen Leistungen und Fähigkeiten definiert habe, so ist zuerst die Frage zu erörtern: Ist eine *Demenz heilbar*? Und wenn nicht: Was wird geheilt? Man hat hier die Meinung vertreten, man müsse angesichts der therapeutischen Resultate den Demenzbegriff revidieren und auch von einer Rückbildungsmöglichkeit der Demenz sprechen. Ich halte das für untunlich, denn die angebliche Rückbildung der Demenz ist so zu erklären, daß der Paralytiker im Beginn seiner Erkrankung meist noch gar keine Demenz hat, sondern eine Demenz wird oft vorgetäuscht durch Nebenerscheinungen, vor allem durch Bewußtseinsstörungen.

Die Entäußerung von Wissen und die Kundgabe von Urteilsfähigkeit ist weiter erschwert durch Interesselosigkeit, Mangel an Regsamkeit, Einstellstörungen, alles Symptome prinzipiell vorübergehender Art, die den Paralytiker aber hindern, von seinen defacto noch vorhandenen Fähigkeiten Gebrauch zu machen.

*Klinisch* beginnt die Paralyse mit einem *symptomlosen Stadium*, d. h. der Hirnprozeß ist schon in Gang, aber psychische Veränderungen treten zunächst nicht hervor; auch in dem folgenden Stadium, in dem der Paralytiker am häufigsten zum erstenmal auffällt und das ich als das *Stadium der allmählich versagenden psychischen Steuerung* bezeichnet habe, liegt eine leicht wahrnehmbare Demenz noch nicht vor. Hier beginnen zwar schon die Alterationen der Ganglienzellen, aber die endgültigen Ausfälle sind zuerst noch so geringfügig, daß die bei einem etwaigen Stillstand zurückbleibenden Reste die Persönlichkeit noch wenig zu beeinträchtigen brauchen. Erst auf der *Höhe der Erkrankung* beherrscht die Demenz das Symptomenbild und schließlich kommt es im *Stadium des vegetativen Verfalls* zum Tod.

Da die Fieberbehandlung nur einen Stillstand des Krankheitsprozesses mit sich bringen kann, so muß das *Resultat jeder Therapie* abhängen von dem Stadium, in dem sie einsetzen konnte; also: von einer Behandlung auf der Stufe des vegetativen Verfalls werden wir nichts zu erwarten haben. Wird die Behandlung im Stadium der Krankheitshöhe eingeleitet, so bleiben bestenfalls die Kranken am Leben, weil die Behandlung offenbar auf den Prozeß in den vegetativen Zentren

besonders günstig wirkt. Resultat: Ein nur vegetativ geheilter chronisch dementer Mensch, der ähnlich wie die schwer defekten Schizophrenen nur in der Anstalt gehalten werden kann oder vielleicht bei guter Betreuung zu Hause zu existieren vermag und für die Familie allenfalls als Pensionsempfänger noch Bedeutung hat. Dem Gutachter stellt er, wie wir noch sehen werden, nur wenig Probleme.

Sehr viel bessere Resultate gewinnen wir, wenn es möglich war, in den *ersten* Stadien zu behandeln, und hier können wir sowohl klinisch wie gutachtlich 2 Gruppen unterscheiden. Die „Defektgeheilten“ (*Pönitz*), d. h. etwa die, welche im Stadium der allmählich versagenden Steuerung einer Therapie unterworfen wurden, und die „Geheilten“, bei denen die Erkrankung durch einen Zufall schon im symptomlosen Stadium entdeckt und behandelt werden konnte. Diese beiden Gruppen sind für den Gutachter die wichtigsten.

Wie sehen diese Fälle aus und was können sie im Leben noch leisten? Zunächst die *Defektgeheilten*: Sie sind allgemein dahin zu charakterisieren, daß sie trotz gewisser Berufsfähigkeit doch Veränderungen gegen früher aufweisen. Von dem gewohnten Bild des unbehandelten Paralytikers unterscheiden sie sich recht erheblich, sie dürfen auch nicht etwa dem Zustand des beginnenden Paralytikers gleichgesetzt werden; dem Behandelten fehlt z. B. ganz die incipiente Bewußtseins-trübung, dann ist auch der Remittierte im Gegensatz zum akuten Paralytiker meist auf das neue Niveau eingestellt. Er ist in seinen Ansprüchen an sich und das Leben herabgemindert; er nimmt sich in der Regel auch nicht mehr vor als er fertigbringt; davor schützt ihn ein gewisser Mangel an Initiative und Unternehmungslust. Fast immer ist der Gesamtstufgrad sowie Haltung und Mimik gut. Auch der psychische Defekt ist nicht so, daß man mit den üblichen Intelligenzprüfungen bestimmte Ausfälle feststellen könnte.

Es handelt sich fast nur um eine Herabsetzung der höheren geistigen Funktionen, der höheren Urteilsleistungen, der Initiative und der feineren affektiven Ansprechbarkeit. *Pönitz* macht dabei auf eine Art Hörigkeitsverhältnis zum Arzt oder zur Frau aufmerksam. Auf Haupt- und Nebensachen wird der gleiche Wert gelegt, sie sind meist zufrieden, fragen nichts, wünschen nichts; in der Regel findet man sie leicht euphorisch oder abgestumpft, sie wirken wie ausgebrannt. Auch ich möchte in dieser Kraft- und Saftlosigkeit das am leichtesten erkennbare Symptom erblicken. Manche Vorgesetzte sind zwar mit den Leistungen zufriedener als früher; sie heben hervor, daß die Behandelten sich nicht mehr so ablenken lassen, sich um nichts anderes mehr kümmern. Sie haben in der Tat oft nicht das Bedürfnis, über das unmittelbar Gegebene hinaus zu denken. Oft sind sie Schicksalsschlägen gegenüber von einer ans Asiatische erinnernden Gelassenheit. Es fehlt die seelische und

geistige Kraftreserve, die vielleicht früher zu Konflikten, aber auch zu wirklichen Leistungen und zu erhöhtem Lebensgenuß geführt hat. Manche Ehefrau vermißt die ursprünglich vorhandenen männlichen Eigenschaften ihres Gatten; sie sieht sich daher oft veranlaßt, die Führung in der Ehe zu übernehmen, und von gut beobachtenden Ehefrauen erfährt man zuweilen Aufschlußreiches. Noch schärfer sehen in der Regel die Verwandten der Ehefrau. Hier erweist sich die zur Skepsis neigende Einstellung der Schwiegermutter dem Gutachter zuweilen als nützlich. Ein ausgezeichnet remittierter, in einem neuen, nicht leichten Berufe mit Erfolg tätiger Paralytiker wurde, wie ich zu meinem Erstaunen beobachtete, von der Familie der Frau nicht voll genommen, man rechnete mit seiner Meinung nicht mehr, und ich mußte mich nach einiger Zeit überzeugen, daß die Familie recht hatte.

Es ist bei allem kaum zu sagen, was das Wesentliche ist. *Mauz* spricht von einem allgemeinen Gedämpftsein, von einer Nivellierung mit Verlust persönlicher Akzente, *Stertz* von einer Senkung des Persönlichkeitsniveaus. Oft fehlt die gewohnte Ansprechbarkeit, die Fähigkeit, sich affektiv neuen Situationen anzupassen, insbesondere vermißt man selten eine Verarmung der sonst vorhandenen Nuancen des Gefühlslebens. Man beobachtet oft Mangel an Takt, und doch sind die Leute nicht taktlos, wie es der Gesunde sein kann; es ist nicht die aktiv brutal-naive Taktlosigkeit, sondern es ist mehr eine schwächliche fahrlässige Form.

Im einzelnen achten wir auf folgendes: Kann sich der zu Untersuchende nicht nur intellektuell, sondern affektiv in einer neuen Situation orientieren? Sich einleben? Hat er sich beruflich umstellen müssen in ein höheres oder tieferes Niveau und mit welchem Erfolg? Lernt er aus der Erfahrung? Überblickt er eine neue Gesamtsituation oder nimmt er ohne Bedürfnis nach allgemeinerer Erfassung vorzeitig zu den Details Stellung usw.? Wie ist die Kritikfähigkeit, die Korrigierbarkeit? Wichtig ist die Selbstbeherrschung, die Fähigkeit, für andere sich zu interessieren und zu sorgen. Ein sehr wichtiger Punkt ist die Krankheitseinsicht. Hierzu noch ein Wort: Vielfach ist das Fehlen einer Krankheitseinsicht als Kriterium des noch vorhandenen Defektes angesehen worden. Das kann man nicht aufrecht erhalten. Einmal sind wir als Ärzte ja bestrebt, unsere Kranken von der Heilbarkeit der Paralyse zu überzeugen, und da in der Tagespresse, die für die meisten Leute ja maßgebend ist, von einer Heilung mit Defekt in der Regel nicht geschrieben wird, so sind eben viele von der Heilbarkeit der Paralyse überzeugt und nehmen dementsprechend die Erkrankung nicht so schwer. Die Frage der Krankheitseinsicht hängt außerdem auch sehr von dem Temperament der Persönlichkeit ab, und da gerade die sanguinischen und optimistischen Temperamente vielfach bessere

Möglichkeiten für die Wiederherstellung bieten, braucht man das Fehlen der Krankheitseinsicht jedenfalls nicht als ein negatives Zeichen anzusehen<sup>1</sup>.

Von anderen Symptomen wäre noch auf Sprache und Schrift zu achten. Zwar pflegt die charakteristische Sprachstörung des akuten Paralytikers, das Silbenstolpern, so gut wie immer bei den gut remittierten Kranken zu schwinden. Dagegen sehen wir häufiger eine gewisse Verlangsamung des Sprechens und eine Art Monotonie zurückbleiben. Auch ist vielfach die Phrasierung bei längerem Sprechen noch auffällig. Leichte Sprachstörungen können jedenfalls zur Aufmerksamkeit veranlassen und gewisse Bedenken geben. Wesentliche Schriftstörungen wird man bei diesen Fällen kaum finden.

Die Grenze zwischen den Defektgeheilten am linken Flügel der Defektenfront und den nur vegetativ Geheilten ist naturgemäß keine scharfe, und ebenso kann man auf der anderen Seite keine exakte Trennungslinie ziehen zwischen den mit ganz leichten Defekten und den ohne Veränderung Geheilten.

Die Gruppe der „Geheilten“ ist klein und leider schrumpft ihre Zahl zusammen, wenn diese Fälle aus der Hand der behandelnden Ärzte in die des Gutachters kommen. Man wird daher als „endogen“ wenig begeisterungsfähiger Gutachter mißtrauisch, zumal da wir uns darüber klar sein müssen, daß man leichte Resterscheinungen methodisch nicht fassen kann; wir sind demgemäß bei der Beurteilung unter Umständen von Zufälligkeiten abhängig. Oft zeigt so ein besonderes Ereignis, dem der Kranke nicht gewachsen war, einen Defekt, während man ohne einen solchen Vorfall keinen Anlaß gehabt hätte, an völliger Heilung zu zweifeln. Das sollte aber auch nicht dazu führen, jede Auffälligkeit als „Defekt“ anzusehen, es müssen dabei auch die präpsychotische Persönlichkeit und ihre Eigenarten berücksichtigt werden.

*Klinisch* ist der völlig Geheilte aber nur an dem negativen Befund zu erkennen, und leider können uns die neurologischen und serologischen Untersuchungen auch nicht viel weiterhelfen, das gilt sowohl für die geheilte wie für die defekt geheilte Gruppe. Bezüglich des *Neurologischen* kann ich mich ganz kurz fassen: Daß sich eine vorhandene Pupillenstarre zurückbildet, kommt kaum je vor; das kann auch bei der besten Heilung nicht erwartet werden, da es sich hier gewissermaßen um ein Narbensymptom handelt, das ebenso wie das Fehlen der Reflexe bei Taboparalytikern nicht etwa als Zeichen einer noch in Gang befindlichen oder zu Rückfällen neigenden Erkrankung angesehen werden

---

<sup>1</sup> Einem Kranken, der energisch bestritt, eine Paralyse gehabt zu haben, wurde dies als Einsichtslosigkeit von einem Gutachter angerechnet. Ich mußte dem Kranken recht geben, denn mir erschien die Diagnose Paralyse retrospektiv zum mindesten zweifelhaft.

kann. Die neurologischen Erscheinungen werden also nicht mehr sein können als ein Hinweis darauf, daß einmal eine Paralyse vorgelegen haben kann.

Etwas nützlicher sind uns die *serologischen* Methoden. Eine zunächst leichte Besserung der Blut- und Liquorbefunde tritt in der Regel bald nach Abschluß der Therapie ein, insbesondere bildet sich die Zellzahl<sup>1</sup> bald zurück.

Daß bereits im ersten Jahr eine Sanierung eintritt, ist selten, kommt aber vor. Im großen Ganzen ist eine weitgehende Besserung im ersten Jahr als ein gutes Zeichen anzusehen. Im weiteren Verlauf schreitet bei den günstigen Fällen die Liquorbesserung fort, so daß nach 3 bis 5 Jahren 77%, nach 5—10 Jahren 94% im Liquor saniert sind. Der Blutwassermann ist in der Regel etwas hartnäckiger insofern, als nach 5—10 Jahren nur 82% negativ werden (*Dattner*). Da der positive Blutwassermann nach *Plaut* auch durch peripher gelegene Spirochätenherde aufrechterhalten werden kann, braucht er für die Begutachtung nicht ausschlaggebend zu sein.

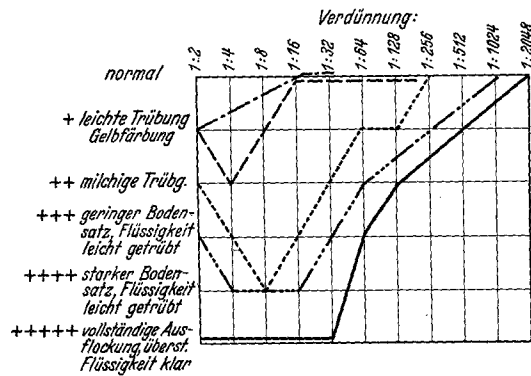
Patienten mit negativem Liquor sind allerdings in dem ersten Jahr noch nicht absolut gegen klinische Rezidive gesichert; wenn zwei oder mehr Jahre nach Beendigung der Kur der Liquor negativ geblieben ist, braucht man mit Rezidiven nach den bisherigen Erfahrungen wohl nicht mehr zu rechnen. Die Fälle dagegen, die nach der Malariakur ihre Liquorbefunde behalten, rezidivieren zum größten Teil, es empfiehlt sich aber, nicht nur mit dem Patienten, sondern auch mit dem Liquor Geduld zu haben und ein endgültiges Urteil erst nach einigen Jahren auszusprechen. Solange noch positive WaR. im Liquor vorhanden ist, sind nach *Plaut* aktive Spirochäten im Gehirn, selbst bei langjährigen klinischen Remissionen. Vergleiche hierzu auch Abb. 2, die einen günstigen, wenn auch sehr schleppenden Verlauf der humeralen Befunde aufweist.

Wir sehen also, daß es für den Gutachter auf folgendes ankommen muß: Bei der Gruppe der Defektgeheilten ist die Größe des Defektes oder vielleicht besser die gebliebene Leistungsfähigkeit abzuschätzen. Will man aber jemanden zu den Geheilten rechnen, so muß man sicher sein, daß keine Defekte mehr vorhanden sind. Da uns hier weder Serologie noch Neurologie weiterhelfen, ist dies nach beiden Richtungen eine große Verantwortung, und es fragt sich: Können wir nicht noch andere Kriterien zur Unterstützung herbeiziehen. Hierzu kann dienen eine kritische Betrachtung des Paralysebeginns. Sie kommt auf folgende Fragen hinaus: 1. bestand im Zeitpunkt der Behandlung noch die Aussicht auf völlige Heilung und 2. hat überhaupt eine Paralyse vorgelegen?

<sup>1</sup> Hier gibt es allerdings eine Ausnahme insofern, als nach der Rekurrensbehandlung zunächst eine stark entzündliche Reaktion im Liquor auftritt.



Wir haben gesehen, eine *völlige Heilung* kann theoretisch nur zustande kommen, wenn es gelingt, die Paralyse im symptomlosen Stadium zu entdecken und durch Behandlung zum Stillstand zu bringen. Morphologisch ist in dieser Zeit nur der Entzündungsprozeß im Gange, und *Spielmeyer* hat gezeigt, einmal, daß dieser oft schon lange vor den klinischen Erscheinungen auftreten kann, und weiter, daß er im Gegensatz zu den unheilbaren degenerativen Veränderungen therapeutisch offenbar gut beeinflussbar ist. Da diese entzündlichen Prozesse aber noch keine psychischen Symptome machen, bekommen wir die Paralytiker in der Regel erst in späteren Stadien in Behandlung. Nun kann



	1926	1927	1928	1930	1931
Zellen	110	35	9	7	7
Nonne	+	+	(+)	neg.	neg.
WaR.	ab 0,2 +++	0,2 +; 1,0 +++	0,2 -; 1,0 +	neg.	neg.
WaR. Blut	+++	+++	+++	+	neg.
Kurve	—	—	—	—	—

Abb. 2.

man aber unter besonderen Bedingungen auch schon in diesem Zeitpunkt auf die Paralyse aufmerksam werden. Der beginnende Prozeß reicht zwar noch *nicht* aus, *paralytische* Symptome hervorzurufen; er wirkt aber als unspezifischer Reiz und kann so etwa bereitliegende *Anlagen* zu anderen psychischen Bildern unter Umständen zur Manifestation bringen. So können z. B. bei Personen mit einer Anlage zu manisch-depressiven Erkrankungen die beginnenden Entzündungserscheinungen eine manische oder depressive Phase auslösen; dadurch wird der Kranke psychotisch, kommt zur Untersuchung, und es wird serologisch eine Paralyse festgestellt, denn der Liquor ist um diese Zeit schon positiv. Nun leuchtet ohne weiteres ein, daß in solchen Fällen die Prognose gut sein wird, denn es handelt sich hier nicht um die klinischen Symptome einer paralytischen Hirnveränderung, sondern

um eine durch einen beginnenden paralytischen Hirnprozeß freigemachte Manie zum Beispiel; diese klingt ab und der paralytische Entzündungsprozeß wird durch die Malariabehandlung anatomisch geheilt, und zwar *bevor er Gelegenheit hatte, klinische Defektsymptome hervorzurufen*. Eine ähnliche Rolle als *Indicator* für die beginnende Paralyse können auch andere Symptome spielen; z. B. macht sich ein solcher paralytischer Hirnprozeß wohl auch *subjektiv* bemerkbar, und es kommt bei entsprechend veranlagten Menschen zu nervösen Reaktionen. So gewinnt das seit langem als solches bekannte *neurasthenische Vorstadium* eine besondere Bedeutung; und endlich kann es durch die mit den entzündlichen Vorgängen verknüpften Hirndruckerhöhungen bei dazu veranlagten Personen schon frühzeitig zu *epileptischen Anfällen* kommen, die auf die drohende Erkrankung aufmerksam machen. In entsprechender Weise vermag eine beginnende Paralyse auch eine bereitliegende *schizophrene* Erkrankung auszulösen. Dadurch wird man zwar ebenfalls früher als sonst auf die Paralyse aufmerksam; wenn trotzdem die Prognose nach Malariabehandlung nicht gut ist, so ist das so zu erklären, daß hier eben eine für gewöhnlich chronisch verlaufende Erkrankung in Gang gebracht wurde.

Durch solche Beobachtungen wird auch klar, warum, wie vielfach gesagt wird, die schizophrenieähnlich verlaufenden Paralysen therapeutisch schlecht einflußbar sind, während die expansive Paralyse oder die Anfallsparalyse gute Prognosen haben; bei den letzteren handelt es sich eben zum großen Teil um inzipiente Prozesse, die durch ausgelöste Manien oder Anfälle vorzeitig bemerkt und so mit gutem Erfolg behandelt werden konnten.

Für uns ist wichtig zu wissen, daß eine *vollständige Wiederherstellung* nur in den wenigen Fällen zu erreichen ist, in denen durch einen *Zufall* die Paralyse *im symptomlosen Stadium* entdeckt und behandelt werden konnte, und der Gutachter wird nachforschen, *ob diese Voraussetzung vorgelegen hat*. Diesen Fällen gleichzustellen sind diejenigen, bei denen die *Diagnose Paralyse falsch* war, was gar nicht so selten ist. Vor einer Verwechslung mit Alkoholismus, bei dem infolge Neuritis die Reflexe fehlen, könnte die serologische Untersuchung schützen. Schwieriger ist das bei der Lues cerebri und bei der Kombination einer harmlosen psychischen Anomalie mit Tabes, denn eine Manie oder eine Depression mit einer tabisch bedingten reflektorischen Pupillenstarre läßt ohne weiteres an Paralyse denken. Handelt es sich um eine alte Tabes mit negativen oder schwachen Reaktionen, so ist die Diagnose Manie + Tabes leicht. Die Zweifel beginnen erst, wenn die biologischen Reaktionen eine Paralyse möglich machen würden.

Für den Begutachter der *behandelten* Paralyse kommt nur eine *retrospektive Differentialdiagnose* in Frage, und diese ist besonders

schwierig. Ich kann hier nur einige Gesichtspunkte geben, denn allgemeingültige Gesetzmäßigkeiten lassen sich nicht aufstellen: Wird beim Beginn der Erkrankung über Doppeltsehen, Kopfschmerzen und schwere Bewußtseinstörungen berichtet, so spricht das *ceteris paribus* mehr für eine Lues cerebri. Erfahrungsgemäß ist es für den Nichtpsychiater schwer, manisches Selbstbewußtsein bei einem Tabiker von einer paralytischen Größenidee und eine manische Urteilslosigkeit von einer paralytischen Urteilschwäche zu unterscheiden. Bei allen Paralytischen, die im Beginn mit negativem Blutwassermann oder unvollständiger positiver Reaktion im Liquor einhergingen, sollte man an diese Möglichkeit denken. Da eine Tabes im akuten Stadium auch deutlich positive Reaktionen zeigen kann, ist eine Verwechslung leicht möglich, namentlich wenn man den Liquor nicht genau untersucht, den Wassermann nicht auswertet und keine Kolloidreaktionen vornimmt. Unvollständige serologische Befunde bei klinisch nicht ganz einwandfreien Fällen sollten immer Veranlassung geben, die Diagnose kritisch zu betrachten.

Auch der *Verlauf* und der vom Gutachter unmittelbar zu erhebende Befund kann Anlaß zur Revision der Diagnose geben. So kommt eine auffallend rasche Sanierung des Liquors oft bei Lues cerebri, selten bei Paralyse vor. Ist eine Pupillenstarre zurückgegangen, würde ich ebenfalls eher an Lues cerebri als an Paralyse oder Tabes denken.

Sehen wir bei einem zu begutachtenden remittierten Paralytiker z. B. ein *querulatorisches* Bild, so würde ich unbedingt an der Richtigkeit der Diagnose Paralyse zweifeln. Denn der Paralytiker, auch der Defektgeheilte, läßt in der Regel die Aktivität vermissen, die zu einer querulatorischen Betätigung gehört; er ist zu indolent, um sich der Mühe, Briefe und Eingaben zu schreiben, zu unterziehen. Selbst wenn während der Paralyse manische Persönlichkeitseigenschaften hervortreten, so pflegen doch auch diese beim echten Paralytiker etwas Schwächliches anzunehmen.

Auch die Fähigkeit zu überlegenem Humor spricht gegen Paralyse. Dagegen ist die Produktion hysterischer Zustände zuweilen mit der Diagnose Paralyse vereinbar. Denn die Hysteriefähigkeit, d. h. die Fähigkeit, Tendenzen in seelischen oder körperlichen Erscheinungen zum Ausdruck kommen zu lassen, ist eine sehr primitive, über die auch der leicht defekte Paralytiker noch verfügt.

Ich habe diese differentialdiagnostischen Möglichkeiten etwas ausführlicher dargestellt und namentlich auf die retrospektive Differentialdiagnose aufmerksam gemacht; denn — darüber müssen wir uns klar sein — die *Malariabehandlung verwischt das Bild* für den Gutachter völlig, und nachträglich, d. h. nach abgeschlossener Malariakur und bei negativem Liquor zu sagen, ob die frühere Krankheit eine Paralyse

war oder eine Lues cerebri oder eine Tabes mit nervösen Symptomen oder überhaupt nichts gewesen ist, dürfte oft unmöglich sein.

Dieser Umstand wird gelegentlich ausgenutzt. Ich darf als Beispiel einen charakteristischen Fall erwähnen: Ein Bankdirektor, der bereits früher wegen syphilitischer, vielleicht auch tabischer Erscheinungen in Behandlung war, wurde wegen betrügerischen Bankrotts in Anklagezustand versetzt. Er entzog sich seiner Verhaftung und begab sich im Ausland in eine psychiatrische Klinik, wo die Diagnose Paralyse gestellt und eine Malariabehandlung vorgenommen wurde. Den Liquorbefund damals konnten wir nicht erhalten, es soll eine Paralysekurve bestanden haben. Nach Ablauf der Malariabehandlung zeigte der Betreffende das Bild eines hysterischen Stupors, Lumbalpunktion ergab nunmehr ein uncharakteristisches Resultat. Es war aber in Anbetracht der überlagernden hysterischen Symptome nicht festzustellen, ob noch irgendwelche Defekterscheinungen vorhanden waren. Die Tatsache, daß ein hysterisches Bild bestand, spricht zwar für das Vorhandensein eines Schuldbewußtseins, aber nicht unbedingt gegen eine Paralyse. Man kann daher nicht ohne weiteres auf die geistige Gesundheit schließen.

Derartige Beobachtungen lassen naturgemäß die Möglichkeit als gegeben erscheinen, daß sich jemand durch Vornahme einer Malariakur der Bestrafung entzieht, ausgehend von dem Gedanken: man wird nach einer Malariakur nicht mehr beweisen können, daß keine Paralyse vorgelegen hat. In solchen Fällen ist von seiten des Gerichtes darauf zu dringen, daß möglichst noch vor Abschluß der Malariabehandlung eine einwandfreie Liquoruntersuchung vorgenommen wird. In Fällen, bei denen nach einer womöglich harmlosen Fieberkur schon nach wenigen Wochen der Liquor saniert ist, glaube ich nicht an die Paralyse.

Wenn ich jetzt zu den einzelnen *Gutachtensfragen* übergehe, so wird uns die klinische Einteilung in Geheilte, Defektgeheilte und chronische Paralytiker, d. h. nur vegetativ Geheilte, gewisse Anhaltspunkte geben; aber ganz kommen wir damit nicht aus.

Schon bei Betrachtung der serologischen Verhältnisse hat sich gezeigt, daß Querschnittsbefunde nicht genügen, es bedarf einer Ergänzung durch die Beobachtung des Längenschnittes; d. h. man muß die *Verlaufstendenz* nach der Malariabehandlung ermitteln. Diese Tendenz erkennt man nur zum Teil an den früheren Liquorbefunden, es ist auch die Entwicklung des psychischen Bildes zu verfolgen. Wichtig ist endlich die Berücksichtigung der betroffenen Persönlichkeit.

Will man *Zurechnungsfähigkeit* und *Tauglichkeit zu verantwortlichen Berufen* als gegeben annehmen, so muß man die höchsten Anforderungen an Leistung stellen, und das kommt, wenn überhaupt, nur bei den „Geheilten“ in Frage; als geheilt in diesem Sinne können nur die wenigen Fälle gelten, bei denen die Heilungsmöglichkeit auch nach der Anamnese gegeben war. D. h. ich würde einen solchen Fall nur dann für zurechnungsfähig halten, wenn ich aus der Vorgeschichte als wahrscheinlich annehmen kann, daß die Diagnose Paralyse falsch war, oder daß

die Erkrankung infolge eines glücklichen Umstandes bereits im symptomlosen Stadium entdeckt und behandelt worden ist. Der Geheilte muß weiter einen sich nicht im Routinemäßigen erschöpfenden Beruf erfolgreich betreiben oder sich in einem neuen Beruf nicht minderen Niveaus bewährt haben. Wenn dann auch von seiten der Familie über Jahre hindurch nichts Auffälliges berichtet wird und wenn endlich Liquor und Blut negativ geworden und durch Jahre negativ geblieben sind, *nur* in diesen Fällen kann man die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit annehmen. Solche Fälle sind mir praktisch noch nicht begegnet, man muß aber mit ihnen rechnen.

Man kommt aber überhaupt nicht oft in die Verlegenheit, behandelte Paralytiker nach § 51 StGB. zu begutachten; denn wegen der meist vorhandenen Inaktivität und allgemeinen Abdämpfung der Defektgeheilten sind Straftaten selten. Unter 2232 malariabehandelten Paralytikern verschiedener Autoren sind 9 Fälle = 0,4% mit kriminellen Handlungen bekannt geworden; eher hört man, daß manche behandelten Paralytiker sozialer geworden sind, als sie es früher waren. Man hat bei Defektgeheilten auch daran gedacht, Zurechnungsfähigkeit dann anzunehmen; wenn der behandelte Paralytiker eine vor der Erkrankung ausgeübte kriminelle Tätigkeit nach der Therapie wieder aufnimmt. Ich glaube, daß diese Gesichtspunkte nicht anwendbar sind. Maßgebend ist die juristische Überlegung, daß zur Verurteilung dem Angeklagten die Schuld und die Zurechnungsfähigkeit nachgewiesen werden muß. Dazu sind wir heute, von den oben erwähnten wenigen Ausnahmefällen abgesehen, auch bei gut remittierten Parapsen meines Erachtens nicht imstande. Es liegt vielleicht nahe, bei den Defektgeheilten die verminderte Zurechnungsfähigkeit anzunehmen. Dagegen spricht das wohl allgemein anerkannte Bedenken, die verminderte Zurechnungsfähigkeit bei Psychosen anzuwenden. Auch würde meines Erachtens diese allzu bequeme Lösung einen weiteren Fortschritt in dieser Frage hintanhaltend.

Weniger bedeutungsvoll ist die Frage der *Haftfähigkeit*, die bei Geheilten und Defektgeheilten vom rechten Flügel bis zur Mitte ohne weiteres bejaht werden kann. Sollte ein behandelter Paralytiker auf Grund eigener Initiative eine frühere Verurteilung, die vielleicht während seiner Erkrankung erfolgt ist, wieder aufgehoben wissen wollen, so kann man diese Entschlußfähigkeit als günstiges Zeichen begrüßen, und man sollte einer Wiederaufnahme des Verfahrens nicht im Wege sein.

Die Verwendung in *verantwortungsvollen Berufen* hängt nach meiner Meinung mit der strafrechtlichen Beurteilung eng zusammen. Denn wenn wir einem unserer Patienten einen Antoführerschein anvertrauen, oder ihn für tauglich zum Lotsen, Steuermann, Lokomotivführer oder Flugzeugdienst halten, so müßten wir auch im Falle eines Versagens

oder eines Versehens seine strafrechtliche Verantwortung bejahen, und das können wir, wie gesagt, äußerst selten.

Ich möchte bei Fragen nach der Tauglichkeit für verantwortungsvolle Berufe sogar einen noch höheren Maßstab anlegen, als bei der Annahme der strafrechtlichen Verantwortung. Einmal mit Rücksicht auf die Allgemeinheit und dann deshalb, weil wir dabei ein Urteil abzugeben haben nicht nur über einen kurzen Zeitabschnitt der Vergangenheit, sondern für die *ganze Zukunft*. Dieser Umstand macht es nötig, noch die *Rezidivgefahr* mit in Rechnung zu stellen. Zwar läßt uns nach unseren bisherigen Erfahrungen ein durch mehrere Jahre negativ gebliebener Liquor einen Rückfall für ausgeschlossen halten, aber wir müssen bedenken, daß unsere längsten Erfahrungen im großen Maßstab wenig über 10 Jahre<sup>1</sup> zurückreichen, und daher glaube ich, müssen wir die endgültige Beantwortung noch einige Jahre hinauschieben; erst dann überblicken wir so viel, um die Rezidivgefahr sachgemäß in Rechnung zu stellen.

Praktisch wird es ja bei Berufen, wie Lokomotivführer, Flugpiloten, auch Lotsen, Gelegenheit geben, die Betreffenden in Werkstätten usw. zu beschäftigen. Hier braucht man nicht allzu ängstlich zu sein, und hier braucht man sich auch nicht auf die kleine Gruppe der Geheilten zu beschränken, sondern hier kommt auch der rechte Flügel der Defektgeheilten in Betracht.

Beim Autoführerschein würde ich zwar grundsätzlich die gleichen Bedenken haben; es ist aber nicht zu übersehen, daß eine große Reihe von remittierten Paralytikern den Führerschein besitzt, ohne daß wir es wissen. Anscheinend richten diese auch weniger Unheil an, als charakterologisch unerfreuliche und trunkfreudige Autofahrer. Mir ist bis jetzt kein Autounglück bekannt geworden, das ein geheilter Paralytiker angerichtet hat; dabei ist doch wohl anzunehmen, daß man zur Vermeidung von Strafen sich auf eine frühere Paralyse beziehen würde. Vielleicht wird sich im Laufe der Jahre aus Nachforschungen nach autofahrenden Defektgeheilten der eine oder andere Gesichtspunkt ergeben, der es gestattet, hier klarer zu sehen. Einstweilen habe ich Bedenken, auch bei der Frage des Führerscheins. Auf *keinen Fall* würde ich den *Neuerwerb* des Führerscheines zulassen; denn es ist ein Unterschied, ob ein alter Fahrer mit leichter Veränderung seine seit langem gewohnten Automatismen betätigt oder ob jemand sich neu an diese nicht leichte Technik gewöhnen soll.

Bei Ärzten, Richtern, Rechtsanwälten und Lehrern ist neben der Besonderheit des Berufes (operative Tätigkeit, Einzelrichter) auch noch die persönliche Artung der in Betracht Kommenden heranzuziehen.

<sup>1</sup> Nur die Wiener Klinik verfügt über Beobachtungen, die sich über 15 Jahre erstrecken.

Bei oberflächlich selbstbewußten Persönlichkeiten würde ich die Verantwortung ablehnen, dagegen braucht man bei ernsten, pedantischen Leuten weniger zu befürchten. Schizophrener Einschlag und Beschränktheit von Hause aus sollten zur Ablehnung veranlassen, ebenso eine etwaige Neigung zu Alkoholmißbrauch.

Bei differenzierten Berufen mit Selbständigkeit, aber ohne unmittelbare Verantwortung für Menschenleben habe ich bei guten Remissionen und bei den Geheilten keine Bedenken. Wie die Erfahrung lehrt, geht das oft recht gut. Hat man zunächst noch Scheu, so wäre die Betätigung im Verein mit anderen (Kollegium, Assozierung) anzuraten. Kontrollen sollten mit Takt vorgenommen werden, sonst sind sie eher schädlich als nützlich.

Wer als zurechnungsfähig und als geeignet für verantwortungsvolle oder differenzierte Berufe angesehen wird, ist selbstverständlich auch *geschäftsfähig*. Im übrigen kann und muß man in der Frage der Geschäftsfähigkeit großzügiger sein. Das ist nicht abhängig von der Frage, ob die Erledigung von Rechtsgeschäften allgemein oder im Einzelfall schwieriger ist als die Vermeidung von Straftaten oder beruflichen Fehlhandlungen, sondern es ergibt sich aus dem Juristischen; denn während bei der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit — wenigstens in Deutschland — Zweifel genügen, um das Verfahren niederzuschlagen, muß die Geschäftsunfähigkeit bewiesen werden. Dieser Beweis kann aber nur dann als erbracht gelten, wenn wirklich Defektsymptome zu demonstrieren sind, und das ist nicht immer leicht.

Da, wie vorhin bereits gesagt, das äußere Verhalten durchaus unauffällig sein kann, da weiter auch bei sonst Defekten das für den Laien am leichtesten erkennbare Kriterium, die Merkschwäche, sehr oft fehlt, kann man nicht erwarten, daß bei Vertragsabschlüssen etwa der Notar Bedenken wegen der Geschäftsfähigkeit hat. Namentlich Leute, die eine gute Ausbildung durchgemacht haben, verfügen in der Unterhaltung über so viel Stoff, daß sie sehr oft eine gute Urteilsfähigkeit vortäuschen. Hier ist nur durch mühsame und langwierige Untersuchung das Gegenteil zu beweisen.

Das ist oft recht schwierig, wie z. B. folgender Fall zeigt: Es handelte sich um die Frage, ob ein Mann, der 1924 wegen Paralyse eine Malariabehandlung durchgemacht hatte, im Jahre 1926 geschäftsfähig war, als er eine Hypothek von 30 Millionen Papiermark in eine Goldmarkhypothek von 7000 Mark umwandeln ließ. Er wurde 1930 von mir beobachtet. Die linke Pupille war absolut starr, die rechte Pupille zeigte eine minimale Reaktion, die Sprache zeigte kein paralytisches Silbenstolpern, war aber etwas eintönig, wenig moduliert und ausdruckschwach. Die Schrift war unbeholfen, ungleichmäßig und nachlässig. Die WaR. im Blut war negativ, der Liquor zeigte noch eine ganz schwache *Nonnesche* Reaktion und sonst nichts Pathologisches mehr.

Der Patient selbst berichtet, er sei nach seiner Entlassung aus der Klinik noch verschiedentlich in Behandlung gewesen. Auf Rat des Arztes ruhe er vor-

mittags 1, nachmittags 2 Stunden, gehe im übrigen spazieren. Beschäftigung habe er keine, entbehre sie auch nicht. Seine einzige Lektüre seien die Münchner Neuesten Nachrichten. Abends um 8 Uhr gehe er ins Bett und liege bis zum Morgen schlaflos. Er behauptet mit aller Bestimmtheit, seit 1924 noch keine Stunde geschlafen zu haben. Deswegen könne er auch nicht arbeiten. Er habe im April 1926 in P. ein Haus für 60 Millionen Papiermark gekauft und 30 Millionen angezahlt. Die übrigen 30 Millionen wurden als Restkaufhypothek eingetragen. Im April 1925 (es könne aber auch 1926 gewesen sein, wie er auf Vorhalt zugibt) habe der frühere Besitzer ihn veranlaßt, bei einem Notar einen Vertrag zu unterschreiben, auf Grund dessen die 30 Millionen Papiermark auf 7000 Goldmark aufgewertet wurden. Sein Bruder, der seit Mai 1925 sein Pfleger sei, habe ihn beschimpft, was er da gemacht hätte, und habe einen Prozeß angestrengt, um die Aufwertung rückgängig zu machen. Er sei nicht geschäftsfähig und sei es auch damals nicht gewesen.

Während der Beobachtung verhält Patient sich geordnet. Seine Auffassung ist nicht besonders gut; insbesondere ist auch die sog. „motorische Auffassung“, d. h. die Fähigkeit, eine geforderte Bewegung ohne weiteres auszuführen, nicht unerheblich beeinträchtigt, was bei der körperlichen Untersuchung sehr deutlich wird. Sein Kenntnisbesitz ist in Anbetracht seiner Vorbildung (Realschulbildung; Bankfach!) recht dürftig. Leichtere Rechenaufgaben werden zwar prompt gelöst; bei schwereren Rechenaufgaben versucht er die gleiche Schnelligkeit der Erledigung, die er wohl früher gewohnt war, bringt dabei aber verkehrte Resultate heraus. Erst wenn man ihn veranlaßt, langsam und ruhig zu rechnen, wird es besser. Man sieht daraus nicht nur eine gewisse Herabminderung seines geistigen Niveaus, sondern es geht daraus auch hervor, daß er sich auf diesen „Defekt“ noch keineswegs eingestellt hat; er traut sich vielmehr zu Unrecht noch Fähigkeiten zu, wie er sie früher gehabt hat. Wenn man ihn gewisse Begriffe, die ihm aus seinem Beruf als Bankier geläufig sein müßten, definieren läßt, so gerät er meist in ein etwas diffuses, oberflächliches Gerede. Auch hier sind anfangs die Resultate wesentlich schlechter als später, aber es kommen doch immer wieder Fehlantworten vor, die in praxi unter Umständen peinlich sein könnten. Als man ihn z. B. aufforderte, zu erklären, wie man einen Wechsel ausstellt, unterlaufen ihm an dem gewählten Beispiel eine ganze Reihe von Verwechslungen. Bei der Prüfung der eigentlichen Urteilsfähigkeit ergeben sich recht verschiedenartige Resultate. Zunächst besteht die Neigung, bei der Erklärung von Unterschiedsfragen usw. nicht die Unterschiede allgemein zu präzisieren, sondern er exemplifiziert auf konkrete Beispiele. So erwidert er auf die Frage, was der Unterschied zwischen borgen und schenken sei: „Borgen, da leiht man ein Geld aus, beim Schenken wird ein gewisser Betrag geschenkt.“ Der Unterschied zwischen Lüge und Irrtum: „Lügen, wenn man jemand belügt, Irrtum, wenn man sich täuscht, wenn man jemand anlügt.“ Erst bei wiederholter Frage kommt er darauf, daß es sich hier um etwas Bewußtes handelt. Unterschied zwischen Baum und Strauch: „Baum aus Holz, Strauch aus Sträuchern.“ Bei der Sprichworterklärung gibt er zunächst nur eine wörtliche Umschreibung, ohne die Nutzanwendung herauszuheben. Er kann das auch nicht. Dagegen ist er in der Lage, mehrere Sprichwörter, die den gleichen Sinn haben, zusammenzustellen.

Seine Merkfähigkeit ist sehr gut, und auch das Erinnerungsvermögen ist in keiner Weise beeinträchtigt.

Bei der Intelligenzprüfung, aber auch bei der zwanglosen Unterhaltung fällt weiter auf, daß er sich kaum zu konzentrieren vermag. Es ist schwer zu sagen, ob das mit der Flüchtigkeit seiner Auffassung zusammenhängt oder nur auf die fehlende Aufmerksamkeitsspannung zurückzuführen ist. Er schweift bei der Unterredung leicht ab, verliert meistens den Faden und ist vor allen Dingen nicht in



der Lage, Wichtiges von Unwesentlichem zu unterscheiden. Er ist sehr stark ichbezogen. Als er z. B. in einem Stück, das er als Leseprobe vorgelegt bekommen hat, den Namen „Kraepelin“ liest, unterbricht er den Gedankengang und sagt: „Den habe ich auch gekannt, der ist jetzt gestorben“, liest dann im gleichen Tonfall weiter. Fragt man, was er gelesen hat, so ist er nicht in der Lage, den Inhalt anzugeben, wohl weniger, weil er sich das nicht hätte merken können, sondern weil er eben oberflächlich, d. h. ohne den Sinn zu erfassen, gelesen hat. Aus seiner Zeitungslektüre, die er täglich gewissenhaft absolviert, hat er anscheinend keine großen Vorteile gezogen. Er kann über nichts Auskunft geben, hat aber immer allgemeine, stehende Redensarten über „die schlechte wirtschaftliche Lage“ parat: „Wir werden uns schon wieder aufraffen“ usw. Ähnlich diffuse Redensarten hört man von ihm, wenn er erklären soll, wodurch ein Bankgeschäft verdient.

Seine Stimmung ist ausgemacht euphorisch. Er ist in kindlicher Weise mit sich und der Welt zufrieden. Zwar hat er eine gewisse Einsicht dafür, daß er geistig nicht mehr so leistungsfähig ist, aber diese Einsicht ist in keiner Weise von der beim Gesunden selbstverständlichen affektiven Resonanz begleitet. Er kennt z. B. die bei ihm gestellte Diagnose, aber er macht sich anscheinend nicht sehr viel daraus. Die Syphilis ist nach seiner Meinung wohl eine schwere Krankheit, er habe sie aber nicht mehr, nur Chinin habe er noch im Kopf, denn er habe 20 Malariakuren gemacht statt 10 (er meint Fieberanstiege). Auch daß er Paralyse hatte, weiß er. Auf die Frage, ob er sie noch habe, sagt er, das stehe ja drin im Bericht von Herrn Dr. F. (Ob er sich Gedanken darüber mache?) „Man muß sich abfinden mit seinem Schicksal. Man kann doch nicht Selbstmord begehen. Mein Teilhaber würde lachen, dann brauchte er mir keine Rente mehr zu bezahlen.“ (Meinen Sie, Sie könnten einmal daran sterben?) „Nein, jetzt bin ich eigentlich vollständig gesund, und dann wasche ich mich ja auch jeden Tag.“ Er hat eine ganz eigentümliche Einstellung zu seiner Krankheit. Er bringt offenbar irgendeine Krankheitsfurcht nicht auf aus Freude darüber, daß ihn das Leiden geschäftsunfähig mache und daß er auf diese Weise den Prozeß gewinnen könne. Im übrigen befolgt er aber aus Gewissenhaftigkeit und einer gewissen Hörigkeit dem Arzt gegenüber die Verordnungen seiner Ärzte und ißt z. B. kein Rindfleisch, weil das Blut positiv ist usw.

Zusammenfassend ergibt die Untersuchung eine wesentliche Besserung des Befundes seit der Behandlung, insbesondere sind die biologischen Reaktionen in Blut und Liquor fast negativ geworden. Das neurologische Symptom der Pupillenstarre ist zwar erhaltengeblieben, das würde jedoch für die Geschäftsfähigkeit nichts besagen, weil auch nach den besten Resultaten der Malariabehandlung meist die Pupillenstarre zurückbleibt. Auch die Sprachstörung ist wesentlich gebessert. Was den geistigen Zustand anlangt, so handelt es sich jetzt sicher nicht mehr um das Bild einer floriden Paralyse. Alle akuten Symptome, wie die leichte Bewußtseinstörung, Größenideen, Erschwerung der Auffassung und Merkfähigkeit usw. sind geschwunden. Dagegen kann man den V. keineswegs als geistig gesund bezeichnen. Es ist zwar gelungen, das Fortschreiten des Gehirnprozesses aufzuhalten. Auch die beim Paralytiker gewöhnlich vorhandenen vegetativen Störungen sind nicht mehr ausgeprägt, so daß jetzt das Leben jedenfalls nicht gefährdet erscheint. Dagegen haben wir es bei V. mit einigen nicht unerheblichen Resterscheinungen zu tun:

1. sehen wir bei ihm einen ziemlich weitgehenden Ausfall von Kenntnissen, der besonders beachtenswert ist, wenn man bedenkt, daß V. eine gute Schulbildung hinter sich hat und auch beruflich tüchtig gewesen sein soll.

2. ist auch die Urteilsfähigkeit erheblich herabgemindert. Zwar wird sich das im gewöhnlichen Leben nicht allzusehr bemerkbar machen, aber gewisse Auf-

fälligkeiten kommen bereits bei der experimentellen Prüfung seiner Intelligenz heraus (siehe oben). Beachtenswert ist auch die Kritiklosigkeit, wie er seiner Krankheit gegenübersteht, und die Eintönigkeit und allgemeine Einengung seines Interessenkreises. Auf seine sonderbare Stellungnahme zur gegenwärtigen Situation habe ich oben schon hingewiesen.

3. Zeigt er die für defektgeheilte Paralytiker außerordentlich charakteristische Initiativlosigkeit und die Herabminderung seines gesamten Persönlichkeitsniveaus. So ist er die ganze Zeit berufsunfähig, er lebt aber ohne Bedenken, zufrieden mit seiner kleinen Rente, in den Tag hinein, denkt anscheinend nur daran, daß er die ärztlichen Vorschriften gut befolgt und gewissenhaft seine Zeitung liest.

4. Schwer davon zu trennen ist die Gleichgültigkeit und affektive Einengung, unter der er steht. So finden alle Fragen, die ihn doch wesentlich tangieren sollten, Krankheit, Prozeß usw., und deren Bedeutung einzusehen sein Verstand auch ausreicht, affektiv nicht den geringsten Widerhall bei ihm. Abgestumpft, wie ausgebrannt lebt er ohne jede Initiative dahin. Seine Gleichgültigkeit und sein Mangel an Regsamkeit wird auch noch dadurch besonders beleuchtet, daß man bei ihm, der doch großes Interesse an seiner Geschäftsunfähigkeitserklärung hat, nicht die geringste Andeutung von Übertreibung oder hysterischer Überlagerung findet, wie man das bis zu einem gewissen Grade eigentlich bei jedem in dieser Situation befindlichen Gesunden zu sehen pflegt.

Bei diesem psychischen Gesamtzustand kann man nach meiner Meinung V. nicht als geschäftsfähig ansehen. Ich bin vielmehr der Meinung, daß die Voraussetzungen des § 104 Nr. 2 BGB. bei ihm vorliegen. Wenn man das für den jetzigen Zustand annehmen muß, so gilt das erst recht für das Jahr 1926; denn gewöhnlich ist der Verlauf so, daß nach Abschluß der Malariabehandlung und der körperlichen Erholung eine psychische Besserung einsetzt, und in guten Fällen schreitet diese Besserung langsam fort. Man kann also mit ziemlicher Sicherheit sagen, daß V. 1926 in seiner geistigen Verfassung vielleicht noch schlechter, jedenfalls aber nicht besser war als heute.

Theoretisch könnte allerdings eingewendet werden, daß sich bei V. unmittelbar nach der Malariabehandlung eine wesentliche Besserung des Gesamtzustandes eingestellt hätte, derart, daß er in dieser Zeit der Remission geschäftsfähig gewesen wäre; die nunmehr bestehende Herabminderung müßte dann auf ein Wiederaufflackern des paralytischen Krankheitsprozesses zurückgeführt werden. Diese an sich denkbare Annahme kann hier nicht in Betracht kommen, denn einmal ist aus der Zwischenzeit nichts berichtet, was uns zu dieser Vermutung berechtigte, außerdem müßten, wenn wir es mit einem Wiederausbrechen der Paralyse zu tun hätten, die klinischen Symptome anderer Art sein, und endlich wäre anzunehmen, daß unter diesen Umständen auch die biologischen Reaktionen stärker positiv wären. Daß er bei seinem äußerlich geordneten Verhalten und bei seiner guten Merkfähigkeit von dem beim Vertrag amtierenden Amtsrichter für gesund gehalten worden ist, ist ohne weiteres begreiflich.

Es ist folgender Schluß berechtigt: Bei Patient findet sich jetzt ein Defektzustand nach einer früheren Paralyse. Die psychischen Ausfallserscheinungen sind so, daß er als geschäftsunfähig im Sinne des § 104 BGB. angesehen werden muß, und zwar hat diese Geschäftsunfähigkeit auch schon zur Zeit des Vertragsabschlusses am 10. III. 1926 bestanden.

Ich habe ein etwas ausführlicheres Beispiel gebracht, weil gerade die Feststellung der Geschäftsunfähigkeit zuweilen schwierig ist. Man sollte aber gewiß — das möchte ich noch einmal ausdrücklich betonen — nicht vereinzelte Fehlantworten zu schwer nehmen. *Praktisch* wird

man besonders dann an *Geschäftsunfähigkeit* denken, wenn das abgeschlossene Rechtsgeschäft auch den Eindruck erweckt, als sei es in Ausgang und Methodik durch eine defektöse Unzulänglichkeit bestimmt. Aber man wird auch stets den Grundsatz beibehalten, daß nicht etwa der schon geschäftsunfähig ist, der lediglich die Tragweite geschäftlicher Maßnahmen aus Mangel an Übung usw. nicht zu beurteilen vermag.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Gruppe der Geheilten und der rechte Flügel der Defektgeheilten als geschäftsfähig anzusehen sind. Die Mittelgruppe — zu ihr ist der soeben dargestellte Fall zu rechnen — macht einem oft sehr große Bedenken; die Bedenken sind besonders berechtigt, wenn die Frage der Geschäftsfähigkeit aufgerollt wird bei Leuten, die im Geschäftsleben stehen oder vielleicht von früher die Neigung zur geschäftlichen Betätigung haben. Hier wird man auch in Fällen, in denen die Geschäftsunfähigkeit nicht erwiesen werden kann, schon im Interesse der Rechtssicherheit für die Entmündigung eintreten.

Bei der *Entmündigungsfrage* selbst müssen wir 2 Fälle unterscheiden: Soll eine Entmündigung verhängt werden? und wie stellt man sich zu einer bereits vor der Malariabehandlung errichteten Entmündigung?

Bei der Gruppe der Geheilten kommt Entmündigung nicht in Frage; dagegen werden bei den meisten Defektgeheilten die psychiatrischen Voraussetzungen für die Entmündigung wenigstens wegen Geisteschwäche gegeben sein. Gleichwohl halte ich es aber nicht für richtig, von der Entmündigung zu oft Gebrauch zu machen. Ich stimme *Carl Schneider* bei, wenn er sagt, daß eine zu große Bedenklichkeit hier gelegentlich zum Wiederaufheben des Heilerfolges führen kann. Zur Entmündigung gehören ja auch nicht nur gewisse psychiatrische, sondern auch soziale Gegebenheiten. Und wenn keine besonders großen Werte auf dem Spiele stehen, sollte man bei an sich Berufsfähigen keinen Wert auf Entmündigung legen. Bei allem ist neben den etwa gebliebenen Ausfallserscheinungen auch die Persönlichkeit zu berücksichtigen, und die Kombination eines auch nur leichten Defektes mit Unternehmungslust, die sich gelegentlich als kindliche Freude am Geschäftemachen in die Remission rettet, kann eine Entmündigung eher nötig machen als größere Ausfälle bei einem phlegmatischen Individuum. Wichtig ist auch die Frage, ob der Kranke jemanden hat, mit dem er sich berät, weiter, wie er mit seinen Angehörigen steht, ob er andere fragt usw. Ich kenne einen Paralytiker, der in den ersten Jahren trotz guter Remission bei Geschäftsabschlüssen usw. stets seine Frau mitnahm, die Sache mit ihr durchsprach, um eine gewisse Sicherheit seiner Entschlüssen zu erlangen.

Ist jemand schon vor der Malariakur wegen Geisteskrankheit entmündigt worden, so spricht das naturgemäß dafür, daß die Paralyse

einen erheblichen Grad hat erreichen können und daß offenbar auch sozial manches auf dem Spiele stand. In solchen Fällen wird man zunächst die Entmündigung bestehen lassen, auch wenn die Remission sich gut anläßt. Man wird aber später bei fortschreitender Besserung die Entmündigung wegen Geisteskrankheit in eine solche wegen Geisteschwäche umwandeln, und nun hängt alles weitere von einem verständnisvollen Vormund ab. Es wäre wünschenswert, wenn der Vormund den Kreis der von seinem Mündel zu besorgenden Angelegenheiten allmählich erweiterte, um sich ein Urteil zu bilden, wie die Leistungsfähigkeit sich entwickelt. Bessert sich diese, ist Blut und Liquor saniert oder zeigt sich doch eine deutliche Tendenz dazu, so braucht man auch keine Bedenken zu haben, die Entmündigung ganz aufzuheben.

Dieses Verfahren paßt sich meines Erachtens in sehr natürlicher Weise dem Besserungsverlauf an, und man hat dabei Gelegenheit, die Verlaufstendenz zu beobachten. Wir wissen ja, daß es oft sehr lange dauert, bis die Besserung ihr möglichstes Ausmaß erreicht hat. Ich kenne Fälle, in denen noch 2—3 Jahre nach Wiedererlangung der Berufsfähigkeit und 4 Jahre nach Beendigung der Kur noch Fortschritte beobachtet werden konnten.

Vielfach ist während der Malariakur eine *Pflegschaft* notwendig geworden, die wegen mangelnder Verständigung auch ohne Einwilligung verhängt werden konnte. Für die Aufhebung der Pflegschaft auf eigenen Antrag nach § 1920 BGB. gelten die gleichen Kriterien wie bei der Geschäftsfähigkeit. Hält man den zu Begutachtenden für geschäftsfähig, so ist er auch in der Lage, Antrag aus § 1920 zu stellen, und demgemäß kann natürlich die Pflegschaft aufgehoben werden.

Haben wir bei den bis jetzt behandelten Fragen uns vorzugsweise mit den Geheilten und dem rechten Flügel der Defektgeheilten befaßt, so müssen wir jetzt bei der Besprechung der *Ehescheidung* wegen Geisteskrankheit zu der anderen Flügelgruppe und den nur vegetativ Geheilten übergehen. Der § 1569 BGB. stellt ja sehr große Ansprüche in bezug auf den Grad geistiger Erkrankung. Schon aus dem Umstand, daß zur Ehescheidung eine *Geisteskrankheit* im Sinne des BGB. verlangt wird, geht hervor, daß nur die schweren Defekte überhaupt in Betracht zu ziehen sind. Früher kam die Ehescheidung aus § 1569 bei der Paralyse kaum je in Frage. Da wir aber nunmehr als Nebenerfolg der Malaria-behandlung auch chronische Paralysen kennengelernt haben, sind zunächst die Anforderungen an die Dauer der Krankheit nicht selten erfüllt. Rechnerische Bedenken wegen des remittierenden Verlaufs, wie sie *Kurt Schneider* geäußert hat, habe ich dabei nicht. Es heißt ja im § 1569, daß die Krankheit (nicht die Geisteskrankheit!) 3 Jahre gedauert haben müsse. Schwierig ist immer die Frage der Aufhebung der geistigen Gemeinschaft. Daß diese durch die Paralyse oft eine erheb-

liche Einbuße erlitten hat, ist selbstverständlich, und wenn ein stärkerer Persönlichkeitsdefekt zurückbleibt, wird die geistige Gemeinschaft bei etwas größeren Ansprüchen auch nicht wieder herzustellen sein. Zwar sind manche Frauen zunächst beglückt über den durch die Paralyse etwas gedämpften Ton, aber auf die Dauer wird diese Umwandlung doch als unmännlich empfunden, und wenn es der Frau nicht während der Erkrankung gelungen ist, ihre Einstellung in eine mehr bemutternde zu ändern, wird man wegen der geistigen Gemeinschaft sehr große Bedenken haben. Allerdings, bis man eine Wiederherstellung ganz ausschließen kann, muß zunächst gewartet werden; denn es ist immer wieder erstaunlich, welche Veränderungen gerade in bezug auf unscheinbare seelische Züge, die aber gerade hier nicht bedeutungslos sind, sich auch nach Jahren noch einstellen. Ist allerdings eine Tendenz zur Besserung nicht mehr erkennbar, so würde ich die Voraussetzungen des § 1569 als gegeben ansehen, und zwar unter Umständen auch dann, wenn die Blut- und Liquorreaktionen negativ geworden sind.

Verhältnismäßig einfach sind die Fragen der *Invalidisierung* zu beantworten. In den meisten Fällen kann für die Invalidisierungsfrage die Berufsbewährung als Kriterium herangezogen werden. Ein Zeichen einer besonders guten Remission ist es gelegentlich, wenn der defekt geheilte Paralytiker sich genötigt sieht, zur Erlangung einer Invalidenrente ein hysterisches Bild zu produzieren. Was die knappschaftliche Berufsfähigkeit anlangt, so wird man von Bergarbeiten unter Tag absehen müssen, weil das doch wohl zu große Anstrengungen bedeutet. Bei der Gelegenheit sei daran erinnert, daß die Paralytiker ja vielfach Aorten- und andere Gefäßerkrankungen haben, und daß auch begleitende tabische Erscheinungen bei der Berufsfähigkeit auf körperlichem Gebiet ins Gewicht fallen.

An selteneren Fragen erwähne ich noch die *Indikation zur künstlichen Frühgeburt*. Daß paralytische Frauen so selten schwanger werden, wie *Süsstrunk* sagt, ist wohl nicht richtig. Eine Verschlimmerung der Paralyse durch die Gravidität ist mir nicht bekannt geworden, so daß nicht ohne weiteres die Paralyse als Indikation zur Unterbrechung angesehen werden kann. Obwohl bei paralytischen Frauen kongenital luische Kinder nach *Jahnel* selten sind, wäre es meines Erachtens nötig, mit Rücksicht auf das Kind in der Gravidität eine spezifische Kur einzuleiten. Man hat auch bereits Fieberturen in der Gravidität vorgenommen, und zwar mit gutem Erfolg. Der Geburtsverlauf wurde durch die Paralyse jedenfalls nicht beeinträchtigt. Zu einer Unterbrechung der Schwangerschaft entschließen würde ich mich nur in dem theoretisch möglichen Fall, daß bei einer früher mit Erfolg behandelten Paralytika in der Gravidität ein Rezidiv auftritt. Praktisch erlebt habe ich einen derartigen Fall nicht, auch ist mir aus der Literatur derartige nicht bekannt geworden.

Nun wird man auch zuweilen genötigt sein, aus dem *pathologisch-anatomischen Befund gutachtliche Schlüsse* zu ziehen. Nach den Untersuchungen von *Strüssler* und *Koskinas*, denen sich auch *Spielmeyer* angeschlossen hat, finden sich bei Paralytikern, die in der Remission gestorben sind, auffallend geringfügige entzündliche Erscheinungen, während die degenerativen nur zum Stillstand gekommen sind. Selbstverständlich kann man daraus auf das Psychische wenig schließen; man kann nur sagen, daß es sich um keine frische Paralyse gehandelt hat, und im Zusammenhang mit zuverlässigen Bekundungen über das seelische Verhalten könnte dieser Befund unter Umständen doch für die Beurteilung der Testierfähigkeit einmal wichtig werden. Da diese Untersuchungen methodisch kompliziert sind, könnte gerade hier die *Spatz'sche Eisenreaktion* unter Umständen wertvoll sein, weil sie ja gleich bei der Sektion sagt, ob Paralyse vorgelegen hat oder nicht.

Leider fehlen noch Untersuchungen darüber, wie sich die *Spatz'sche Reaktion* bei *Geheilten* verhält. Es ist anzunehmen, daß sie zum mindesten weniger deutlich sein wird. Ich bin auf diesen Punkt eingegangen, weil gerade die Gerichtsärzte vielleicht Gelegenheit haben, diese Frage nachzuprüfen.

Damit bin ich am Ende meiner Ausführungen.

Die durch die Fieberbehandlung der Paralyse eingetretenen Verhältnisse habe ich Ihnen in erster Linie vom Standpunkt des Gutachters geschildert; dieser Standpunkt ist ein besonderer. Als Sachverständiger sind wir kritisch eingestellt, und diese Einstellung verbietet es uns, so freigebig mit dem Begriff der Vollremission zu sein, wie der es tun kann, der von anderen Gesichtspunkten ausgehend bestrebt ist, die Erfolge der Malariatherapie vom Standpunkt des Behandelns ins rechte Licht zu setzen; aber ein noch so annehmbarer Behandlungserfolg berechtigt uns nicht, einen Menschen, der eben erst dem Tode an Paralyse entgangen ist, sozial und gesellschaftlich dadurch zu ruinieren, daß wir aus Begeisterung seine Defekte nicht sehen wollen. Auf der anderen Seite wollen wir aber auch als Gutachter nicht vergessen, daß uns durch die Tat *Wagner-Jauregg's* ein ganz großer therapeutischer Erfolg geschenkt wurde, der uns zudem noch einen in vieler Hinsicht interessanten Einblick in Klinik und Psychologie der Paralytiker gegeben hat.

#### Literaturverzeichnis.

- Bostroem, A.*, Z. Neur. **131**, 1 (1930) — Arch. f. Psychiatr. **86**, 151 (1929) — Dtsch. Z. gerichtl. Med. **21**, 1 (1933) — Münch. med. Wschr. **1933**, Nr 17, 637 — Die progressive Paralyse. Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten. Berlin 1930. — *Bonhoeffer u. Jossmann*, Ergebnisse der Reiztherapie bei progressiver Paralyse. Berlin 1932. — *Dattner*, Fortschr. Neur. **6**, 243 (1934); **1**, 267 (1929) — Moderne Therapie der Syphilis. Wien 1933. — *Jahnel*, Pathologische Anatomie

der progressiven Paralyse. Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten **7** (Berlin 1930). — *Kihn*, Z. Neur. **131**, 124 (1925). — *Koester, F.*, Arch. f. Psychiatr. **98**, 223 (1932). — *Kolle*, Ärtzl. Rdsch. **1931**, Nr 22. — *Magunna, Kurt*, Arch. f. Psychiatr. **1929**. — *Mauz*, Z. Neur. **127**, 697 (1930). — *Plaut*, Allg. Z. Psychiatr. **95**, 360 (1931) — Z. Neur. **56**, 295 (1920) u. **59**, 357 (1920) — Klinische Verwertung der Liquoruntersuchung vom Standpunkt des Neurologen. Jadassohn, Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Berlin 1929. — *Plaut u. Kihn*, Die Behandlung der syphilogenen Geistesstörungen. Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten. Berlin 1930. — *Pönitz*, Mschr. Psychiatr. **80**, 1 (1931) — Dtsch. Z. Nervenheilk. **111**, 66 (1929) — Med. Welt **1929**, Nr 50 u. 51 — Der defektgeheilte Paralytiker. Berlin u. Wien 1930 — Münch. med. Wschr. **1929**, Nr 23, 953 — Dtsch. Z. Nervenheilk. **117**, 491 (1931) — Z. Neur. **113**, 703 (1928) — Dtsch. Z. Nervenheilk. **114**, 104 (1930). — *Pönitz u. Schramm*, J. Psychiatr. **37**, 282 (1928). — *Spatz*, Eisennachweis im Gehirn bei Paralyse. 1. Z. Neur. **77**, 352 (1932) — 2. Münch. med. Wschr. **1924**, 1645 — 3. Kurz in Bumkes Lehrbuch der Geisteskrankheiten. München 1929, 556. — *Schneider, Carl*, Dtsch. Z. gerichtl. Med. **7**, 33 (1926). — *Schneider, Kurt*, Allg. Z. Psychiatr. **95**, 350 (1931). — *Stockert, F. G. v.*, Dtsch. Z. Nervenheilk. **116**, 211 (1930). — *Störing*, Arch. f. Psychiatr. **91**, 450 (1930). — *Züllig*, Arch. f. Psychiatr. **101**, 479 (1933).

---