

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität München
Direktor: Prof. Dr. med. H.-J. Möller

**Vergleichende Darstellung der psychiatrischen und neurologischen
Begutachtung in der Zeitschrift „Der Nervenarzt“ in den Jahren 1928 bis 1944**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Stefan Hübel
aus
München

2006

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. H.-J. Möller

Mitberichterstatter: Prof. Dr. W. Locher

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Dr. A. Strauss

Dekan: Prof. Dr. D. Reinhardt

Tag der Mündlichen Prüfung: 2006-01-26

Gewidmet meinem Vater und meiner verstorbenen Mutter

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
1.1	<u>Fragestellung</u>	1
1.2	<u>Methodik der Arbeit</u>	4
1.2.1	Gesamteinteilung und Artikelauswahl	4
1.2.2	Strukturierung des Hauptteils	4
1.2.3	Inhalt der Diskussion	5
1.2.4	Inhalt der Zusammenfassung	5
1.2.5	Anhang	5
2.	Hauptteil	6
2.1	<u>Probleme der Begutachtung</u>	6
2.1.1	Allgemeiner Teil	6
2.1.2	Maier, H. W.: Über die Beurteilung psychoanalytischer Aufzeichnungen durch den Richter	8
2.1.2.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	8
2.1.2.2	Artikelbeschreibung	8
2.1.2.3	Vergleich	12
2.1.3	Gruhle, H. W.: Das Verstehen des Verbrechers	13
2.1.3.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	13
2.1.3.2	Artikelbeschreibung	13
2.1.3.3	Vergleich	16
2.1.4	Zusammenfassung	16
2.2	<u>Beurteilung von Zeugenaussagen</u>	17
2.2.1	Allgemeiner Teil	17
2.2.2	Wenger, M.: Gutachten Anneli L. (Kindliche Anschuldigung gegen den Vater wegen Sexualdelikts)	18
2.2.2.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	18
2.2.2.1	Artikelbeschreibung	18
2.2.2.2	Vergleich	22
2.3	<u>Zurechnungsfähigkeit</u>	23
2.3.1	Allgemeiner Teil	23
2.3.2	Hoche, A.: Gutachten über den Priester R.	25
2.3.2.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	25
2.3.2.2	Artikelbeschreibung	25
2.3.2.3	Vergleich	28
2.3.3	Villinger, W.: Gutachten über einen Fall von sexueller Hörigkeit bei einer Jugendlichen	29
2.3.3.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	29
2.3.3.2	Artikelbeschreibung	29
2.3.3.3	Vergleich	31

2.3.4	Peters, G.: Anatomische Bemerkungen zur Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit bei bestehender organischer Hirnschädigung	32
2.3.4.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	32
2.3.4.2	Artikelbeschreibung	32
2.3.4.3	Vergleich	36
2.3.5	Gruhle, H. W.: Partielle Geschäftsunfähigkeit, Partielle Zurechnungsunfähigkeit (Eifersucht)	37
2.3.5.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	37
2.3.5.2	Artikelbeschreibung	37
2.3.5.3	Vergleich	40
2.3.6	Gruhle, H. W.: Tat und Zurechnungsfähigkeit, Geschäft und Geschäftsfähigkeit	41
2.3.6.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	41
2.3.6.2	Artikelbeschreibung	41
2.3.6.3	Vergleich	43
2.3.7	Zusammenfassung	43
2.4	<u>Entmündigung</u>	44
2.4.1	Allgemeiner Teil	44
2.4.2	Binswanger, L.: Entmündigungsgutachten	45
2.4.2.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	45
2.4.2.2	Artikelbeschreibung	45
2.4.2.3	Vergleich	48
2.5	<u>Ehetauglichkeit</u>	50
2.5.1	Allgemeiner Teil	50
2.5.2	Becker, P. E.: Ein Beitrag zur psychiatrischen Begutachtung der Ehetauglichkeit (Ein Gutachten)	51
2.5.2.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	51
2.5.2.2	Artikelbeschreibung	51
2.5.2.3	Vergleich	53
2.6	<u>Eheanfechtung</u>	55
2.6.1	Allgemeiner Teil	55
2.6.2	Hoche, A.: Die Frage der Veranlagung zur Geisteskrankheit als Eheanfechtungsgrund (§1333 BGB)	56
2.6.2.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	56
2.6.2.2	Artikelbeschreibung	56
2.6.2.3	Vergleich	59
2.6.3	v. Baeyer: Gutachten über Eheanfechtung bei einer schizophrenieartigen Erkrankung nach Enzephalitis epidermica	60
2.6.3.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	60
2.6.3.2	Artikelbeschreibung	60
2.6.3.3	Vergleich	63
2.6.4	Beringer, K.: Die Stellung psychischer Erleiden im neuen Ehegattengesetz	64
2.6.4.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	64
2.6.4.2	Artikelbeschreibung	64
2.6.4.3	Vergleich	70
2.6.5	Zusammenfassung	70

2.7	<u>Sterilisation</u>	71
2.7.1	Allgemeiner Teil	71
2.7.2	Ebermayer: Sterilisation und Gesetz	73
2.7.2.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	73
2.7.2.2	Artikelbeschreibung	73
2.7.2.3	Vergleich	74
2.8	<u>Haftung nach Unfall</u>	75
2.8.1	Allgemeiner Teil	75
2.8.2	Leppmann, F.: Funikuläre Myelitis und Dienstbeschädigung	77
2.8.2.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	77
2.8.2.2	Artikelbeschreibung	77
2.8.2.3	Vergleich	80
2.8.3	Minkowski, M.: Gutachten über einen Fall von kindlicher Aphasie nach Trauma	82
2.8.3.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	82
2.8.3.2	Artikelbeschreibung	82
2.8.3.3	Vergleich	85
2.8.4	Minkowski, M.: Gutachten über einen Fall von amyotrophischer Lateralsklerose nach Erkältungstrauma bei einem Diabetiker	87
2.8.4.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	87
2.8.4.2	Artikelbeschreibung	87
2.8.4.3	Vergleich	90
2.8.5	Schwarz, H.: Gutachten über die Frage des ursächlichen Zusammenhanges von Hemiplegie und elektrischem Unfall	92
2.8.5.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	92
2.8.5.2	Artikelbeschreibung	92
2.8.5.3	Vergleich	95
2.8.6	Steiner, G.: Über den Begriff „schweres Nervenleiden“ in den Versicherungsbedingungen der privaten Unfallversicherungen	96
2.8.6.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	96
2.8.6.2	Artikelbeschreibung	96
2.8.6.3	Vergleich	99
2.8.7	Hoche, A.: Selbstmord nach Unfall (der Begriff „organisch“ in der Privatversicherung)	100
2.8.7.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	100
2.8.7.2	Artikelbeschreibung	100
2.8.7.3	Vergleich	103
2.8.8	Schroeder, E.: Versorgungsärztliche Beurteilung eines Kranken mit Osteodystrophia fibrosa	105
2.8.8.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	105
2.8.8.2	Artikelbeschreibung	105
2.8.8.3	Vergleich	107
2.8.9	Beringer, K.: Behandlung und Metalues. KDB-Frage	108
2.8.9.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	108
2.8.9.2	Artikelbeschreibung	108
2.8.9.3	Vergleich	111
2.8.10	Säker: Paralyse und Unfall	112
2.8.10.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	112
2.8.10.2	Artikelbeschreibung	112

2.8.10.3	Vergleich	115
2.8.11	Struppler, T.: Progressive Muskeldystrophie und Trauma	116
2.8.11.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	116
2.8.11.2	Artikelbeschreibung	116
2.8.11.3	Vergleich	118
2.8.12	Zusammenfassung	120
2.9	<u>Rentenneurosen</u>	121
2.9.1	Allgemeiner Teil	121
2.9.2	v. Weizsäcker, V. : Über Rechtsneurosen	123
2.9.2.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	123
2.9.2.2	Artikelbeschreibung	123
2.9.2.3	Vergleich	129
2.9.3	Lottig, H.: Zur Frage der Behandlung von „Unfallneurosen“	130
2.9.3.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	130
2.9.3.2	Artikelbeschreibung	130
2.9.3.3	Vergleich	133
2.9.4	Jossmann, P.: Rentenneurose und Arbeitsfähigkeit	134
2.9.4.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	134
2.9.4.2	Artikelbeschreibung	134
2.9.4.3	Vergleich	138
2.9.5	Abenheimer, K.: Zivilrechtliche Haftung für Unfallneurosen	139
2.9.5.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	139
2.9.5.2	Artikelbeschreibung	139
2.9.5.3	Vergleich	144
2.9.6	Clauss, L.: Sozialpolitische Bemerkungen zu einem Fall von Unfallneurose	145
2.9.6.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	145
2.9.6.2	Artikelbeschreibung	145
2.9.6.3	Vergleich	147
2.9.7	Christian, P.: Rechtswissenschaft, Ursachenbegriff und Neurosenfrage	149
2.9.7.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	149
2.9.7.2	Artikelbeschreibung	149
2.9.7.3	Vergleich	152
2.9.8	Zusammenfassung	153
2.10	<u>Simulation</u>	154
2.10.1	Allgemeiner Teil	154
2.10.2	Hildebrandt, K. und Balluff, F.: Kohlenoxydvergiftung oder Simulation?	155
2.10.2.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	155
2.10.2.2	Artikelbeschreibung	155
2.10.2.3	Vergleich	158
2.10.3	Thiele, R.: Zwei Gutachten zur Frage der Scheinblindheit	159
2.10.3.1	Kurzbeschreibung des Inhaltes	159
2.10.3.2	Artikelbeschreibung	159
2.10.3.3	Vergleich	163
2.10.4	Zusammenfassung	165

3.	Diskussion	166
3.1	<u>Statistische Betrachtung</u>	166
3.1.1	Artikel pro Kapitel	167
3.1.2	Artikeltyp	168
3.1.3	Artikelart	170
3.1.4	Artikel nach medizinischen Gebiet	173
3.1.5	Autoren	175
3.2	<u>Inhaltlich wissenschaftliche Beurteilung</u>	176
3.2.1	Artikeltyp	178
3.2.2	Artikelart	180
3.2.3	Artikel nach medizinischen Gebiet	181
3.2.4	Zusammenfassung	183
3.3	<u>Ergebnis</u>	184
4.	Zusammenfassung	187
5.	Anhang	A1-A3
	Tabelle 1: Artikelübersicht in zeitlicher Reihenfolge	A1
	Tabelle 2: Tabelle 2: Bewertung der Artikel in Reihenfolge der Kapitel	A2
	Diagrammnachweis	A3
6.	Literaturverzeichnis	L1-L5
7.	Danksagung	
8.	Lebenslauf	

1. Einleitung

1.1 Fragestellung

Die ärztliche Begutachtung ist, historisch betrachtet, seit langer Zeit ein wichtiger Teil der medizinischen Tätigkeit. Dies gilt sowohl im Zivilrecht bei Versicherungsfragen und Problemen der Geschäftsfähigkeit, sowie im Sozialrecht (Öffentliches Recht) bei der Beurteilung von Rentenansprüchen, als auch im Strafrecht, wenn es um die Frage der Schuldfähigkeit oder die Beurteilung von Verletzungen geht. Sie stellt das Bindeglied zwischen Medizin und Rechtswissenschaft dar.

Die zunehmende wirtschaftliche Bedeutung sowohl im Sozial-, als auch Zivilrecht, führte zu einer intensiven Auseinandersetzung mit der Problematik einer sach- und fachgerechten Begutachtung. Dies geschah insbesondere im Hinblick auf die Haftung bei Unfallfolgen und Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit.

Im Bereich des Strafrechts ergibt sich die Bedeutung automatisch aus folgenden Umständen: erstens der Art und Weise der Bestrafung (Tagessätze, Bewährungsstrafe, Haftstrafe, Unterbringung, Sicherheitsverwahrung); zweitens der Dauer der Bestrafung, sofern in Betracht kommend; drittens die Frage, ob eine Strafe überhaupt verhängt werden kann (Schuldfähigkeit). Durch ein entsprechendes Gutachten werden all diese Beurteilungen beeinflusst.

Neben der zunehmenden Bedeutsamkeit der ärztlichen Begutachtung war diese auch stets dem Wandel der Zeit ausgesetzt. Dieser führte einerseits zu einem sich veränderten Verständnis von Patienten und der Beurteilung der gestellten Fragen, welches wiederum auch zu einer sich stets veränderten Gesetzeslage führte. Andererseits hat sich auch das medizinische Wissen selbst vervielfacht.

Bei der Betrachtung dieser Gedanken und Tatsachen stellt sich die Frage, wie wir zu dem heutigen Wissensstand gelangt sind. Hierzu kann die gesamte (globale) historische Literatur bezüglich der ärztlichen Begutachtung heran gezogen werden. Dies wäre jedoch wahrscheinlich mehr als eine Lebensaufgabe. Es empfiehlt sich daher, sich auf einzelne Literaturstellen und Zeiträume zu beschränken, um festzustellen, welchen Einfluss diese Literatur und Zeitperiode auf die heutige Wissenschaft gehabt hat. Diese Auswahl ist natürlich gewissermaßen willkürlich. Für die vorliegende Arbeit wurde die Zeitschrift *Der Nervenarzt* gewählt. Diese Wahl mag als nachteilhaft angesehen werden, weil sie die medizinischen Gebiete der Begutachtung auf die Neurologie und Psychiatrie beschränkt. Andererseits kann

dieses Problem der Gebietsbeschränkung auch bei anderen Publikationsorganen auftreten. Die Einbeziehung des Gebietes Psychiatrie wiederum stellt hier im Gegenzug auch einen Vorteil dar, da hier alle der drei oben genannten Rechtsgebiete, Zivil-, Sozial- und auch Strafrecht, erfasst werden.

Der Betrachtungszeitraum ist auf die Jahre 1928 bis 1944 festgelegt. Ein solches Zeitfenster mag auf den ersten Blick etwas ungewöhnlich erscheinen, jedoch bietet das Fachblatt *Der Nervenarzt* diesen Zeitrahmen selbst an. Die Zeitschrift erschien zum erstenmal 1928 (Jg. 1) und wurde bis 1944 (Jg. 17), wenn auch in den Kriegsjahren in reduziertem Umfang, ununterbrochen weitergeführt. Erst danach kam es kriegsbedingt zu einer vorübergehenden Einstellung der Zeitschrift für zwei Jahre.¹ Diese Unterbrechung markierte den Übergang von der Vorkriegszeit zur Nachkriegszeit, entsprechend bot es sich an, die Vorkriegsperiode der Zeitschrift geschlossen zu betrachten.

Die Beschränkung auf eine Zeitschrift als Literaturbasis bietet darüber hinaus noch einen weiteren Vorteil: jedes Publikationsorgan hat ein Ziel, welches sie verfolgt, sowie Vorstellungen wie dieses Ziel erreicht werden soll, einen sogenannten äußeren Rahmen. Zieht man nun nur eine Zeitschrift als Grundlage heran, so kann auch verglichen werden, ob sich diese an ihre eigenen Vorgaben gehalten hat.

Dazu ist es natürlich zunächst notwendig dieses Ziel zu eruieren. Als Grundlage hierfür kann hier der Jubiläumsartikel „50 Jahre *Der Nervenarzt*“ von Walter von Baeyer dienen.² Das Bedürfnis nach „umfassender wissenschaftlicher Information, Erfahrungsaustausch, Gelegenheit zur Diskussion (...)“ wird als Grundlage für die Gründung des *Nervenarztes* genannt. Hierbei sollte besonders die Praxisorientierung berücksichtigt werden, doch sollte die Zeitschrift mehr als ein Fortbildungsblatt sein, vor allem der wissenschaftliche Fortschritt sollte bekannt gemacht werden. Die fachgebietliche Ausgewogenheit war ebenfalls ein Anliegen der Gründer.³ Neben den rein medizinischen Themen sollten auch fachübergreifende Themen angesprochen werden, wie z.B. philosophische Aspekte.⁴ Somit können diese Aussagen hier als die Ziele der Zeitschrift *Der Nervenarzt* angesehen werden, welche es zu prüfen gilt.

Um die Aufgabe zu lösen, wird ein historischer Vergleich bezüglich des Wissensstandes damals und der Weiterentwicklung dieses Wissens gezogen.

¹ *Der Nervenarzt*, 18, 1947, S. 1.

² von Baeyer: „50 Jahre *Der Nervenarzt*“, *Der Nervenarzt* 50, 1979, S. 1f.

³ s. Fn. 2, S. 1.

⁴ s. Fn. 2, S. 2.

Ferner soll auch die Bedeutung dieses Wissens für die Grundlagenforschung untersucht werden.

Aus diesen Überlegungen heraus ergeben sich nun die entscheidenden Fragen, die hier zur Verdeutlichung nochmals dargestellt werden:

1. Inwieweit haben die Erkenntnisse bezüglich der medizinischen Begutachtung heute noch Bedeutung?

und

2. Hat die Zeitschrift *Der Nervenarzt* die von ihr selbst vorgegebenen Ziele erreicht beziehungsweise eingehalten?

Die Beantwortung dieser Fragen wird der Inhalt dieser Arbeit sein.

1.2 Methodik der Arbeit

1.2.1 Gesamteinteilung und Artikelauswahl

Die Arbeit gliedert sich in drei große Gebiete: Einleitung – Hauptteil – Diskussion. Hinzu kommt am Ende noch eine abschließende Zusammenfassung.

Die Einleitung besteht aus dem Grundgedanken, das heißt der Fragestellung, und dem hier dargestellten Aufbau. Der folgende Hauptteil unterteilt sich in zehn Kapitel, welche wiederum durch einzelne Artikelkomplexe aufgebaut werden.

Die Artikelauswahl erfolgte nach mehreren Kriterien: Zunächst wurden alle Artikel gewählt, die in der Zeitschrift *Der Nervenarzt* unter der Rubrik Gutachtertätigkeit veröffentlicht wurden. Da diese Rubrik nur bis 1935 einen eigenen Teil der Zeitschrift darstellte, wurden ab dem Jahrgang 1936 alle Artikel gewählt, die laut Inhalt beziehungsweise Bezeichnung die Veröffentlichung eines Gutachtens zum Gegenstand hatten. Zusätzlich zu den bisher ausgewählten Artikeln wurden ferner Veröffentlichungen hinzugefügt, die sich inhaltlich mit der medizinischen Auslegung und Bestimmung von juristischen Definitionen befassen (z.B. Zurechnungsfähigkeit). Ebenso wurden Artikel ausgesucht, welche die Begründung von Haftungsbeziehungsweise Rentenansprüchen behandeln (z.B. Rentenneurose). Insgesamt wurden auf diese Weise 32 verwertbare Artikel gefunden.

1.2.2 Strukturierung des Hauptteils

Bei der Gestaltung des Hauptteils bot sich zunächst eine chronologische Darstellung dieser Artikel an. Da jedoch viele Artikel gleiche oder ähnliche Themen aufgriffen, empfahl sich eine Untergliederung in zehn einzelne Kapitel. Diese wurden nach dem Kriterium vom Allgemeinen (Probleme der Begutachtung) zum Speziellen (Simulation) angeordnet.

Zu Beginn eines jeden Kapitels wird im Allgemeinen Teil zunächst der heutige medizinische Wissensstand des jeweiligen Themengebietes in Bezug auf die dann folgenden Artikel kurz dargelegt.

Am Ende der Kapitel mit mehr als einer Artikelbeschreibung erfolgt eine Zusammenfassung und Bewertung der jeweils dargestellten Veröffentlichungen.

Innerhalb der Kapitel sind die Artikelkomplexe in historischer Reihenfolge wiedergeben. Somit ist ein entwicklungstechnischer Vergleich möglich, ferner werden Veröffentlichungen, auf die sich spätere Autoren beziehen, entsprechend zuerst dargestellt.

Ein Artikelkomplex besteht aus einer Kurzbeschreibung des Inhaltes, der Artikelbeschreibung und dem dazugehörigen Vergleich.

Die Artikelbeschreibung fasst den Originalartikel zusammen und übernimmt die vorhandene Untergliederung. Bei Fehlen dieser Untergliederung wurde diese zum besseren Verständnis gemäß dem Inhalt des Artikels hinzugefügt.

Im Vergleich wurden die Kernaussagen der entsprechenden Veröffentlichung mit dem heutigen Stand der Erkenntnisse verglichen, und bei Gutachten anhand dieser Kenntnisse nach heutigen Maßstäben beurteilt. Dies erfolgte anhand der Literatur von Venzlaff – Foerster: „Psychiatrische Begutachtung,“ im Kapitel „Haftung bei Unfällen,“ Fritze: „Die ärztliche Begutachtung,“ und des entsprechenden Allgemeinen Teils.

1.2.3 Inhalt der Diskussion

In der Diskussion der Arbeit wird der Hauptteil mit den im Grundgedanken der Einleitung aufgeworfen Fragen verglichen. Dies erfolgt anhand der Artikelkomplexe, der Artikelübersicht, der Autoren und Diagrammen. Die Diskussion selbst ist in eine statistische und eine medizinische Betrachtung untergliedert. Abschließend wird im Ergebnis auf die Fragestellung nochmals im Speziellen eingegangen.

1.2.4 Inhalt der Zusammenfassung

Die Zusammenfassung gibt in kurzer Form nochmals den Inhalt und das Ergebnis der gesamten Arbeit wieder.

1.2.5 Anhang

Im Anhang findet sich eine chronologisch aufgebaute Artikeltabelle, das Literaturverzeichnis, sowie die statistische Bewertungstabelle.

2. Hauptteil

2.1 Probleme der Begutachtung

2.1.1 Allgemeiner Teil

Bei der Beurteilung von Probanden im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung treten für den Gutachter regelmäßig mehrere Probleme in der Methodik auf. Einerseits, wie er an ein Gutachten herangehen muss, das heißt, mit welcher Idee und mit welcher Einstellung, so dass am Schluss ein aussagekräftiges Ergebnis entsteht. Andererseits muss der Gutachter sich seiner Rolle im Rahmen der gerichtlichen Urteilsfindung bewusst sein.

Bezüglich der Bearbeitung des Gutachtens empfiehlt sich die diagnostisch-psychologische Methode. Zuerst werden diagnostisch die Störungen festgestellt, aufgrund derer die Handlung erklärt werden kann beziehungsweise im Strafrecht eine Exkulpation in Betracht kommt. Danach erfolgt eine psychologische Begutachtung, bei der die Auswirkungen der festgestellten Störungen in Bezug zu dieser gebracht werden. Dies dient zur Beantwortung der Frage, ob der Handelnde beziehungsweise Täter bezogen auf die zugrunde liegende Handlung beziehungsweise Tat eine Einsichtsfähigkeit hatte und ob er auch nach dieser handeln hätte können.⁵

Noch heute unterlaufen auf dieser zweiten „Ebene“ den Gutachtern, aufgrund von mangelnder Einfühlbarkeit, Fehler bei der Beurteilung der Geschäfts- und Schuldfähigkeit. Dies trifft besonders auf motivisch nicht nachvollziehbare Taten, häufige Rückfälle oder extrem grausame Taten zu, bei denen sehr schnell eine krankheitswertige seelische Störung mit fehlender Einsichtsfähigkeit beziehungsweise Unmöglichkeit des Handelns nach einer vorhanden Einsicht angenommen wird, welche dann zu einer Exkulpation gemäß § 20 StGB oder § 21 StGB führt.⁶

Bei der Rollenverteilung zwischen Richter und Sachverständigen wird letzterer heute als „Gehilfe“ des Gerichts definiert,⁷ wobei die Bezeichnung „Berater“ zutreffender

⁵ Venzlaff, U.; Foerster, K.: Psychiatrischer Begutachtung, 3. Auflage 2000, S. 70; **künftig agk.: Venzlaff.**

⁶ Venzlaff S. 71.

⁷ BGHSt 3, 28.

wäre.⁸ Die langjährige Praxis hat gezeigt, dass aufgrund der Komplexität der psychiatrischen Fragen, in Verbindung mit sonstigen medizinischen und nicht medizinischen Fragen, die Gerichte bei ihrer Beurteilung überfordert und daher auf Sachverständige angewiesen sind.⁹ Der Sachverständige wiederum muss einen Sachverhalt dem Gericht so darlegen, dass dieses das Gutachten nachvollziehen und als medizinischer Laie verstehen kann.¹⁰ Dies gilt vor allem für die Schlussfolgerungen, es muss erkennbar sein, wie der Gutachter zu diesem Ergebnis gelangt ist.¹¹ Dabei muss der Gutachter stets auf die absolute Neutralität gegenüber dem Gericht als auch dem Betroffenen achten.¹²

⁸ Venzlaff S. 77.

⁹ Venzlaff S. 77.

¹⁰ Venzlaff S. 78.

¹¹ Nedopil, N.: Forensische Psychiatrie, 1996, S. 11.

¹² Venzlaff S.79.

2.1.2 Maier, H. W. : Über die Beurteilung psychoanalytischer Aufzeichnungen durch den Richter

Hans W. Maier

Der Nervenarzt, 1933, S. 19-23

2.1.2.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Es ist fraglich, ob psychoanalytische Dokumente von Richtern zweckdienlich eingesetzt werden können. Zur Verdeutlichung dieser Aussage werden vier Briefe vorgestellt, die in einem Ehescheidungsprozess dem Richter vorgelegt wurden. Anschließend erfolgte eine medizinische Auslegung der Briefe unter Heranziehung der FREUDschen Lehre. Im Ergebnis zeigt sich, dass ein Sachverständiger die psychoanalytischen Dokumente für den Richter deuten muss. Im Vergleich mit der heutigen Zeit fällt auf, dass die Rollenverteilung von Gutachter und Richter ähnlich definiert ist.

2.1.2.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

MAIER stellt zunächst die Frage in den Raum, ob psychoanalytische Dokumente, die von Ärzten im Rahmen einer psychoanalytischen Behandlung erstellt wurden, Richtern ermöglichen, den seelischen und psychischen Zustand eines Menschen zu erfassen. Als Beispiel führt der Autor die Briefe einer Frau an, anhand derer ein Richter entscheiden soll, ob diese Frau nach der Scheidung in der Lage ist, ihre Kinder zu erziehen. Die Antwort auf diese Frage ist von rechtspsychologischer Bedeutung, da hier eine hohe Wiederholungsrate zu erwarten ist.

Vorgeschichte

Im geschilderten Ehescheidungsprozess wurden den Richtern vier Briefe vorgelegt, welche die Ehefrau vor sieben Jahren über ihren Seelenzustand an den Nervenarzt P. geschrieben hatte. Die Frau hatte selbst zehn Jahre zuvor (noch vor der Eheschließung) bei P. in ihrem Beruf als Psychologin die Psychoanalyse kennen lernen wollen. Als später in ihrer Ehe Probleme auftraten, schickte die Gattin ihren

Mann zu P. zwecks einer psychoanalytischen Behandlung. Um diese Behandlung zu unterstützen, schrieb sie an ihren ehemaligen Kollegen die besagten vier Briefe. Diese wurden dann von der Gegenpartei in Kopie den Gerichtsakten hinzugefügt, um den Richtern deutlich zu machen, dass die Kinder nach der Scheidung der Mutter entzogen werden müssen.

1. Brief

Die Verfasserin ist durch das kranke Aussehen ihres Mannes beunruhigt und deprimiert, was sie auf eine allgemeine Aversion gegenüber Kranken im Rahmen eines neurotischen Zuges von ihr zurückführt. Ferner beschwert sie sich über das Verhalten ihres Mannes und sagt aus, dass sie Männer, welche sich anders verhalten, anziehend findet. Ihr Mann dagegen reize sie und rufe Abwehrreaktionen bei ihr hervor. Ferner liebe er sie nicht mehr, sie ihn dagegen schon. Das Sexualleben ist gestört, was an ihren Mann liege, der einen Mutterkomplex habe, und diese selbst störe die Ehe ebenfalls. Die Verfasserin gibt an, dass der Mann sie oft mit seiner Mutter identifiziere. Ihr Mann müsse sich von seiner Mutter lösen, um von seiner Neurose geheilt zu werden.

2. Brief

Hier beschreibt die Ehefrau eine Trotzeinstellung ihres Mannes, die sie wütend macht. Ihr ist jedoch klar, dass es sich hierbei um eine Folge der Neurose handelt, und ist über ihr eigenes Verhalten erschreckt, das sich zum Teil auch auf die Hausgehilfin erstreckt. Die Behandlung des Trotzes muss das Ziel der psychoanalytischen Behandlung sein. Es folgt ein weiterer Verweis auf die Rolle der Mutter, das unausgefüllte Sexualleben und, dass der Ehemann nur gegenüber der kleinen Tochter nicht trotzig sei.

3. Brief

Hier spricht die Schreiberin über die Introvertiertheit ihres Mannes, sie vergleicht ihn mit anderen, nicht introvertierten Männern, und beschreibt, dass ihr Mann ihre sadistische Komponente reize. Es gelte, diese Introversion in der Behandlung zu beseitigen.

4. Brief

Die Frau schreibt, dass sie aufgestauten Hass gegen ihren Mann verspüre und an ihrer Liebe zweifle. Schuld daran sei die Schwiegermutter. Den Mann bezeichnet sie als „Waschlappennatur,“ der nicht in der Lage sei, die Mutter unter Kontrolle zu halten. Aus ihrer Enttäuschung heraus habe die Schreiberin dann begonnen den Mann zu quälen. Das Haus der Schwiegereltern sei die neurotische Hölle, und sie habe sich geweigert in die selbe Stadt zu ziehen. Ihr Mann habe daraufhin mit Scheidung gedroht. Sie hasse auch die Schwiegereltern, die an dem Verhalten ihres Mannes schuld seien. Der Schwiegervater sei genau so masochistisch wie ihr Mann und ebenso wenig gewillt, Verantwortung zu übernehmen. Danach beschwert sich die Verfasserin wieder über das gestörte Sexualleben, welches sie hier als Perversion bezeichnet. Sie hofft, dass auch dieses durch die Behandlung wieder normal wird und dass sie, durch Fortsetzung ihrer Eigenanalyse, mehr Klarheit über sich selbst bekommt.

Hauptteil

Die Briefe enthalten Ansichten über die Ehefrau, den Gatten und die Schwiegereltern, die auf psychoanalytischen Ansichten aufbauen und auch diese Terminologie benutzen. FREUD hat basierend auf der Psychoanalyse den Versuch unternommen, das unbewusste Seelenleben von Kranken und Gesunden zu erforschen. Er ist der Ansicht, dass das Triebleben von Kindheit an auch bei Gesunden eine Entwicklung durchmache und meistens unterbewusst bleibt. Die primitiven Triebstadien würden dann, wenn sie bei Erwachsenen durchbrechen, als Perversion bezeichnet (sogenannte polymorph Perverse). Es ist hierbei zu bedenken, dass die von FREUD benutzen Begriffe nicht so zu verstehen sind, wie sie in der Umgangssprache angewandt und verstanden werden. Klassische Beispiele dafür sind die Libido, bei FREUD ein Teil der Lebenskraft bei jeder bewussten beziehungsweise unbewussten Handlung, Sadismus und Masochismus, welche bei FREUD aktive und passive Aggression beschreiben, und somit keine Perversionen im umgangssprachlichen Sinn, und der Hass als Aufbegehungsgefühl im Rahmen der Libidobeziehung zwischen Eltern und Kind. FREUD hat also eine neue Sprache mit alten Worten gebildet.

MAIER will FREUD hier weder kritisieren noch bewerten, sondern sieht seine Lehren als wissenschaftlich wertvoll an. Der Autor möchte vielmehr auf die Gefahr hinweisen, da FREUD mit seinen Methoden bei unzureichend vorgebildeten Menschen leicht „Unheil“ anrichten kann. FREUD selbst ist dafür eingetreten, dass nur Menschen diese Analyse anwenden dürfen, die sich selbst einer Lehranalyse unterzogen haben, und vom Analytiker als „tauglich“ erachtet wurden. Die Schreiberin hatte selbst eine solche Lehranalyse durchgemacht und hatte auch beruflich damit zu tun. Als nun Eheprobleme auftraten, hat sie, für sie selbstverständlich, diese, von ihr geschätzte, Methode angewandt und ihren Lehrmeister P. hinzugezogen. Auch ist es verständlich, dass sie sich mit P. austauschte und versuchte, bei der Behandlung behilflich zu sein. Dazu benutze sie ihre eigenen psychoanalytische Gedanken und bediente sich auch der entsprechenden Sprache, da sie hier mit einem Kollegen kommunizierte. Berücksichtigt man diese Sprache, so der Autor, so ist in den Gedanken über Libido, Perversion, Hass, Sadismus, Masochismus usw. nichts Ungewöhnliches zu sehen, sie kommen in jeder Psychoanalyse vor, bei Kranken wie bei Gesunden. Demnach kann hier nicht auf ein krankhaftes Seelenleben der Schreiberin rückgeschlossen werden.

Diese Ausdrucksweise führt bei Laien zu dem Missverständnis, es würde sich hier um etwas Verwerfliches oder Ekelhaftes handeln. MAIER verweist hier auf den „hohen“ Sitz der Ethik in der Seele und den „tiefen“ Sitz der Triebelemente aus der FREUND'schen Methode. Aus der psychoanalytischen Denkweise lässt sich nebenbei auch die ablehnende Reaktion auf die besagten vier Briefe erklären. Die Libido ist hier nicht als sexuelles Verhalten im alltäglichen Sinn, sondern vielmehr als Triebfeder für Handlungen zu sehen. Der Autor würde es sich selbst ohne weitere Hintergrundkenntnisse nicht erlauben, Rückschlüsse auf die psychische Konstitution der Verfasserin zu ziehen. Er selbst würde hier nicht auf eine Neurose schließen, die hier geschilderten Gedanken können sich genauso bei dem „gesündesten“ Menschen finden, nachdem sie sich mit der Materie vertraut gemacht haben. Es sind weder Aussagen über die Verfasserin noch über deren Verwandten bezüglich Verantwortlichkeit oder moralischer Qualifikation möglich.

Es stellt sich nun die Frage, wie all dies auf die Richter wirkt. Dieser ist als Nicht-Fachmann zu sehen und muss sich noch höheren Einschränkungen unterwerfen. Auch eine Aneignung spezifischer Kenntnisse durch bloße Lektüre ist nicht möglich.

Es ist mit dem Lesen chinesischer oder persischer Dokumente zu vergleichen, wenn man diese Sprache nicht beherrscht. Die Richter müssen zu dieser Beurteilung Sachverständige hinzuziehen, die wiederum zusätzlich eine komplette psychische Untersuchung durchführen müssen.

Ergebnis

Psychoanalytische Dokumente können Richtern nicht bei der Beurteilung der seelischen Beschaffenheit einer Person helfen. Die Dokumente können höchstens als Zusatzmaterial für die Expertise eines Fachmanns dienen. Ohne eine solche Expertise ist es nicht statthaft, sie bei der Urteilsfindung zu berücksichtigen. Im vorliegenden Fall sind die Briefe nicht maßgeblich für die Entscheidung, ob die Kinder bei der Schreiberin bleiben dürfen.

2.1.2.3 Vergleich

MAIER weist in dem Artikel auf die Notwendigkeit der Beurteilung von medizinischen Dokumenten durch einen ärztlichen Sachverständigen hin. Damit definiert er indirekt die Rolle des Richters und des Gutachters im Rahmen eines Prozesses. Diese Rolle ist heute genau festgelegt, siehe Allgemeiner Teil „Probleme bei der Methodik der Begutachtung.“ Unter Berücksichtigung des dort Aufgezeigten, würden die Briefe ohne ein Gutachten heute praktisch ebenfalls nicht verwertet werden können, obgleich das Gericht dazu theoretisch befugt wäre. Letzteres ergibt sich aus der reinen „Gehilfenrolle“ des Gutachters.

2.1.3 Gruhle, Hans W.: Das Verstehen des Verbrechers

Hans W. Gruhle, Weissenau

Der Nervenarzt, 1942, S. 53-58

2.1.3.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Die Einleitung erhält allgemeine Ansichten bezüglich Verstehen und Verzeihen. Die Notwendigkeit der Einfühlung zum Verständnis eines Verbrechers wird im folgenden Verlauf dargestellt und diskutiert. Im Ergebnis kommt GRUHLE zu dem Schluss, dass ohne Einfühlung das Verstehen des Verbrechers deutlich erschwert ist. Der Vergleich zeigt, dass die Einfühlung in den Probanden heute ein Bestandteil der psychiatrischen Begutachtung ist.

2.1.3.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

Verstehen heißt Verzeihen, dieser Meinung schließt sich GRUHLE nicht an. Verzeihen setze nicht einmal Verstehen voraus.

Hauptteil

Laut SOMBART bedeutet Verstehen „Einsichtnehmen in einen Sinn“ und nicht, wie oft angenommen, die „Erfassung und/oder Verwirklichungsweise einer Idee.“ Dieses Sinnverstehen zusammen mit dem Sachverstehen gehören nicht zum Bereich des Psychologen, nur das Seelenverstehen ist dort angesiedelt. Darunter ist ein „Sich-hinein-versetzen“ in den seelischen Zustand und das „Sich-versenken“ in den Ablauf der Zustände gemeint, welches der Autor Wandel nennt. Das Erkennen eines Sinnes in diesem Wandel führt dann zu einem Motivverstehen. Dieses ist nicht mit dem Motivbegriff der Juristen zu verwechseln, die im Motiv Absichten, Ziele und Zweck einer Tat sehen, oder der Soziologen die noch viel weiter führende Sinnzusammenhänge kennen. Der Psychologe fragt sich dagegen, wo das Motiv selbst seine Ursprünge hat, für ihn ist das Motiv die „Quelle“ des Zwecksinns, der dem juristischen Motiv entspricht. Er fragt nicht nach dem „Warum“ der Tat, sondern nach den seelischen Hintergründen. Deutlich kann dies bei einer Tötung aus

Eifersucht gemacht werden. Die Eifersucht ist hier das Motiv der Tötung, der seelische Ursprung. Der Weg zur Motivfindung führt über die verstehende Psychologie, welche inzwischen frei von jeglicher Wertung ist.

Der Begriff des „Verstehens“ wird öfter auch mit dem Begriff des „Einfühlens“ ausgetauscht. Hierfür bestehen keine Bedenken, so lange man sich bewusst ist, dass Einfühlen nicht Mitfühlen, was Sympathie beinhaltet, sondern vielmehr Miterleben bedeutet. Durch das Einfühlen werden Gemütsvorgänge erfasst, welche zum psychologischen Verstehen nötig sind. Damit beinhalten sich beide Begriffe gegenseitig. Für den Juristen mag dies schwer verständlich sein, er muss sich hier bewusst sein, dass es in der Psychologie nicht um rationales, sondern emotionales Verstehen geht. Das Motiv ist dabei nur als Beweggrund, nicht aber als Ursache zu verstehen.

Prinzipiell kann sich laut GRUHLE jeder Mensch in die Motive eines Verbrechers hineinversetzen, da diese identisch mit denen aller Menschen sind, wobei es ein einige Ausnahmen gibt. Jeder Mensch kennt Neid, Rache, geheime Sexualwünsche usw., jedoch hat jeder Mensch eine anderen Bezug zu solchen Gefühlen und eine verschieden große Hemmschwelle für eine entsprechende Tat, die von minimalen Reizen als Auslöser bis hin zu Unauslösbarkeit reicht. Dabei kommt es auf z. B. die Bildung des jeweiligen Menschen nicht an. GRUHLE bricht diese Ausführungen mit dem Hinweis auf die Weite dieses Feldes an dieser Stelle ab und wendet sich wieder der „Hineinversetzung in Motivzusammenhänge“ zu. Um dies zu erreichen, müssen negative Gefühle, wie Hass und Verachtung, aber auch positive Gefühle, wie Liebe, ausgeschlossen sein, ebenso wie Wertungen, z.B. in Form von Tadel oder in Benutzung abwertender Bezeichnungen wie Bestie, Tier, oder Idiot. Solche Mittel benutzt ein Dichter, um seinen Figuren Authentizität zu verleihen. Vieles im Bereich des psychologischen Verstehens ist auch Erfindung, die Zusammenhänge von Motiv und Verhalten sind oft nicht erkennbar, es ist daher notwendig, die Einfühlung in den zu beurteilenden Menschen mit anderen Verhaltensweisen experimentell auszutesten. In diesem Punkt gibt es Ähnlichkeiten mit den Vorgehensweisen von Historikern, die dies anhand von Urkunden durchführen. Gelingt eine Einfühlung in einen Verbrecher nicht, so kann dies an einem fehlenden Verständnis für das Verhalten oder den Grenzen der Verständnismöglichkeiten liegen. Jeder Psychologe muss seine Grenzen kennen, und die Erkenntnis, einen Verbrecher nicht zu verstehen, stellt keine Wertung, sondern die Einsicht des eigenen Unvermögens dar.

Als Beispiel nennt GRUHLE hier einen Mordprozess, bei dem zwei Sachverständige aus verschiedenen Gründen den Täter nicht verstanden haben.

Bei alledem ist eine Identifizierung mit dem Täter jedoch nicht nötig, eine gewisse Phantasie ist hier ausreichend. Jeder Fall, so der Autor, sei anders und zeige neue seelische Zusammenhänge auf. Diese führen mit der vorhandenen Lebenserfahrung über die Erweiterung der Erlebnisbereitschaft zu der Menschenkenntnis, die für die Einfühlung benötigt wird, wobei auch hier Grenzen gesetzt sind. Auf Dritte mag die Einfühlung einleuchtend wirken oder unmöglich erscheinen, dies ergibt sich aus der Individualität eines jeden Menschen. Je mehr der Psychologe seine Erkenntnisse auf „eine“ seelische Grundformel reduziert, desto näher kommt er der Wahrheit, und um so einfacher ist es dieses Ergebnis nachzuvollziehen. Das Verfahren des Einfühlens beschreibt GRUHLE als eine Methode, den Gegenüber kennen zu lernen, unter Zuhilfenahme gesprächstaktischer Mittel. Das Gespräch beginnt stets mit einer Unterhaltung über allgemeine Dinge, wobei das Verbrechen selbst zu vermeiden ist. Dieses sollte erst bei der zweiten oder dritten Unterredung zur Sprache kommen und dem Täter das eigene Urteil „entlocken.“ Anschließend kann man ernster werden und den Verbrecher reizen, damit dieser die „wesentliche Züge seines Naturells“ zeigt. Unterstützend können Intelligenztests, kleinere Beschäftigungen oder der jeweilige Partner hinzugezogen werden. Lehrerhaftes Verhalten sollte vermieden werden, besser ist es hier, den Unwissenden spielen. Von der Zuordnung des Untersuchten zu einem Idealtyp (vgl. DILTHEY) rät GRUHLE ab, dies ist nur für die Beschreibung des „Erfühlten“ sinnvoll. Auch ein alleiniges Aktenstudium, wie EXNER es vorgeführt hat, ist vollkommen ungeeignet.

Ist man nicht in der Lage, ein Motiv zu erkennen, das heißt ist man nicht fähig, sich in den Patienten einzufühlen, kann dies erstens an den Grenzen des Verständnisses des Psychologen oder zweitens an der Zerstörung der „normalen“ Vorgänge liegen. Die Grenzen des Verständnisses treten häufig bei gefühlsarmen Personen oder bei einem maßlosen Verhalten auf. Überhaupt nicht einfühlbar dagegen ist die Schizophrenie, die eine der wenigen strafrechtlich bedeutsamen „Seelenerkrankungen“ ist, hier sind die „Seelenregungen“ zu stark geschädigt. Ein ähnliches Bild zeigt auch der epileptisch Verwirrte. Natürlich kann man hier auch Motive ableiten, aber die Erkrankung selbst ist immer nur causa.

Zuletzt weist der Autor daraufhin, dass auch stets das Umfeld des Verbrechers betrachtet werden muss. Meist kommt man dann zu dem Ergebnis, dass dieses

Umfeld zu einem Verbrechen führen musste. Probleme im Verständnis treten dann auf, wenn der Täter aus einer ganz normalen, „gepflegten“ Umgebung kommt, und ohne eine besondere Veranlagung zum Verbrecher wurde.

Ergebnis

GRUHLE fasst zusammen, dass die Einfühlung in einen Verbrecher durch Phantasielosigkeit des Untersuchers, außergewöhnliche Wesensart des Täters, Missverhältnis zwischen Anlass und Tat, Motiv und Tat sowie durch ein gewöhnliches Wesen bei einem ungewöhnlichen Verbrechen erschwert wird. Bei echten Psychosen ist die Einfühlung unmöglich.

2.1.3.3 Vergleich

In der heutigen Zeit ist die Frage des Motivs hinter dem Motiv im Zusammenhang mit der Schuldunfähigkeit § 20 StGB, beziehungsweise partielle Schuldunfähigkeit § 21 StGB interessant. Vgl. dazu Allgemeiner Teil „Probleme bei der Methodik der Begutachtung.“ Vor diesem Hintergrund sind die von GRUHLE getroffenen Aussagen auch heute noch aktuell und werden es aufgrund des Einflusses der Persönlichkeit eines jeden Sachverständigen auf sein Gutachten auch bleiben. Die Einfühlung in einen Probanden ist essentiell für das Verständnis dieser Person, und ohne dieses ist die Aussagekraft eines Gutachtens eingeschränkt.

2.1.4 Zusammenfassung

Beide Artikel befassen sich mit der Rolle des Gutachters und den dabei auftretenden Problemen. Zum einen wird die eigentlichen Funktion des Gutachtes angesprochen, zum anderen Eigenschaften, welche für eine objektive Begutachtung nötig sind. Es fällt auf, dass die Art und Weise wie ein Gutachter in der heutigen Zeit agieren beziehungsweise, vorgehen sollte, von GRUHLE bereits ansatzweise gezeigt wurde. Auch die Funktion des Gutachtes in Form der „Gehilfenrolle“ wie sie heute definiert wird, ist bei MAIER bereits erkennbar. Somit liegt der Schluss nahe, dass sich das Verständnis der Gutachterrolle aus diesen Ansätzen mit herausentwickelt hat. Auch wenn das rechtliche Verständnis zum Zeitpunkt des Erscheinens der Artikel ein anderes war, so können doch deren Grundideen als richtungsweisend für das spätere Verständnis der Gutachterrolle angesehen werden.

2.2 Beurteilung von Zeugenaussagen

2.2.1 Allgemeiner Teil

Bei der Beurteilung von Aussagen minderjähriger Zeugen ist aufgrund der Entwicklung in den letzten Jahrzehnten ein besonders Augenmerk auf die Misshandlungen, Gewalt- und vor allem die Sexualdelikte zu richten.¹³ Bei diesen Fällen sind die Minderjährigen meist Zeuge und Opfer zugleich.

Die Beurteilung von Zeugenaussagen von Kindern, welche Opfer eines derartigen Deliktes geworden sind, ist einer der weniger Fälle, in denen ein Sachverständiger (Psychiater) die Glaubwürdigkeit von Aussagen überprüfen muss, und nicht ein Richter.¹⁴ Dies darf aber nur mit einem besonderen Auftrag erfolgen. Zur Beurteilung sind alle Umstände, Inhalte, Veränderung der Inhalte und Auswirkungen der Aussage zu berücksichtigen. Als Leitlinien werden folgende Punkte angesehen:¹⁵

1. Das Zustandekommen der Aussage (Was wurde wahrgenommen, Beweggründe),
2. Die Kenntnisse des Kindes/Jugendlichen (z. B. sexuelle Aufklärung),
3. Die Wiedergabe (Art und Weise, Fähigkeit).

Dazu kommen dann die Angaben von dritter Seite, das Gesamtentwicklungsbild anhand der Vorgeschichte des Betroffenen, die eigenen Feststellungen des Sachverständigen wie psychischer Befund, geistige und seelische Entwicklung, die Beeinflussbarkeit durch Dritte und die körperliche Entwicklung und Verfassung. Die Beurteilung erfolgt nach der Analyse der einzelnen Befunde und deren logischer Verknüpfung.

¹³ Venzlaff S. 292 f.

¹⁴ Venzlaff S. 292.

¹⁵ Venzlaff S. 294 f.

2.2.2 Wenger, M.: Gutachten Anneli L. (Kindliche Anschuldigung gegen den Vater wegen Sexualdelikts)

Dr. Martha Wenger (in Verbindung mit Dr. L. Binswanger und Dr. E. Wenger)

Der Nervenarzt, 1930, S. 598-607

2.2.2.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Ein Kind (Anneli L.) hat seinen Vater hinsichtlich eines Sexualdeliktes belastet. Die Eltern sind geschieden worden, und das Kind lebte beim Vater. Zur Begutachtung wurde Anneli in die Familie der Gutachterin integriert, mehrmals untersucht und zu den Vorfällen befragt. Anschließend werden die Aussagen des Kindes differenziert dargestellt und beurteilt. Bei der Beurteilung ergab sich, dass die Aussagen des Kindes unglaubwürdig sind. Im Vergleich zeigt sich, dass die Glaubwürdigkeit des Kindes bezüglich des Sexualdeliktes heute ebenfalls zweifelhaft wäre.

2.2.2.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

Das Kind Anneli L. (min. 6 Jahre alt, keine genaueren Angaben) hatte im Juni 1928 gegen ihren Vater belastende Aussagen gemacht, welche in Richtung eines Sexualdeliktes deuteten. Der Vater hat sie (Anneli) häufig nachts in sein Bett geholt, wo sie stundenlang auf seiner Brust und seinem Bauch liegen und schlafen musste. Der Vater hat sie dabei berührt. Es stellt sich jetzt die Frage, ob die Aussagen des Kindes glaubwürdig sind.

Vorgeschichte

Die Eltern wurden im Jahr der Anschuldigungen geschieden, die drei Kinder wurden unter den Eltern wie folgt aufgeteilt: der älteste Bruder kam zum Vater, der jüngere Bruder und Anneli zur Mutter. Beide Elternteile waren in psychiatrischer Behandlung, der Vater wegen Impotenz, die Mutter wegen Debilität und Pseudologia phantastica. Anneli L. war als Kind unauffällig, „Lügenhaftigkeit“ war nicht bekannt. Die Scheidung der Eltern erfolgte im Mai 1928. Die drei Kinder wurden massiv in den Ehekonflikt der Eltern hineingezogen. Die Kinder blieben bis zur endgültigen Scheidung und

Aufteilung beim Vater, die Länge dieses Zeitraums lässt sich aus dem Gutachten nicht genau eruieren, mindestens jedoch vier Monate. Nach der Scheidung wurden die Kinder unmittelbar dem entsprechenden Elternteil zugeführt. Vier Wochen nach der Scheidung erhob Anneli die Vorwürfe gegen ihren Vater. Eine Anhörung des Vaters wurde abgelehnt, die Sache richterlich untersucht und eingestellt. Kurz darauf stellten beide Elternteile den Antrag, dem anderen das Sorgerecht zu entziehen. Um die Glaubwürdigkeit der Aussagen des Kindes zu prüfen, wurde Anneli L. einer Klinik zur mehrwöchigen Beobachtung zugewiesen.

Untersuchung

In den ersten Wochen wurde Anneli L. in das Familienleben der Autorin eingebunden. In weiteren drei Wochen wurden die eigentlichen Untersuchungen durchgeführt. Die allgemeinen Untersuchungen wurden vor der Autorin durchgeführt, wobei die Co-Autoren im offenen Nebenzimmer waren und mitschrieben, was von Anneli jedoch nicht bemerkt wurde. Die Gespräche über das kritische Thema wurden von der Autorin, mit Dr. W. im Zimmer, aber unauffällig und aus Anneli's Sicht unbeteiligt, sowie von Dr. B., einmal mit der Autorin in Nebenzimmer hinter einer Tür und einmal allein, geführt.

Die allgemeine Untersuchung war unauffällig, die Intelligenz normal. Während der Beobachtungen log Anneli zweimal wegen typischer kindlicher Vergehen, ansonsten ist sie glaubwürdig. Insgesamt macht sie einen verschlossenen Eindruck, gegen den Vater und den älteren Bruder zeigt sie einen gewissen Widerstand. Solche Gespräche bricht sie mit den Worten „ich weiß nicht“ ab. Bei einem Besuch des älteren Bruders wies Anneli ihn an, nicht über die Familie zu reden. Der Bruder selbst äußerte sich abfällig über den Vater, ferner werde er geprügelt. In einem Gespräch erzählte Anneli, dass sie öfters mit Erlaubnis der Eltern mit ihnen in deren Bett geschlafen zu haben, ferner, dass sie nur der Mutter und dem jüngeren Bruder geschrieben hat, Fragen nach den Vater und den älteren Bruder weicht sie aus.

In der ersten Untersuchung betreffs des Einweisungsgrundes berichtete Anneli, dass der Vater böse zu ihr war, und dass sie fast jede Nacht im Bett des Vaters schlafen musste, teilweise auf ihm, um das Licht auszumachen.

Bei der zweiten Untersuchung einen Tag später erzählte sie von der Einrichtung des elterlichen Schlafzimmers und von ihrem eigenen. Sie konnte das Licht in ihrem Zimmer an der Tür nicht löschen, weil sich ein Gitter vor ihrem Bett befand, und sie

einen Stuhl brauchte, welchen sie im Dunkeln nicht fand. Sie hat den Vater mehrmals geweckt, und sie musste dann gegen ihren Willen beim Vater schlafen, was sie aus Angst vor Tritten tat. Danach führt Anneli mit Hilfe der Autorin vor, wie sie auf dem Bauch des Vaters gelegen hat (mehr halb schräg diagonal auf der Brust). Dann berichtet Anneli noch, dass sie die ganze Nacht geblieben ist, und dass der Vater massiv geschwitzt hat und heiß war. Sonst hätte er ruhig gelegen.

Die nächste Untersuchung folgte wieder einen Tag später. Während dieser beschrieb Anneli das Haus und das W.C. Ferner wie sie nachts auf den Topf gegangen ist, wobei der Vater wohl das Licht angemacht hat. Danach hat er sie aufgefordert bei ihm zu schlafen. (Später behauptete sie, er hätte sie geholt, gerissen). Ferner beschrieb sie, wie der Vater schlief und wem sie davon erzählt hat (Großeltern, Mutter, Arzt). Insgesamt, so die Autorin, waren die Antworten weniger spontan. Danach berichtete Anneli von der Morgenwäsche, davon wie der Vater sie nachts „gerüttelt“ hat, und nochmals wie sie auf ihn gelegen ist. Auch hätte der Vater sie getreten. Danach kam die Sprache auf die Beeinflussung durch die Mutter bezüglich der Aussage, die von Anneli abgetan wird. Die Frage, was die Mutter über den Vater sagt, wurde abgeblockt.

Am nächsten Tag war der Vater mit dem ältesten Bruder zu Besuch, welche den Tag über mit Anneli zusammen waren. Anneli war dabei emotionslos, danach nachdenklich.

Die vierte Untersuchung fand zwei Tage später statt. Dabei relativiert Anneli ihre Aussage bezüglich der Häufigkeit des Schlafes beim Vater, auch durch die Konfrontation mit den Aussage des Dr. E. (wohl Hausarzt), und die Art des Schlafens. Ferner verneint sie die Frage, ob das Hemd des Vaters nass gewesen sei.

Die folgende Untersuchung an nächsten Tag wurde von Dr. B. durchgeführt. Hier erzählte Anneli von Alpträumen, die verschwanden, wenn sie beim Vater schlief. Ferner beschrieb sie die ablehnenden Gefühle der Mutter gegenüber dem Vater. Auch erzählte sie, dass der Vater mit ihr „Hoppereiter“ gespielt habe.

Eine kurze anschließende alleinige Befragung durch Dr. B. ergab ein Schweigen von Anneli auf die Frage, ob sie sich alles ausgedacht hätte.

Gutachten

Anneli L. macht in den Augen der Autorin primär den Eindruck eines leicht schüchternen, verschlossenen und mäßig intelligenten Kindes. Bei genauerer Beobachtung relativieren sich diese Eindrücke, und sie stellt sich als normales Kind ihres Alters dar. Anderen Personen gegenüber verhält sie sich kühl, reserviert und sehr verschlossen, die Erziehung ist gut. In Bezug auf Lügen verhält sich Anneli wie alle Kinder ihres Alters.

Die emotionale Bindung zur Mutter ist sehr stark, danach folgt ihr jüngerer Bruder. Beim älteren Bruder beginnt sie ihre Unbefangenheit zu verlieren, dies stellt nach Ansicht der Autorin den „Übergang“ zum Verhältnis zum Vater da, Fragen über ihn blockt Anneli ab, bei Nachfragen greift sie sogar zu einer Notlüge. Das selbe Verhalten zeigt sie auch auf die Frage ihrer Anwesenheit in der Klinik. Interessanterweise teilt der ältere Bruder Annelis Abneigung gegen den Vater.

Die Angaben zu den Geschehnissen im Schlafzimmer sind voller Widersprüche. Zunächst berichtete Anneli von Angstzuständen und Alpträumen, was vom Vater und älteren Bruder bestätigt wurde, von der Mutter jedoch dementiert wurde. Ferner behauptete die Mutter, Anneli lag stets auf der Seite des Vaters, Anneli sagte, sie lag auf der Seite der Mutter. Nach dem Auszug der Mutter berichtete Anneli von zwei verschiedenen Situationen: erstens Angstsituationen, bei denen sie freiwillig zum Vater ging, und dem Problem mit dem Urinieren, bei der sie aus Angst vor Strafe zum Vater ging. Auch die Häufigkeit der Situation wurde verschieden angegeben: Anneli sagte fast jede Nacht, ihr Bruder ca. zweimal pro Monat.

Auch der weitere Verlauf der Angelegenheit ist voller Widersprüche. Mutter und Tochter machen verschiedene Angaben zu den Vorfällen (z.B. der Zeitpunkt, wann Anneli alles ihrer Großmutter erzählt hat). Die ersten Anschuldigungen traten dann bei den ersten ärztlichen Untersuchungen zu Tage. Auch nahmen die Aussagen über den Umfang der Situationen im weiteren Verlauf immer mehr zu.

Bei den Untersuchungen in der Klinik beschrieb Anneli die Vorgänge dreimal gleich: „nach dem Urinieren musste sie zum Vater ins Bett, habe seitlich auf ihm liegen müssen, er war heiß, nachdem er eingeschlafen war, sei sie heruntergerollt.“ Diese Angaben wichen von den Angaben bei den anderen Ärzten ab, und auch bei weiterem Nachfragen verstrickte sich das Kind immer mehr Widersprüche, aus denen es sich geschickt „herausredete“ (z.B. bezüglich Ruhigliegen - Schütteln, Nachthemd feucht - nicht feucht). Sonstige Zärtlichkeiten wurden verneint.

Ergebnis

- A. Im allgemeinen ist Anneli ein glaubwürdiges Kind, dies ist aus ihren Verhalten im alltäglichen Leben und anhand der allgemeinen Untersuchungen ersichtlich.
- B. Bezüglich ihres Vaters sind ihre Aussagen nur zum Teil glaubwürdig, dies ergibt sich aus ihrer „feindlichen“ Einstellung gegenüber dem Vater, welche von der Mutter „genährt“ wurde. Die ersten von Anneli gemachten Aussagen sind noch glaubwürdig, da sie in allen Untersuchungen gleich blieben. Die späteren Aussagen sind aufgrund von objektiven Widersprüchen unglaubwürdig.

Die Autorin geht nicht davon aus, dass der Vater sich an Anneli sexuell vergangen hat, vielmehr mutmaßt sie, dass das Kind durch Suggestivfragen Dritter beeinflusst wurde.

2.2.2.3 Vergleich

Die Autorin des Artikels ist hier in ihrer Beurteilung auf die Aussagen des Kindes selbst und dessen Beziehung zum Vater eingegangen, was gemäß der im Allgemeinen Teil „Beurteilung von Aussagen minderjähriger Zeugen“ aufgezeigten Richtlinie, dem Zustandekommen der Aussage anzurechnen ist. Auch wird der Reifegrad des Kindes berücksichtigt, gemäß dem Punkt „Kenntnis des Kindes“ der Richtlinien. Die Art der Untersuchungsbedingungen zeigt auch eine Berücksichtigung der Wiedergabemöglichkeit des Kindes. Zuletzt bezieht die Autorin den Einfluss der Mutter auf das Kind in ihre Gesamtbeurteilung mit ein. So gesehen wurden bereits bei diesem Gutachten ähnliche Beurteilungskriterien angewandt, welche heute Gültigkeit haben. Dem entsprechend wäre höchstwahrscheinlich die Glaubwürdigkeit des Kindes mit den heutigen Vorgehensweise in Bezug auf den sexuellen Missbrauch durch den Vater ebenfalls zu verneinen.

2.3 Zurechnungsfähigkeit

2.3.1 Allgemeiner Teil

Durch den Begriff der Schuldunfähigkeit nach § 20 StGB wurde der alte Begriff der Zurechnungsfähigkeit nach § 51 StGB a. F. abgelöst (01.01.1975),¹⁶ der Begriff der Geschäftsunfähigkeit des § 104 Nr.2 BGB dagegen ist gleich geblieben.

Unter Geschäftsunfähigkeit wird verstanden, dass eine Person nicht mehr in der Lage ist, am rechtsgeschäftlichen Verkehr teilzunehmen. Gemäß § 105 Abs.1 BGB sind Willenserklärungen von Geschäftsunfähigen nichtig.

Die Beurteilung der Geschäftsfähigkeit erfolgt heute anhand der Fähigkeit eines Menschen zu einer freien Urteils- und Willensbildung. Ist diese nicht mehr gegeben, so ist dieser Mensch als geschäftsunfähig i.S.d. § 104 Nr.2 BGB anzusehen. Die Geschäftsunfähigkeit muss in jedem Fall bewiesen werden.¹⁷ Dies ist verständlicherweise nur möglich, wenn der Gutachter die gesamte Person bewertet, geschieht dies nicht, treten fehlerhafte Beurteilungen auf, die weitreichende Konsequenzen für den Probanden haben.¹⁸

Unter einer partiellen Geschäftsfähigkeit wird die Anwendung des § 104 Nr. 2 BGB „auf einen bestimmten, gegenständlichen abgegrenzten Kreis“ von Geschäften¹⁹ verstanden. Die Frage, wann eine partielle Geschäftsfähigkeit vorliegt, wird heute nach der psychopathologischen Ausprägung zum Zeitpunkt des Rechtsgeschäftes beurteilt.²⁰

Unter Schuldunfähigkeit wird verstanden, dass ein Täter zum Zeitpunkt der Tat ohne Schuld handelte, § 20 StGB. Die Voraussetzungen dafür sind ebenfalls in § 20 StGB definiert. Im Gegensatz zur Beweispflicht bei der Geschäftsunfähigkeit gemäß § 104 Nr.2 BGB reichen bei der Schuldunfähigkeit, § 20 StGB, begründete Zweifel an dieser aus, um sie auszuschließen.²¹ Hierbei ist nicht die Willensfreiheit ausschlaggebend, vielmehr sind die Entscheidungs- und Motivspielräume entscheidend.²² Um diese zu

¹⁶ Venzlaff S. 69.

¹⁷ Venzlaff S. 433.

¹⁸ Venzlaff S. 409.

¹⁹ Venzlaff S. 433.

²⁰ Venzlaff S. 433.

²¹ Venzlaff S. 7.

²² Venzlaff S. 71.

erfassen, muss der Sachverständige ebenfalls die gesamte Persönlichkeit des Täters erfassen und nicht nur die Tat selbst beurteilen.²³ Letzteres würde zu einem heute nicht mehr verwertbare Ergebnis, meist zu Ungunsten des Täters, führen.

Die partielle Schuldunfähigkeit ist als verminderte Schuldfähigkeit nach § 21 StGB definiert, und somit ein Unterfall der Schuldfähigkeit. Die Beurteilung, ob ein Täter schuldfähig, partiell schuldfähig oder schuldunfähig ist, erfolgt gleitend, wobei die §§ 20, 21 StGB beim Erreichen eines gewissen Markierungspunktes angenommen werden und zur Anwendung kommen.²⁴

²³ Venzlaff S. 70.

²⁴ Venzlaff S. 75.

2.3.2 Hoche, A.: Gutachten über den Priester R.

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

Der Nervenarzt, 1929, S. 153-158

2.3.2.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

HOCHE möchte anhand des Falles des Priesters R. ein Beispiel für ein Mustergutachten vorlegen. R. drang in das Domkapitel ein und schoss auf den Erzbischof. Nach dem Tatbestand folgt das Gutachten mit den Untersuchungen des R. In der Beurteilung werden die Untersuchungsergebnisse analysiert und es ergibt sich, dass R. psychisch erkrankt und nicht zurechnungsfähig war. Im Vergleich zeigt sich, dass sich nach heutigen Kriterien eine Schuldunfähigkeit in Betracht gekommen wäre.

2.3.2.2 Artikelbeschreibung

Anmerkung der Schriftleitung

Im folgenden Gutachten soll nicht nur ein schlüssiges Ergebnis vorgelegt werden, sondern auch die Form der Darstellung eines Gutachtens gezeigt werden. Vor allem Juristen haben oft Probleme, Gutachten zu verstehen, nicht etwa weil der Inhalt zu kompliziert ist, sondern weil das Gutachten zu kompliziert geschrieben ist. Das Verwenden von extrem vielen Fachausdrücken sowie Darstellungen, die so eigentlich in psychiatrische Fachzeitschriften gehören, sind hierfür klassische Beispiele. Eine weitere Unsitte ist das Anfüllen des Gutachtens mit unnötigen Zitaten aus den Akten und das Vorlegen eines Ergebnisses ohne Verweis darauf, was zu diesem Ergebnis geführt hat.

Tatbestand

Am 26.05. eines nicht angegebenen Jahres drang der katholische Priester R. mit einem Hut auf dem Kopf, welchen er nicht abnehmen wollte, in das Domkapitel ein. Er wollte wissen, was über ihn „beschlossen worden sei,“ im weiteren Verlauf schoss R. auf den flüchtenden Erzbischof und verfehlte ihn. Der Polizei sagte R., er hätte eine Demonstration beabsichtigt, er wolle ein Schwurgericht, da der Erz- und der Weihbischof sonst lügen würden. Mit dem Schuss hätte er, wenn überhaupt, den

Weihbischof K. treffen wollen. In der Haft wurde der Verdacht der Geisteskrankheit geäußert, und R. wurde verlegt.

Gutachten

Die zentrale Frage ist, ob R. zum Zeitpunkt der Tat zurechnungsfähig war. Eine Bewusstlosigkeit gemäß § 53 scheidet hier aus.

Die Familiengeschichte von R. ist leer, die persönliche Entwicklung bis zum 20. Lebensjahr ist unauffällig, im Priesterseminar bestanden Probleme mit der Disziplin, er wird als ruhe- und freudloser, zweifelnder Mensch beschrieben, eine Disputiersucht wird erwähnt. Nach der Priesterweihe hatte er mehrfach Konflikte mit Vorgesetzten und Dritten. Ein Wunsch nach Urlaub für ein Philosophiestudium wurde abgelehnt. Eine Bitte des R. auf sofortige Entlassung wurde ebenfalls abgelehnt. R. tauchte unter und wurde suspendiert. In den folgenden Jahren studierte R. Philosophie, finanzielle Schwierigkeiten veranlassten ihn, das Ordinariat um Hilfe zu bitten, die ihm letztendlich gewährt wurde. Es folgte der Abschluss des Philosophiestudiums und eine Dissertation. Danach war R. fast mittellos, er erhielt kein Stipendium mehr, und hatte eine unbezahlte Lehrerstelle. Zuwendungen aus sonstigen kirchlichen Fonds waren nicht in Aussicht.

In der Klinik war R. ruhig und kooperativ. Körperlich war er unauffällig. Die Intelligenz ist guter Durchschnitt. Bei der Untersuchung wirkte R. selbstbewusst, emotionslos und unsympathisch. Seine Ideen kreisen um die kirchlichen Behörden.

Es steht außer Frage, dass R. mit seiner Persönlichkeit nicht in das Kirchengefüge passt, vor allem in Hinblick auf die Subordination. Der fehlende Unterordnungswille in Verbindung mit R.'s Selbstbewusstsein bestimmen sein Verhalten gegenüber den Kirchenbehörden. Auch fehlt die Einsicht bei R., dass die Subordination Voraussetzung für alles weitere ist. Jede Ablehnung empfindet R. als „feindliche Gesinnung“ und führt zu Misstrauen. Die Kirchenbehörde und somit Weihbischof K. ist an allem Schuld, sie will ihn zu reumütiger Subordination zwingen, und dies mit allen Mitteln, bis hin zu Vernichtung seiner Existenz. Für seinen finanziellen Untergang macht R. die Kirchenbehörde direkt verantwortlich (sie hat seine Brüder und seinen ehemalige Arbeitgeber beeinflusst usw.). Diese Behauptungen sind nach authentischer Prüfung allesamt falsch. Darüber hinaus gibt es Briefe, die massivste Beleidigungen gegenüber der Kirche und besonders Weihbischof K. enthalten. Die

Tat selbst, so HOCHÉ, diene nur dazu, den ganzen Sachverhalt öffentlich zu machen, und R. sein vermeintliches Recht zu verschaffen.

In vielen Unterredungen gab R. zu, seine Behauptungen nicht beweisen zu können, aber das liege an der „Technik der Feinde.“ Redete man ihm eine Theorie aus, kam er am nächsten Tag mit einer neuen. Als Gründe für das Verhalten der Kirche gab R. seine „Selbständigkeit“ und seine Fähigkeiten im geistigen Gebiet an. Auch sieht er nicht ein, dass die von ihm eingesetzten Mittel in jedem Falle unzulässig seien und dass seine letzte Tat zwangsläufig seine Karriere beenden werde. Den Umstand, dass er gegebenenfalls geisteskrank sei, weist R. weit von sich. Während den Unterredungen ist R. des öfteren reizbar und neigt zu heftigen Reaktionen. Diese gab es auch schon mehrfach in der Vergangenheit. Dieses Persönlichkeitsbild von R. wird noch durch die Kritiken seiner kirchlichen Vorgesetzten ergänzt: Hochmut, Kritikunverträglichkeit, Misstrauen.

Beurteilung

Aus dem vorliegenden Material ergibt sich laut dem Autor, dass hier zwei verschiedene Zeiträume der Charakterentwicklung beachtet werden müssen. Zum einen die Charakterzüge, die der Patient von vorneherein hatte, zum anderen die Eigenschaften, welche dazu traten. Die Ersteren (Intelligenz, Kritikunverträglichkeit, Misstrauen, Hochmut) deuten nicht auf eine krankhafte Störung hin. Betrachtet man nun die letzten 10-11 Jahre des Patienten, welche dieser als stetige Verfolgung durch die Kirchenbehörden empfand, stellt sich die Frage, ob hier Wahnvorstellungen vorliegen und somit eine Geistesstörung. HOCHÉ hält für diese Beurteilung seine nachträglich ermittelten Fakten für besonders relevant. Zunächst ist zu bedenken, dass R. kein kirchlicher Laie ist, er musste wissen, dass seine Verhaltensweise nicht das Wohlwollen der Kirchenführung finden würde. Demnach, so HOCHÉ, sind R.'s Verfolgungstheorien „inhaltlich falsch.“ Des Weiteren sind diese Vorstellungen für R. auch nicht korrigierbar, ein weiteres Indiz für Wahnideen. Ferner entstehen neue Ideen von R. nicht aus sachlichen Gründen, sondern aus seinem Misstrauen, ebenfalls eine krankhafte Erscheinung. Auch ein völliger Realitätsverlust (keine Konsequenzen aus seinem Verhalten) ist bei R. bemerkbar. Als letzten Punkt führt HOCHÉ noch die „Größenvorstellung“ des R. auf.

Alles zusammen kommt der Autor zu dem Schluss, dass bei dem Patienten chronische Wahnvorstellungen vorliegen, die langsam fortschreiten. HOCHÉ diagnostiziert eine chronische Paranoia, bei der sich aus einer abnormen Veranlagung ein Wahnsystem entwickelt. Diese Beurteilung führt zu dem Ergebnis das R. bereits seit Jahren im strafrechtlichen Sinn nicht mehr zurechnungsfähig ist, und die Voraussetzungen des § 51 StGB gegeben sind.

Ergebnis

R. war zum Zeitpunkt der Tat aufgrund einer krankhaften Geistesstörung nicht zu einer freien Willensbildung fähig.

(Anmerkung: Die Diagnose wurde bestätigt. Patient ist inzwischen in der Anstalt verstorben)

2.3.2.3 Vergleich

Die Diagnose chronische Paranoia fällt unter den schizophrenen Formenkreis. Typisch sind hierbei Wahnvorstellungen, -wahrnehmungen und -ideen, wie sie auch im Artikel beschrieben werden.²⁵ Grundlegend ist bei allen schizophrenen Erkrankungen die Störung des Denkens, welche hier auch deutlich wurde.²⁶ Auffällig ist auch das Vorstadium, das HOCHÉ anspricht, und die Schwierigkeiten, dieses früh zu erkennen, ebenfalls ein Charakteristikum bei Schizophrenie.²⁷ Demnach ist, wenn man den Darstellungen des Artikels folgt, die Diagnose völlig korrekt. Auch das Delikt selbst passt zur Schizophrenie. Neuere Untersuchungen haben ergeben, dass die Gewaltbereitschaft bei Schizophrenen im akuten Stadium, welches auch hier vorlag, deutlich erhöht ist (3- bis 4-fache, Modestin und Ammann 1996²⁸).

Bei der Beurteilung der strafrechtlichen Verantwortung wird die Schizophrenie heute als eine „krankhafte seelische Störung“ i.S.d. § 20 StGB angesehen, dessen Anwendung unstrittig ist.²⁹ Damit liegt eine Schuldunfähigkeit vor. Dies entspricht im Ergebnis dem von HOCHÉ, wobei dieser jedoch noch auf die fehlende Zurechenbarkeit verwies, was sich aus dem damaligen StGB ergab.

²⁵ Venzlaff S. 114.

²⁶ Venzlaff S. 115.

²⁷ Venzlaff S. 116.

²⁸ Venzlaff S. 120.

²⁹ Venzlaff S. 121.

2.3.3 Villinger, W.: Gutachten über einen Fall von sexueller Hörigkeit bei einer Jugendlichen

Dr. Werner Villinger

Psychiatrische Abteilung der Jugendbehörde Hamburg, Ltd. OA Dr. Villinger

Der Nervenarzt, 1930, S. 704-707

2.3.3.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Die 15jährige Käthe A. hat für ihren Liebhaber ihre Arbeitgeberin bestohlen und ihm geholfen, diese ebenfalls zu bestehlen. Im Rahmen der Begutachtung wurde A. untersucht und beurteilt. Im Ergebnis wurde festgestellt, dass A. ihrem Liebhaber sexuell hörig war und damit nicht voll zurechnungsfähig. Im Vergleich zeigt sich, dass der Fall nach heutigen Gesichtspunkten wahrscheinlich ähnlich beurteilt werden würde.

2.3.3.2 Artikelbeschreibung

Vorgeschichte

Käthe A. geb. 10.07.1913, zum Tatzeitpunkt 15 Jahre, übliche Kinderkrankheiten, Volksschule, wird in gesamten Bekanntenkreis immer lobend erwähnt, keine Vorstrafen, Vater, Mutter und Geschwister unauffällig.

Tatbestand

A. hat bei ihrer Dienstherrin die Offizierspatente des verstorbenen Mannes gestohlen, um diese ihrem Geliebten zu übergeben. Ferner hat sie ihm ermöglicht, Anzüge des Verstorbenen zu stehlen. Bei einer anderen Dienstherrin stahl A. Äther, mit welchem ihr Geliebter diese Dienstherrin betäuben und ausrauben wollte. Nach der Geburt des gemeinsamen Kindes trennte sich A. von ihrem Geliebten und zeigte sich selbst an.

Befund

Der körperliche Befund ist unauffällig, Zustand nach Schwangerschaft.

Psychisch ist die Patientin vorgereift, ehrlich und reumütig, die begangenen Taten werden nicht beschönigt oder heruntergespielt. Intellektuell ist sie im Vergleich zu anderen Mädchen ihrer Schicht und Vorbildung überdurchschnittlich. Rache, Hass oder Wutgefühle gegenüber dem ehemaligen Geliebten M. hegt A. nicht.

Das Verhältnis zu diesem ist die zentrale Frage für die psychiatrische Begutachtung. In sexueller Hinsicht findet sich in der Vorgeschichte die erste Menstruation mit 10 Jahren, die Defloration durch den Vater mit 11 Jahren, danach fortgesetzter sexueller Kontakt mit dem Vater, teils bejahend, teils ablehnend. Nach der Schule diverse erotische Erlebnisse ohne Geschlechtsverkehr, die Patientin gibt an, gespielt zu haben, die Partner sind im Durchschnitt ca. 18-19 Jahre alt, in Zukunft will sich A. nur noch mit Männern einlassen, welche mind. 25 Jahre sind. Gefühlsmäßig vereinsamte die Patientin. In dieser „Stimmungslage“ lernte sie M. (30 Jahre) kennen. Nach einem ½ Jahr Intimverkehr und sich daraus ergebender Schwangerschaft, die zum Zeitpunkt der Straftaten ca. 1-2 Monate bestand, hing A. seelisch, wie sie glaubwürdig darlegte, mit „aller Kraft“ an M., der ihr imponierte (M. wird als halbgebildet, arbeitsscheu, Kriegsneurotiker usw. bezeichnet). In den Untersuchungsprotokollen finden sich Hinweise auf die Verliebtheit der A. und die Überredungskünste des M. A. hatte bereits zum Zeitpunkt der Diebstähle Gewissensbisse, beging die Taten aus Liebe („stahlharte Augen“) und traute sich nicht, ihm die Meinung zu sagen. Auch sagte sie, dass sie M. nur helfen wollte. Eine Hypnose lässt sich anhand der Frageweise ausschließen. Den Überfall auf die zweite Dienstherrin wollte sie M. ausreden, aber es gelang ihr nicht. Zusammenfassend sagte sie, dass sie M. einfach gehorchen musste, teils aus Liebe, teils aus Furcht. Abschließend ist festzustellen, dass sie ihre Liebe offenbar auf das Kind übertragen hat.

Beurteilung

Für den Autor sind die psychologischen Zusammenhänge relativ klar. A., mit all ihren guten Anlagen, hatte das „Unglück“ bereits mit 11-12 Jahren das Sexualleben einer Erwachsenen zu führen, welches sie zu diesem Zeitpunkt psychisch noch nicht verarbeiten konnte. Dies führte zu einer Verstärkung ihrer bereits vorhandenen seelischen Aufwühlbarkeit. Dadurch, so der Autor, konnte A. keine „sittlichen

Hemmungen“ entwickeln. In dieser labilen Situation trifft A. auf M., welchen sie bewundert, und dem sie sich völlig hingibt. Sie ist so von ihm gefesselt, dass es zur „Ausschaltung“ ihres Intellektes und ihrer ethischen Hemmungen kommt. Somit wirkte jedes Wort von M. auf A. suggestiv. Auch ist zu bedenken, dass A. von M. schwanger war, was ihr Verhalten ebenfalls beeinflusste. Objektiv fallen die Taten aus dem allgemeinen Persönlichkeitsbild der A. heraus. Fasst man alle Aspekte zusammen, so muss man feststellen, dass hier eine sexuelle Hörigkeit vorliegt.

Die Zurechnungsfähigkeit (§51 StGB mit §3 JGG) ist gegeben, da A. wusste, dass sie Unrecht tat. Die Beurteilung der geistig-sittlichen Reife ist deutlich schwerer, da hier die sexuelle Hörigkeit berücksichtigt werden muss. Diese führt im Erwachsenenrecht zu einer herabgesetzten Zurechnungsfähigkeit, denn sobald der andere Partner bei einer Tätigkeit eine Rolle spielt, kommt es nicht mehr zu einer freien Willensbildung. Überträgt man dies auf § 3 JGG, so ist festzustellen, dass eine 15-jährige Erstgravida nicht den Reifegrad hat, den § 3 JGG voraussetzt.

2.3.3.3 Vergleich

In der heutigen Zeit ist die sexuelle Hörigkeit als eine entwicklungsbedingte Krisenlage anzusehen.³⁰ Derartige Krisen sind „Eintrittspforten“ für die §§ 20, 21 StGB, die zu einem Schuldausschluss, beziehungsweise zu einer Schuldinderung führen können.³¹ In der Praxis wird eher § 21 StGB angewandt, der auch im vorliegenden Fall höchstwahrscheinlich wegen des allgemeinen Entwicklungsgrades zur Anwendung gekommen wäre (Entscheidung liegt beim Gericht). Die Beurteilung des § 3 JGG, im Rahmen der eingeschränkten Willensbildung, würde nach heutigen Maßstäben wahrscheinlich zu dem gleichen Ergebnis führen, wie im Artikel dargestellt. Das Problem war hier, dass die Patientin zwar das Unrecht ihrer Tat kannte, aber aufgrund ihrer Hörigkeit nicht danach handeln konnte.³² Entsprechend § 3 JGG wäre sie demnach nicht strafrechtlich verantwortlich zu machen. Insgesamt würde der Fall heute wahrscheinlich genauso wie 1928 entschieden werden.

³⁰ Venzlaff S. 289.

³¹ Venzlaff S. 289.

³² Venzlaff S. 286.

2.3.4 Peters, G.: Anatomische Bemerkungen zur Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit bei bestehender organischer Hirnschädigung

Gerd Peters, Hirnpathologisches Institut der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie, Kaiser Wilhelm-Institut in München. Direktor: Prof. Dr. W. Scholl
Der Nervenarzt, 1938, S. 441-448

2.3.4.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Der Hintergrund des Artikels ist ein Fall, bei dem bei positivem Liquorbefund ohne psychische Auffälligkeiten die Todesstrafe verhängt wurde. Im Hauptteil werden nun zwei ähnliche Fälle beschrieben. Im Ergebnis wird auf die Relevanz der Einbeziehung von anamnestisch festgestellten Hirnveränderungen hingewiesen. Im Vergleich mit dem heutigen Wissenstand fällt auf, dass das Ergebnis des Artikels heute größtenteils umgesetzt ist, ferner, dass die diagnostischen Mittel heute die Beurteilung solche Fälle wesentlich vereinfacht haben.

2.3.4.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

BÜRGER-PRINZ berichtete über einen Fall, bei dem trotz positivem Liquorbefund das Todesurteil verhängt wurde. Bei fehlenden psychischen Ausfällen sah er die Voraussetzungen des § 51 StGB als nicht gegeben an. Die Obduktion durch KUFS ergab keinerlei anatomische Veränderungen des Zentralnervensystems, die auf eine der Differentialdiagnosen Lues cerebri oder Lues in der Spätlatenz hinwiesen. Über die strafrechtliche Verantwortlichkeit bestand danach kein Zweifel mehr, und BÜRGER-PRINZ wies daraufhin, dass dem Liquorbefund alleine kein größeres Gewicht eingeräumt werden dürfe als der „Gesamtverfassung einer Persönlichkeit.“ Laut PETERS ist der Liquorbefund lediglich eine Unterstützung, die in der Frage der absoluten Zurechnungsfähigkeit helfen kann. Der Anatom wiederum kann nur zeigen, ob ein Kliniker mit seiner Beurteilung richtig lag oder nicht.

Hauptteil

Der Autor berichtet nun über zwei Fälle in denen das Zentralnervensystem von Verbrechern krankhafte Veränderungen aufwies. Er stellt klar, dass es schwer ist, Rückschlüsse aus dem anatomischen Befund auf die Klinik zu schließen, dennoch ist er überzeugt, dass sein Artikel einen „mahnenden“ Einfluss zu einer gewissen Zurückhaltung der Kliniker hat.

Der erste Fall handelt über den 36-jährigen, viermal vorbestraften B. Am 26.06.1935 tötete er alkoholisiert die 38-jährige G., nachdem diese den Geschlechtsverkehr verweigert hatte. Danach versuchte er sich an der Leiche zu vergehen. B. war 1928/29 wegen Lues I in Behandlung, WaR negativ. Er hatte seit 1927 zunehmend Kopfschmerzen und Krämpfe, 1935 wurde er wegen Neurasthenie dienstuntauglich geschrieben, 1935/36 wurde die Diagnosen Alkoholismus, Rausch, hysterischer Psychopath, psychopathische Debilität gestellt. Die WaR war weiterhin negativ, der Liquor zeigte eine Eiweißverdoppelung, die Goldsolreaktion hatte eine typische Lueszacke. Dies lässt nach dem Autor auf geringe, luische ZNS-Veränderungen schließen. Das psychische Verhalten ist eine Mischung aus Simulation und Wahn, was den Luesverdacht erhärtet. Ein weiteres Gutachten von 1936 zeigte organische ZNS-Veränderungen, wahrscheinlich durch Lues. Die Persönlichkeitsstörung habe allerdings schon vor der Luesinfektion bestanden, B. ist jedoch zu „ruhigen“ Überlegungen fähig. Körperlich wurde ein degenerierter Gesichtsausdruck beschrieben, sowie diverse Verletzungsnarben. Die Luesserologie war negativ. In der Familie wird ein schwachsinniger Bruder beschrieben, der Vater war Alkoholiker. Der Gutachter nimmt an, dass B. eine Lueserkrankung durchgemacht hat, und diese ausreichend behandelt wurde. Ferner geht er davon aus, dass B. zwar minderbemittelt ist, jedoch nicht geisteskrank, § 51 StGB ist nicht anwendbar, dies geht auch aus seinen Vorstrafen hervor. Die Tat entspricht auch der Persönlichkeit des B. Das Verhalten des B. interpretiert er ebenfalls als Simulation. Überhaupt sei die gesamte jetzige Situation erst nach der Tat entstanden, dem entsprechend sei sie nicht zu beachten. Der Gutachter hält B. zum Tatzeitpunkt für voll schuld-, verhandlungs- und strafvollzugsfähig.

Der zweite Fall ist der 46-jährige R., welcher mit seiner Frau und seiner Schwägerin, mit der er ein Verhältnis hatte, seinen Schwager tötete. Der Mord war geplant und wurde entsprechend genau durchgeführt. Anschließend verbrannten die Täter die Leiche in einem Backofen. R. war wegen Abtreibungen straffällig geworden. Im Jahre

1914 war R. an Lues erkrankt, bis 1920 war er jährlich in Behandlung, 1925 war die WaR negativ, 1931 klagte der Patient erstmals über Parästhesien in allen Extremitäten und der linken Kopfseite, die Zunge wich leicht nach links ab, die WaR war stark positiv. Es folgten zwei Anfälle mit Bewusstlosigkeit 1932, die Luesserologie war komplett positiv. Die Parästhesien besserten sich 1933, der Gang war nun schwankend, WaR positiv. In Jahre 1936 war die Pupillenreaktion eingeschränkt, die WaR in Liquor positiv, die Goldsolkurve deutete auf eine Paralyse hin, psychiatrisch war R. unauffällig. Die Kliniker kamen zu dem Schluss, dass bei fehlender Klinik eine Paralyse nicht anzunehmen ist.

Im ersten Fall erbrachte die anatomische Untersuchung des Gehirns keinen Anhalt für eine Lues cerebri. Im linken Gyrus temporalis medialis und inferior fand sich eine größere zystische Veränderung. Mikroskopisch fand sich eine zystische Einschmelzung und eine Gliazellvermehrung mit Faserbildung, die Pia über der Zyste war fibrinös verdickt. Der gesamte Befund deutet auf ein traumatisches Geschehen hin, was zu den gefundenen Narben passt. Diese Veränderungen bestanden nach dem vorliegenden histologischen Befund schon vor dem Mord. Die Voruntersuchungen deuten auf eine Erkrankung des ZNS bei B. hin. Differentialdiagnostisch kamen ein Trauma oder eine Hirnlues in Betracht, aber beide Gutachter maßen diesen Veränderungen bezüglich einer Persönlichkeitsstörung nur eine geringe Bedeutung bei. Die anatomische Untersuchung ergab nun eine schwere traumatische Gehirnschädigung. Die Lokalisationsverteilung führte wohl, so PETERS, zur fehlenden Penetranz der Symptome. Nach ESSER ist fraglich, ob hier nicht eine allgemeine Schädigung des Gehirns in Betracht kommt. ESSER begründet dies mit den andauernden Ab- und Umbauvorgängen im Gehirn nach einem Trauma. In vorliegenden Fall jedoch, schien es sich bei fehlenden frischen Veränderungen um einen „ruhenden“ Prozess zu handeln. Die Kopfschmerzen und die Krämpfe, welche der Patient ab 1927 angab, fallen anhand der Histologie eindeutig in den posttraumatischen Zeitraum. Insgesamt kann ein Einfluss auf die Gesamtverfassung des B. durch seine traumatische Hirnschädigung nicht abgelehnt werden. Es liegt die Vermutung nahe, dass B. wegen der Hirnschädigung ein schwerer Psychopath war. Eine Abgrenzung zwischen seiner ohnehin bestehenden Psychopathie und der traumatischen ist fast unmöglich. Weiter zu berücksichtigen ist auch der Alkoholgenuss vor der Tat, dieser wirkt sich bei Hirntraumatikern bekanntermaßen stärker aus. Zusammenfassend ergibt sich demnach, dass hier eine Summation (vgl.

VORKASTER) von vielen Faktoren vorlag, und der organischen Hirnveränderung doch eine größere forensische Bedeutung hätte zugemessen werden müssen. Zum Vergleich verweist PETERS noch auf einen von SCHWELLNUSS mitgeteilten Fall, welcher deutliche Parallelen zeigt.

Der zweite Fall zeigte bei der anatomischen Untersuchung einer Gehirnveränderung im Sinne einer Lues cerebri und Paralyse. Ferner fand sich eine Infektion der Meningen mit einfacher Zellschrumpfung, darüber hinaus eine alte zystische Erweichung im Corpus striatum und eine frische unterhalb der Substantia nigra. Die Ursachen konnten einwandfrei festgestellt werden, sowohl die Lues wie auch ein embolischer Prozess kommen in Frage. Wichtig ist nur, dass die zystische Erweichung schon vor der Mordtat bestand, dazu besteht ein Gutachten. Interessant ist, dass R. trotz der massiven Gehirnveränderungen nur geringe neurologische Symptome und kaum psychische Veränderungen hatte, so dass hier der Schutz des § 51 StGB vom Gutachter nicht eingeräumt wurde. Eine Lues cerebri und auch die Paralyse können ohne größere psychische Veränderungen bestehen (vgl. BOSTROEM, WEGANDT, sowie SPIELMEYER), geringe Beeinträchtigung sind jedoch klinisch nicht erfassbar. Fest steht hier laut PETERS, dass R. massive organische Hirnveränderungen hatte, und man muss überlegen, ob diese einen Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung hatte. Es ist jedoch auch möglich, dass die meisten Veränderungen erst nach der Tat entstanden sind. Insgesamt sind allerdings Gründe für eine gewisse Zurückhaltung bei der Beurteilung gegeben, vgl. BÜRGER-PRINZ.

Ergebnis

Die gemachten Ausführungen sind rein theoretischer Natur, dessen ist sich der Autor bewusst. Sie können jedoch vielleicht in der Zukunft helfen, die Einschätzungen solcher Täter zu erleichtern, und zwar indem sie helfen können, den Grad einer Persönlichkeitsstörungen besser zu beurteilen. Anamnestisch festgestellte Hirnveränderungen müssen von Gutachtern auf jeden Fall mit beachtet werden und mahnen zu einer Zurückhaltung bei der Beurteilung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit.

2.3.4.3 Vergleich

Die Beurteilung von Straftätern mit hirnganischen Veränderungen, zu denen die Syphilis im Tertiärstadium zu zählen ist,³³ orientiert sich heute nach der Bewältigung des Lebensalltages sowie aus dem Ausmaß der Beeinträchtigungen im allgemeinen durch die Veränderungen.³⁴ Ansonsten werden hirnganische Veränderungen besonders im Hinblick auf Komorbidität geprüft (z.B. Alkohol).³⁵ So gesehen sind die Aussagen des Autors heute in der gutachterlichen Tätigkeit umgesetzt. Des Weiteren ist zu bemerken, dass die diagnostischen Möglichkeiten bezüglich der Hirnveränderung nicht mehr mit denen aus der Zeit des Autors zu vergleichen sind, d. h. sie sind heute wesentlich leichter und vor allem meist früher (vor dem Tod) erfassbar.

³³ Venzlaff S. 149.

³⁴ Venzlaff S. 155.

³⁵ Venzlaff S. 155.

2.3.5 Gruhle, H. W.: Partielle Geschäftsunfähigkeit, Partielle Zurechnungsunfähigkeit (Eifersucht)

Hans W. Gruhle

Der Nervenarzt, 1940, S. 544-549

2.3.5.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

In dem Artikel wird zunächst kurz die historische Entwicklung der Begriffe Zurechnungs- und Geschäftsunfähigkeit wiedergeben. Anschließend wird die partielle Zurechnungs- und Geschäftsunfähigkeit unter besonderer Berücksichtigung der Eifersucht dargestellt. In hypothetischen Fällen werden Beispiele gebracht, wann eine partielle Zurechnungs- oder Geschäftsunfähigkeit zur Anwendung kommen könnte. Im Vergleich ergibt sich, dass die von GRUHLE gemachten Aussagen heute in der Praxis umgesetzt werden.

2.3.5.2 Artikelbeschreibung

GRUHLE eröffnet seinen Artikel mit einem Rückblick auf die Zeit vor 100 Jahren, in der man annahm, dass die Zurechnungs- und Geschäftsunfähigkeit nur in den Gebieten bestand, auf die sich die krankhaften Vorstellungen bezogen. Grundlage hierfür war die Idee, dass eine krankhafte seelische Veränderung sich in den Inhalten der Gedanken und Vorstellungen widerspiegelt. Die Wissenschaft griff diesen Gedanken auf und kam zu der Ansicht, dass ein Mensch, der an krankhaften Gedanken leidet, geirrt sei, und somit generell geschäfts- und zurechnungsunfähig. Dies wurde später eingeschränkt, da bei Psychopathen, im Gegensatz zu Paralytikern oder Schizophrenen, kein organischer Prozess nachweisbar war, bei diesen wurde nun ein psychologischer Beweis verlangt, der wiederum nur für den speziellen Fall galt. Damit ergab sich eine partielle Unzurechnungsfähigkeit. Besondere Schwierigkeiten bereitete in diesem Zusammenhang der sogenannte Querulantenwahn, der zunächst als organische Krankheit gewertet wurde, später jedoch den Psychopathien zugeschrieben wurde. Dem entsprechend sollte die partielle Geschäfts- und Unzurechnungsfähigkeit Anwendung finden. Aus praktischen Überlegungsgründen schloss sich das

Reichsgericht 1933 dieser Auffassung an und bestätigte dies 1939. Eine ablehnende Meinung von HOCHE 1934 ist damit entgültig überholt.

Wann eine partielle Geschäftsunfähigkeit anzunehmen sei, beantwortet BERINGER 1935 so, dass sich dies durch die Fälle von selbst ergebe. GRUHLE stimmt dem im allgemeinen bei, die meisten Komplexe richten sich auf eine Idee, und diese führe praktisch nie zu einer Geschäftsunfähigkeit. Schwierig ist dies nur in den Fällen, bei denen Psychopathie und partielle Geschäftsunfähigkeit zusammen fielen, wie bei den oben genannten Querulanten. Den klassischen Querulantenwahn gibt es laut GRUHLE nicht, er zitiert dabei KOLLE. Es gäbe vielmehr diverse Formen und Arten von Querulantentum, wie z. B. querulierende Schizophrenie, Psychopathie oder Greise (vermutlich Altersdemenz). Auch besteht die Gefahr, dass bei auffälligen Symptomen andere Krankheitsgebiete vernachlässigt beziehungsweise übersehen werden, z.B. bei gebesserten Schizophrenien mit Residualwahn. Auch wenn sich der Restwahn nur noch gegen eine einzige Person richtet, hat der Autor hier Probleme, eine partielle Geschäftsunfähigkeit anzunehmen, und bejaht dagegen eine allgemeine Geschäftsunfähigkeit bei allen Schizophrenien. Hierzu verweist GRUHLE auf KRAEPELIN, welcher festgestellt hatte, dass bei Patienten, deren Wahn nach dem 40. Lebensjahr ausgebrochen ist, die Persönlichkeit fast immer irreversibel durch schizophrene Prozesse geschädigt war. Man darf sich durch die gut erhaltene Persönlichkeit bei Spätschizophrenen nicht dazu verleiten lassen, nur eine partielle Geschäftsunfähigkeit anzunehmen, meist sind eingeschränkte Stadien nur Vorboten des späteren schweren Krankheitsverlaufs.

Als nächstes spricht der Autor die Eifersucht an. Hierbei handelt es sich im Rahmen der Psychologie um kein bloßes Gefühl, sondern es ist darunter, gemäß der WUNDTschen Einteilung, eine Mischung aus Spannung, Erregung und Unlust zu verstehen. Aber auch diese Einteilung ist aufgrund der Mannigfaltigkeit der Gefühlsnuancen nicht ausreichend, es gibt Grundgefühle (Schwermut), gegenstandsbezogene Gefühle (Feierlichkeit) und Aktgefühle (Hass). Die Eifersucht passt hier nirgends hinein. Sie enthält Teile des Nicht-teilen-wollens, des Neides und des Egoismus, ferner spielen Unsicherheit, Geltungsdrang und Eitelkeit eine Rolle. Insgesamt ist die Eifersucht sehr unspezifisch. Dies gilt auch, wenn die Eifersucht durch übermäßige Steigerung eines dieser Teilgefühle psychopathisch wird. In einem solchen Fall kommt es dann zu abnormen Gedanken, die Zwangsideen ähnlich sind. Dies geht soweit, dass der Betroffene nicht aus einer realen Situation reagiert,

sondern vielmehr aus dem Gedanken an diese Situation (z.B. Untreue), was wiederum bis zum Wahn führen kann. In allen drei Fällen (Situationseifersucht, Zwangsidee, Wahn) handelt es sich bei der Eifersucht vielmehr um eine Idee als um ein Gefühl, auch wenn diese Idee von normalen Gefühlen begleitet wird. Bei Schizophrenen kommt der Eifersuchtwahn kaum isoliert vor, bei Alkoholikern scheint er zunächst das einzige Symptom zu sein. Doch bei genauerem Hinsehen fällt auf, dass diese Alkoholiker sich schon in einem fortgeschritten Stadium befinden, und sich die Eifersucht oft nur in einen Verfolgungswahn einfärbt oder durch Halluzinationen ausgelöst wird. Bei Eifersuchtwahnkranken muss man ernstlich erwägen, ob diese als partiell oder vollständig geschäftsunfähig angesehen werden müssen, wobei eine partielle Geschäftsunfähigkeit nur in Betracht kommt, wenn der Wahn allein auf die Eifersucht beschränkt ist. Hierzu weist der Autor auf eine Entscheidung des Reichsgerichtes vom 15.12.1939 hin, die in mehreren Hinsichten interessant ist. Diese wiederholt die These, dass die ärztliche Diagnose für die richterliche Entscheidung unwichtig ist, da Krankheitsprozess und Psychopathie regelmäßig auseinander fallen. Es ist nicht akzeptabel, bei jedem Psychopathen mit abnormen Affekten oder psychopathischen Symptomen eine Geschäftsunfähigkeit anzunehmen. Aber genauso lässt sich der Text des Reichsgerichtes interpretieren. Die Folge wäre, dass sich jeder „unbeherrschbare“ Psychopath in die Geschäfts- oder Unzurechnungsfähigkeit retten könnte. Das Reichsgericht traf hier zum wiederholten Male eine Entscheidung, welche entgegengesetzt zu den Ansichten des Sachverständigen lag. Im vorliegenden Fall hat das Reichsgericht den Begriff der krankhaften Störung in § 104 Nr.2 BGB weiter ausgelegt als in § 6 I BGB. Dies ist kaum verständlich, in beiden Fällen kommt das Wort „krank“ vor, und in beiden Fällen legt kein Sachverständiger diesen Begriff ärztlich aus, vielmehr handelt es sich für ihn hier um irgendwelche Störungen. Die Geschäftsunfähigkeit ist sachlich gesehen nur bei einer höheren Störung zu verstehen, und somit kann der Begriff des § 104 BGB kaum weiter sein als der des § 6 BGB der Geisteskrankheit. Auch der Verweis auf § 105 bezüglich einer vorübergehenden Störung, die leichter sei als eine dauerhafte, ist unverständlich. Somit ist auch dieser Versuch des Reichsgerichtes, die Geschäftsunfähigkeit zu definieren, gescheitert. Es fehlt, laut dem Autor, wieder einmal die Beurteilung der Gesamtsituation der Betroffenen (Antriebe, Motive), deren einzelne Komponenten oftmals nichts mit der Geisteskrankheit zu tun haben.

Zuletzt weist GRUHLE daraufhin, dass eine Geschäftsunfähigkeit nicht immer mit einer Zurechnungsunfähigkeit gleichzusetzen ist. Dies gelte auch im partiellen Bereich. Aufgrund von § 51 StGB, der die Einsichtsfähigkeit erwähnt, wird die partielle Zurechnungsfähigkeit in Zukunft viel öfters angenommen werden müssen. In Fällen des Eifersuchtswahns ist bei vorliegender partiellen Geschäftsunfähigkeit meistens jedoch keine partielle Zurechnungsunfähigkeit anzunehmen, die Behauptung, die Einsicht einer Straftat selbst sei vorhanden, aber die Fähigkeit, nach dieser Einsicht zu handeln, fehle jedoch, wird sich nicht beweisen lassen.

Auch hier ist die Diagnose nur für den Sachverständigen relevant, im Falle der Schizophrenie ist eine Zurechnungsfähigkeit abzulehnen, im Falle eines reinen Wahns nur unter bestimmten Voraussetzungen.

2.3.5.3 Vergleich

Zur partiellen Geschäfts- und Schuldunfähigkeit siehe Allgemeiner Teil „Zurechnungsfähigkeit und Geschäftsunfähigkeit.“ Die hier angesprochene Eifersucht zählt zu den wahnhaften Störungen. Diese unterliegen der partiellen Geschäftsunfähigkeit, wenn der Wahn sich auf das betroffene Rechtsgeschäft bezieht.³⁶ Beim Eifersuchtswahn wird die partielle Geschäftsunfähigkeit in allen die Ehe betreffenden Angelegenheiten angenommen.

Ob bei einer Eifersuchtstat letztendlich eine verminderte Schuldfähigkeit oder eine Schuldunfähigkeit vorliegt, entscheidet sich aus der Ausprägung der selbigen und dem Grad der Wahnbildung.³⁷ Zusammenfassend fällt auf, dass die von GRUHLE gemachten Aussagen und Ansichten bezüglich der notwendigen verstärkten Anwendung der partiellen Geschäfts und Zurechnungsfähigkeit, zu Ungunsten der Geschäfts- und Zurechnungsunfähigkeit, sich in der heutigen Praxis widerspiegeln.

³⁶ Venzlaff S. 434.

³⁷ Venzlaff S. 226, S. 231.

2.3.6 Gruhle, H. W.: Tat und Zurechnungsfähigkeit, Geschäft und Geschäftsfähigkeit

Hans W. Gruhle, Weissenau

Der Nervenarzt, 1942, S. 164-166

2.3.6.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Es werden hypothetische Fälle beschrieben, in denen eine Zurechnungs- oder Geschäftsunfähigkeit vorliegen könnte. Diese werden zum einen mit den Ansichten von SCHELLWORTH beurteilt, zum anderen von GRUHLE selbst. Dies führt dem Autor nach zu dem Ergebnis, dass die Auffassungen von SCHELLWORTH abzulehnen sind. Im Vergleich zeigt sich, dass sich GRUHLEs Meinung durchgesetzt hat.

2.3.6.2 Artikelbeschreibung

Hauptteil

Zu Beginn seines Artikels weist GRUHLE darauf hin, dass es ratsam sei, bei der Beurteilung eines Täters dessen seelische Verfassung im Rahmen seiner gesamten Persönlichkeit zu betrachten, und hierbei die Tat selbst nicht zu beachten. Ansonsten bestehe die Gefahr, die wahren Motive eines Täters zu verkennen. Als Beispiel führt der Autor hier die Ermordung einer Pflegemutter durch einen unauffälligen Familienvater an, die zunächst unverständlich erscheint. Eine genauere Betrachtung brachte dann einen in der Kindheit begründeten Hass zu Tage (Geiz, Vernachlässigung usw.), wodurch das Unverständnis beseitigt und eine Handlung im Affekt offengelegt wurde.

Bei Rauschtagen geben Täter oft einen Gedächtnisverlust an, ferner eine eigene Fassungslosigkeit bezüglich der Tat. Ein vorschnelles Akzeptieren dieser Aussage wäre hier fatal. Nur eine „Erforschung“ der gesamten Persönlichkeit und der Umstände lassen eine Beurteilung der Glaubwürdigkeit zu. Selbiges gilt auch bei der Beurteilung von Geschäfts- und Testierfähigkeit. Oftmals spielen Hass und Rache eine Rolle, bei senilen Menschen auch der Einfluss von Vertrauten, die auch die Geschäfte einer Person komplett, für Außenstehende nicht sichtbar, führen können.

Es ist demnach nötig, alle geführten Rechtsgeschäfte insgesamt zu betrachten. SCHELLWORTH sagt dazu, dass ein angefochtenes Rechtsgeschäft ohne Hinweise auf eine Geschäftsunfähigkeit nicht die spätere Annahme der Geschäftsunfähigkeit begründen würde. Dieser Ansicht widerspricht GRUHLE, es gibt genügend Krankheiten und Beispiele, bei denen das Testament formal und gedanklich richtig war, obwohl die verfassende Person nicht als geschäftsfähig anzusehen ist, z.B. bei präsenilem Verfolgungswahn oder einer simplen Verwechslung bei Senilität. Zeugenaussagen über Geisteszustände von älteren Personen sind oft widersprüchlich, dies ergibt sich schon aus den Gesprächsthemen. Ein Senilität fällt bei allgemeinen Themen wie dem Wetter kaum auf, bei Themen, die ein höheres Verständnis erfordern, ist sie dagegen deutlich erkennbar. SCHELLWORTH behauptet weiter, dass der gesetzlich geforderte Beweis der Geschäftsunfähigkeit sich nur aus angefochtenen Rechtsgeschäften und ihren Motiven selbst entnehmen lasse. Auch hier widerspricht ihm der Autor, er ist der Meinung, dass diese Rechtsgeschäfte, aufgrund des zuvor von ihm Gesagten, gerade keinen Anhaltspunkt für eine Geschäftsfähigkeit liefern können. Der geforderte Beweis kann nur in umfassenden Materialsammlungen bestehen, wie zusätzliche Zeugenvernehmungen aus dem erweiterten Bekanntenkreis, die vom Ausgang des Rechtsstreites unberührt bleiben, z.B. Bedienstete oder Stammtischfreunde. Sollten hierbei Fälle von geistigen Erkrankungen aufgezeigt werden, so ist eine Geschäftsunfähigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, welche den Anforderungen des Reichsgerichtes genügt. Auf die Rechtsgeschäfte der zu beurteilenden Person selbst, wie auch auf die Aussagen der Angehörigen, ist hierbei nach Möglichkeit so wenig wie möglich einzugehen.

Ergebnis

Die Auffassungen von SCHELLWORTH bezüglich der Geschäftsunfähigkeit sind abzulehnen, nicht die Geschäftspraktiken einer Person beweisen eine Geschäftsfähigkeit, vielmehr ist diese aus der Betrachtung der gesamten Persönlichkeit anhand unabhängiger Zeugenaussagen über das praktische Leben dieser Person zu schließen.

2.3.6.3 Vergleich

Die Ansicht von GRUHLE, bei Beurteilung der Geschäftsunfähigkeit auf die Person als Ganzes abzustellen, und nicht nur den Teilaspekt des Geschäftslebens zu betrachten, wird heute bereits angewandt, nur so ist der erforderliche hohe Grad an Wahrscheinlichkeit, der nötig ist, um eine entsprechende Aussage machen zu können, zu erreichen.³⁸ Selbiges lässt sich auch im Rahmen der Schuldunfähigkeit sagen, auch hier ist der Täter als Ganzes, nicht nur die Tat zu beurteilen.³⁹ vgl. Allgemeiner Teil „Zurechnungsfähigkeit und Geschäftsunfähigkeit.“

2.3.7 Zusammenfassung

In allen fünf Artikeln geht es um die zentrale Frage der Zurechnungsfähigkeit, heute Schuldunfähigkeit, das heißt ob eine Person strafrechtlich für ihr Handeln verantwortlich gemacht werden kann. GRUHLE erweitert in seinen allgemein gehalten Themen diesen strafrechtlichen Aspekt mit dem zivilrechtlichen Pendant der Geschäftsunfähigkeit. Es fällt auf, dass im Vergleich alle Artikel in der heutigen Zeit höchstwahrscheinlich zu dem selben Ergebnissen führen würden, wobei der Artikel von PETERS hierbei vorsichtig zu bewerten ist, da hier eine anatomische Untersuchung als Grundlage diente, die, wie der Autor selbst erwähnt, nichts über die tatsächliche psychische Veränderungen eines Menschen aussagt. Die Aussage von PETERS findet in der heutigen Zeit Umsetzung. Zu den Artikeln von GRUHLE ist noch zu bemerken, dass die Aussagen aus beiden Artikeln heute noch in dieser Weise in Bezug auf die Schuld- und Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise die partiellen Formen, zur Anwendung kommen. Insgesamt zeigen alle fünf Artikel einen Umgang mit der Frage der Zurechnungsfähigkeit, der größtenteils identisch mit dem bezüglich der Schuldunfähigkeit heute ist. Als Erklärung dafür kann neben dem Umstand, dass hier grundlegende Ideen dargestellt wurden, auch die Tatsache sein, dass das Gesetz in vielen Punkten gleich geblieben ist, beziehungsweise dass aus medizinischer Sicht nur die Begriffe geändert wurden.

³⁸ Venzlaff S. 433.

³⁹ Venzlaff S. 70.

2.4. Entmündigung

2.4.1. Allgemeiner Teil

Die Entmündigung ist in Deutschland durch die Betreuung ersetzt worden. Gesetzlich ist das Betreuungssystem in den §§ 1896 ff. BGB geregelt. An die Betreuung sind sowohl allgemeine als auch medizinische Voraussetzungen geknüpft. Zunächst muss eine psychische Krankheit beziehungsweise eine körperliche, seelische oder geistige Behinderung vorliegen, die eine Geschäftsunfähigkeit bedingen kann.⁴⁰ Anschließend ist zu prüfen, ob diese Beeinträchtigung dazu führt, dass die betroffene Person ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst regeln kann.⁴¹ Da das Betreuungsrecht den Zweck verfolgt, dem Betreuten soviel Autonomie zu lassen wie möglich,⁴² ist nun der Bereich abzugrenzen, in dem die Betreuung erforderlich ist, der sogenannte Erforderlichkeitsgrundsatz,⁴³ In diesen Bereichen ist dann regelmäßig eine Geschäftsunfähigkeit anzunehmen. Nur unter diesen Voraussetzungen ist eine Betreuung rechtlich zulässig. Hierbei ist noch zu beachten, dass die Betreuung subsidiär ist, das heißt, dass eine Betreuung nicht notwendig ist, wenn ein Bevollmächtigter oder andere Hilfspersonen ohne gesetzliche Vertretung die Angelegenheiten der betroffenen Person genauso gut erledigen können wie ein Betreuer.⁴⁴

⁴⁰ Venzlaff S. 367.

⁴¹ Venzlaff S. 367.

⁴² Venzlaff S. 367.

⁴³ Venzlaff S. 369.

⁴⁴ Venzlaff S. 369.

2.4.2 Binswanger,L.: Entmündigungsgutachten

L. Binswanger, Kreuzlingen (Schweiz)

Der Nervenarzt, 1935, S. 470-478

2.4.2.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Es wird der Fall einer 66-jährigen Frau beschrieben, die an einer postapoplektischen Demenz leidet, und deren Ehemann sich um alle ihre Geschäfte kümmert. Es stellt sich hier die Frage, ob die Frau nun entmündigt werden soll. Hierzu werden die Untersuchungsergebnisse der Frau gutachterlich dargestellt. Diese führen zu dem Schluss, dass die Frau geschäftsunfähig ist. Die Entscheidung, wie mit diesem Ergebnis umzugehen ist, liegt letztendlich beim Gericht, welches in letzter Instanz einen Vormund bestellte. Der Vergleich zeigt, dass die Beurteilung des Falles heute höchstwahrscheinlich genauso ausfallen würde, jedoch wegen des Ehemannes auf eine Betreuung wahrscheinlich verzichtet werden würde.

2.4.2.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

Der beschriebene Fall behandelt eine 66jährige, kinderlose Frau, die an postapoplektischer Demenz mit motorischer Aphasie und Hemiplegie erkrankt ist. Durch Übung ist es ihr möglich, einige Worte und einfache Sätze zu schreiben. Hier stellt sich die Frage, ob eine Entmündigungsbedürftigkeit durch einen ver- und fürsorgenden Ehemann aufgehoben wird. Im vorliegenden Fall ist das Ehepaar kinderlos, es besteht keine Gütertrennung, und die Erben der Frau lehnen eine Entmündigung ab. Es ist zu erwarten, dass der Streit durch alle drei schweizerischen Instanzen gehen wird. Die Patientin erlitt im Zeitraum 1930 – 1933 drei Schlaganfälle mit den oben genannten Defiziten. Der Arzt hielt jedoch eine Entmündigung bei vorhandenem Gedächtnis nicht für notwendig. Am 27.11.1933 teile der Bezirksarzt dem Waisenamt (Vormundschaftsbehörde) nach einer Untersuchung der Patientin mit, dass diese ohne ihren Mann nicht mehr fähig sei, ihre Angelegenheiten zu regeln. Diese werden durch den Mann beanstandungslos erledigt, ohne ihn müsste die Frau gemäß Art. 369 ZGB einem Vormund wegen Geistesschwäche unterstellt

werden. Das angerufene Bezirksgericht veranlasste daraufhin ein Obergutachten, welches am 07.06.1934 von BINSWANGER abgeben wurde.

Hauptteil

In der Vorgeschichte erwähnt BINSWANGER zu den drei Schlaganfällen, dass bei keinem eine Bewusstlosigkeit aufgetreten war, danach fiel jedoch eine Reizbarkeit auf. Bei seiner ersten eigenen Beobachtung stellte BINSWANGER fest, dass die Patientin ihn gut verstand, jedoch fast nicht sprechen und schreiben konnte. Die Patientin war nicht gereizt. Bei der zweiten Untersuchung war die sie ebenfalls nicht gereizt. Die neurologische Untersuchung ergab eine zentrale Schädigung des rechten Gesichtsnervs, der rechte Arm ist fast völlig gelähmt, das rechte Bein ist weniger schwer betroffen, die Patientin kann mit Führung noch gehen, Babinski rechts positiv, die Sensibilität ist normal. Bei der Untersuchung der Sprache zeigt sich ein völlig erhaltenes akustisches und optisches Sprachverständnis. Beim Sprechen zeigt sich eine rein motorische Aphasie. Die geschriebenen Sätze weisen auf einen Abbau des geistigen Sprachvermögens hin. Es zeigt sich beim Schreiben keine Spontaneität, aber auch keine sinnlosen Wiederholungen von einzelnen Wörtern (Perseveration). Denken und Intelligenz sind bei der Patientin eingeschränkt, es handelt sich nicht nur um eine bloße Hemmung der Sprachfähigkeit, dieses lässt die eingeschränkte Mimik und die Antriebslosigkeit erkennen. Das Gedächtnis und das Wissen (Rechnen, Allgemeinwissen) sind fast vollständig erhalten. Auf die Frage, warum der Untersucher sie besuche, gibt die Patientin eine ungenaue Antwort, woraus sich schließen lässt, dass die Auffassungsgabe stark eingeschränkt ist. Es ist ihr offenbar nicht klar, welche Tragweite eine Entmündigung für sie hätte. Ähnlich gestört zeigt sich die Auffassungsgabe bei dem Betrachten von Bildern, bei denen sie nur einfache Züge erkennt, nicht jedoch das Bild erfassen kann. Aus einer Untersuchung mit Bildserien ergibt sich, dass die geistige Kombinationsfähigkeit der Patientin hochgradig gestört ist. Insgesamt entspricht die Klinik einer erworbenen Demenz, eine weitere Prüfung von höheren geistigen Leistungen ist hier völlig sinnlos. Zwar weckt die Patientin zeitweilig den Anschein, diese noch zu besitzen, jedoch handelt es sich hierbei um „erlernte“ Gedankengänge, mit neuen Situationen kommt die Patientin nicht mehr zurecht. Dadurch wird sie ferner für Suggestionen ihrer näheren Umgebung anfällig, Kritik ist von ihr bei fehlendem Antrieb nicht zu erwarten.

Eine dritte Untersuchung wurde allein zu dem Zweck durchgeführt, die Lebenssituation hinsichtlich der Vormundschaft zu beurteilen. Bei dieser Untersuchung ist die Probandin lebhafter und teilnahmsvoller, die „Persönlichkeit“ scheint in gewissem Maße erhalten zu sein, was über die Schwere der Demenz hinwegtäuscht. Insgesamt ergibt sich, dass die Patientin keine Vormundschaft wünscht, die Tragweite ihres Wunsches allerdings nicht erkennt. Zuletzt fügt der Autor noch hinzu, dass die Patientin früher schon unkluge Entscheidungen in finanziellen Sachen getroffen hat, was auf eine niedrige Intelligenz in gesunden Tagen hindeutet.

In seiner Beurteilung geht BINSWANGER zunächst auf die Schlaganfälle ein. Die geistigen Störungen entsprechen der gestellten Diagnose: postapoplektische Demenz. Typisch hierfür die Erhaltung des „Kerns der Persönlichkeit,“ welche bei Hirnarteriosklerose auftritt. Dafür spricht auch die noch vorhandene Merkfähigkeit. Über die Prognose kann man hier wenig sagen, diese hängt von weiteren Schlaganfällen und anderen Krankheiten, wie z.B. der senilen Demenz ab, welche noch hinzutreten könnten. Es ist jedoch sicher, dass weder in körperlicher noch geistiger Hinsicht eine Besserung zu erwarten ist. Die Diagnose der Demenz stützt sich auf die dargelegten Auffassungs- und Weiterverarbeitungsstörungen. Dazu tritt noch die geistige Antriebslosigkeit, welche die geistige Gesamtproduktion massiv vermindert, auf. Es ist demnach nicht vertretbar, wie an anderer Stelle mehrfach behauptet, dass die Patientin lediglich an einer isolierten motorischen Aphasie leide, vielmehr sind hier auch die geistigen Fähigkeiten stark beeinträchtigt. Dies lässt sich durch die erhaltenen schriftlichen Fähigkeiten beweisen. Die geistigen Fähigkeiten der Patientin sind auf geradezu reflexartige Handlungen reduziert, die selbstständige Bildung und Verarbeitung von Gedanken ist fast nicht mehr vorhanden. Sie kann zwar noch „gefühlsmäßige Stellungnahmen“ abgeben, begründen kann sie diese jedoch nicht mehr. BINSWANGER kommt zu dem Ergebnis, dass die Erkrankte nicht in der Lage ist, ihre Lebenssituation einzuschätzen, und als geistig völlig hilflos angesehen werden muss. Somit ist sie mehr fähig, ihre Angelegenheiten i.S.d. Art. 369 ZGB zu regeln.

Der Autor weist noch daraufhin, dass die Konsequenz aus dieser Erkenntnis allein bei den Gerichten liegt, es ist jedoch zu bedenken, dass die Gefahr besteht, dass die Patientin finanziell ausgenutzt werden könnte, zum einen nach dem Ableben des Mannes, zum anderen durch den Mann bei einer Trennung (z.B. Spitalaufenthalt).

Andererseits stellt die Bevormundung eine Härte dar, die zu einer Krise bei der Patientin führen könnte. BINSWANGER empfiehlt daher eine Beiratschaft i.S.d.

Art 395 ZGB in Erwägung zu ziehen.

Nachtrag

Das Bezirksgericht stellte die Patientin am 13.07.1934 unter Beiratschaft. Das kantonale Obergericht lehnte dies in der Berufung ab. Diese Entscheidung hob das Bundesgericht unter dem Verweis auf ein Urteil aus dem Jahre 1924 auf, in dem entschieden wurde, dass bei Geisteskrankheit immer ein Vormund zu bestellen sei. Dies kann hier der Ehemann sein, und an der bestehenden Situation würde sich kaum etwas ändern. Allerdings untersteht der Ehemann dann als Vormund der Vormundschaftsbehörde, so dass hier eine Kontrolle stattfinden kann.

2.4.2.3 Vergleich

Die hier von BINSWANGER gestellte Diagnose der postapoplektischen Demenz fällt heute unter die Bezeichnung Multiinfarkt-Demenz.⁴⁵ Die Beurteilung, ob ein Patient noch geschäftsfähig ist oder nicht, hängt von der Ausprägung der Symptome ab und von deren Wirkung im Alltag.⁴⁶ Im vorliegenden Fall hatte die Patientin schwerwiegende intellektuelle Einbußen erlitten, verbunden mit neurologischen Ausfällen, die eine Willensbekundung noch zusätzlich erschwerten. So gesehen war sie nicht mehr fähig, ihre Alltagsgeschäfte zu führen. Es ist demnach im vorliegenden Fall auch nach den heutzutage angewandten Beurteilungskriterien bei vorliegenden allgemeinen und medizinischen Voraussetzungen von einer Geschäftsunfähigkeit auszugehen. Aufgrund der Subsidiarität der Betreuung würde in Deutschland hier eine Betreuung wegen der Erledigungen der Angelegenheiten der Patientin durch den Ehemann höchstwahrscheinlich in diversen Bereichen nicht erforderlich sein.

[Die gesetzlichen Voraussetzung in der Schweiz sind nach wie vor die selben wie 1933. Der Art. 369 ZGB regelt die Entmündigung, der Art. 395 ZGB die Beiratschaft. Wenn die Voraussetzungen für den Art. 369 ZGB vorliegen, besteht dafür eine behördliche Meldepflicht. Die Beiratschaft nach Art. 395 ZGB dagegen, spielt nur eine untergeordnete Rolle und kann von Amtswegen oder auf eigenen Wunsch ohne ein Sachverständigengutachten angeordnet werden. Ein Betreuungssystem wie in

⁴⁵ Venzlaff S.143.

⁴⁶ Venzlaff S. 366f.

Deutschland, wo die Entmündigung abgeschafft wurde, gibt es in der Schweiz nicht.⁴⁷ Zusammenfassend ergibt der Vergleich des Artikels mit der heutigen Zeit, dass der Sachverhalt in der Schweiz heute aufgrund der identischen Gesetzeslage noch genauso entschieden werden würde wie 1933.]

⁴⁷ Venzlaff S. 600f.

2.5. Ehetauglichkeit

2.5.1. Allgemeiner Teil

Den Begriff der Ehetauglichkeit gibt es heute im BGB nicht mehr, vergleichbar sind hiermit im weitesten Sinne die Ehefähigkeit sowie die Eheverbote. Die Ehefähigkeit richtet sich einerseits nach dem Alter, § 1303 BGB, der die „Ehetauglichkeit“ erst ab 18 Jahren zugesteht, wobei eine Eheschließung mit 16 Jahren auf Antrag im Rahmen der § 1303 Abs. 2-4 BGB möglich ist. Die Voraussetzung der Geschäftsfähigkeit ergibt sich aus § 1304 BGB, wobei bei Geschäftsunfähigkeit auch keine „Ehetauglichkeit“ vorliegt. Die Geschäftsunfähigkeit richtet sich nach § 104 im Allgemeinen Teil des BGB. Neben diesen Vorschriften sind noch die Eheverbote der §§ 1306-1308 BGB (Doppelehe, Verwandtschaft, Annahme als Kind) einschlägig.⁴⁸

⁴⁸ Palandt, O.: Bürgerliches Gesetzbuch, 64. Auflage, 2005, Diedrichsen, § 1303 ff.

2.5.2 Becker, P. E.: Ein Beitrag zur psychiatrischen Begutachtung der Ehetauglichkeit (Ein Gutachten)

P. E. Becker, Psychiatrische und Nervenlinik Freiburg i. Br.

Direktor: Dr. K. Beringer

Der Nervenarzt, 1939, S. 250-252

2.5.2.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Einleitend wird auf die Relevanz der Erbprognose bei der Eheschließung hingewiesen. Dies wird im Hauptteil anhand des Falles eines 28-jährigen, der familiär mit Schizophrenie, Epilepsie und Depression belastet ist, dargestellt. Im Ergebnis zeigt sich jedoch, dass die Erkrankungswahrscheinlichkeit des Probanden unwesentlich höher ist als die der Durchschnittsbevölkerung und er damit ehetauglich ist. Der Vergleich ist hier nicht mehr möglich, das entsprechende Gesetz besteht heute nicht mehr. Die angegebenen Zahlen sind heute nicht mehr aktuell, die Prävalenzen werden heute höher angesetzt.

2.5.2.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

Der Autor verweist zu Beginn seiner Ausführungen auf die Wichtigkeit von empirischen Daten der Erbprognoseforschung zur psychiatrischen Eheberatung und Beurteilung der Ehetauglichkeit, vor allem, weil bei vielen psychiatrischen Erkrankungen (wie Schizophrenien und Epilepsien) der Erbgang noch weitgehend ungeklärt ist.

Hauptteil

Der Proband E.F., 28 Jahre, ist gesund und liefert keinen Anhalt für eine Eheuntauglichkeit nach dem Erbgesundheitsgesetz vom 18.10.1935. Psychiatrisch ist der Patient unauffällig, die Intelligenz ist normal, die Vorgeschichte ist leer. Der Patient arbeitet beim Reichsarbeitsdienst (Unterfeldmeister) und ist geistig gefordert. Die Eltern sind gesund und nicht blutsverwandt. Er hat einen 22 Jahre alten gesunden Bruder und eine 8jährige Schwester, die seit dem zweiten Lebensjahr an

generalisierten epileptischen Anfällen mit Bewusstlosigkeit leidet, und deren Ursache unklar ist, genuin ist anzunehmen. Ein Bruder des Vater litt an Depressionen (wahrscheinlich manisch-depressiv) und beging Selbstmord. Die Großmutter väterlicherseits war sechs Jahre mit der Diagnose „Paranoia hallucinatoria“ in einer Anstalt, wahrscheinlich lag eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis vor.

Es soll nun die Größe der Wahrscheinlichkeit des Probanden und seiner möglichen Kinder, an einer dieser drei psychiatrischen Erbkrankheiten zu erkranken, bestimmt werden. Zunächst geht BECKER auf die Wahrscheinlichkeit für den Probanden selbst ein. Für die genuine Epilepsie beträgt sie bei einem erkrankten Geschwisteranteil 4,1% gegenüber der Durchschnittsbevölkerung mit 0,3%, der Proband hat aber mit seinen 28 Jahren nur einen Bruchteil dieses Wertes als relatives Risiko. Das gleiche gilt auch für die Belastung großmütterlicherseits. Unter der Annahme, dass es sich hierbei um eine Schizophrenie handelt, beträgt die Erkrankungswahrscheinlichkeit 1,8%, gegenüber 0,8% beim Durchschnittsbürger. Angesichts des Alters des Probanden dürfte die Wahrscheinlichkeit hier jedoch nicht höher als beim Durchschnittsindividuum sein. Im Falle, dass die Großmutter an einer manisch-depressiven Erkrankung gelitten hat, lägen die Dinge ähnlich, ferner gibt es hierfür keine empirischen Daten. In Bezug auf den erkrankten Onkel, für den ungünstigsten Fall des manisch-depressiven Irreseins, beträgt die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung 2,4%, gegenüber 0,44% bei unbelasteten Personen. Aber auch hier reduziert das Alter des Probanden die Wahrscheinlichkeit auf die des Durchschnittsbürgers. Zusammenfassend stellt der Autor fest, dass die Wahrscheinlichkeiten für Erkrankungen im ungünstigsten Fall, genuine Epilepsie, Schizophrenie und manisch-depressives Irresein aufgrund der Überschreitung des Gefährdungsalters nicht höher sind als beim Normalbürger.

Nun stellt sich noch die Frage der Erkrankungswahrscheinlichkeit für jedes der möglichen Kinder des F. mit einer sicher erbgesunden Frau, was laut F. der Fall ist. Ferner ist hierbei zu beachten, dass der Proband selbst nicht erkrankt ist. Die Kinder hätten eine Tante mit genuiner Epilepsie, womit sie ein Erkrankungsrisiko von 1,3% hätten, gegenüber von 0,3% der Durchschnittsbevölkerung. Dazu kommt noch die manisch-depressive Erkrankung des Onkels. Dafür liegen wiederum keine empirischen Zahlen vor, sie dürften jedoch nur unerheblich von denen des Durchschnittsbürger abweichen. Das gleiche gilt für die Schizophrenie der

Urgroßmutter. Somit ergibt sich laut BECKER unter den oben genannten Voraussetzungen, dass die Erkrankungswahrscheinlichkeiten insgesamt unwesentlich höher sind als bei der Durchschnittsbevölkerung.

Ergebnis

Insgesamt beantwortet der Autor die an ihn herangetragene Frage wie folgt: Der Proband F. ist möglicherweise mit Schizophrenie, manisch-depressiven Irreseins und genuiner Epilepsie vorbelastet. Unter dieser Annahme hätte er ein erheblich erhöhtes Erkrankungsrisiko, wenn er vor dem Erkrankungsalter stehen würde. Da dies nicht der Fall ist, ist sein Risiko nur unwesentlich gegenüber dem Normalindividuum erhöht, und die Heiraterlaubnis kann ihm aus diesem Grunde nicht versagt werden. Für seine Kinder ergibt sich unter der Voraussetzung, dass der Proband selbst gesund bleibt und die Frau erbgesund ist, nur ein unwesentlich erhöhtes Risiko, an einer der genannten Krankheiten zu erkranken. Jedoch kann eine Beurteilung der Ehetauglichkeit laut BECKER nicht nur von der negativen Seite erfolgen, auch die positiven Aspekte müssen hier zum Tragen kommen. Sowohl die Intelligenz des F., seine Bewährung beim Reicharbeitsdienst und das soziale Niveau der Familie des Probanden lassen auf psychische Anlagen schließen, welche nicht unter dem Durchschnitt liegen. Somit kommt der Autor hier zu dem Ergebnis, dass der Proband ehetauglich ist.

2.5.2.3 Vergleich

Ein derartiges Gutachten kann mit der heutigen Zeit nicht mehr verglichen werden. Die Frage nach der Ehetauglichkeit, wie sie das Erbgesundheitsgesetz von 1935 erforderte, stellt sich nach dem Wegfall dieses Gesetzes nicht mehr. Die heutigen Voraussetzungen einer Eheschließung sind dem Allgemeinen Teil zu „Ehetauglichkeit“ zu entnehmen. Zu den von BECKER vorgelegten Zahlen ist zu bemerken, dass bei der Schizophrenie eine Prävalenz von 9,5 auf 1000 das heißt ca. 1%,⁴⁹ bei der Manie eine von 0,6– 1,1%⁵⁰ und bei der Epilepsie eine Prävalenz von 0,5%⁵¹ geschätzt wird. Diese Zahlen sind etwas höher als die vom Autor angewandten, was sich mit der längeren Beobachtungsdauer erklärt. Mit diesen

⁴⁹ Venzlaff S. 114.

⁵⁰ Venzlaff S. 128.

⁵¹ Venzlaff S. 155.

Zahlen wäre die Beurteilung des Proband bezüglich des Erkrankungsrisiko durch BECKER noch „etwas besser“ ausgefallen.

2.6. Eheanfechtung

2.6.1. Allgemeiner Teil

Die Eheanfechtung gemäß dem BGB ist im Jahre 1938 aufgehoben worden und seitdem nicht wieder in gleicher oder ähnlicher Form eingefügt worden. Ein Vergleich kann hier nur mit der Eheaufhebung nach den §§ 1313 ff BGB erfolgen. Der Wortlaut des § 1314 Abs. 2 Nr. 3 BGB ist dem des aufgehobenen § 1333 BGB ähnlich, allerdings ist hier eine arglistige Täuschung, die zu einem „Irrtum“ führte notwendig, wohingegen bei dem nicht mehr gültigen § 1333 BGB nur ein einfacher Irrtum Voraussetzung war.

Bei der heutigen Eheaufhebung ist im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung die Geschäftsunfähigkeit nach den § 1313 I i.V.m. § 1304 und § 1313 II Nr.1 BGB interessant. Definiert ist die Geschäftsunfähigkeit weiterhin in § 104 BGB, in Bezug auf Geisteskrankheiten in § 104 II. Nach den heutigen Maßstäben ist aus medizinischer Sicht einzig und allein die Geschäftsfähigkeit zum Zeitpunkt der Eheschließung interessant.⁵² Andere medizinische Umstände wie zum Beispiel die Veranlagung zu einer Krankheit ist nur von Bedeutung, wenn der andere Ehegatte vor der Eheschließung darüber arglistig getäuscht wurde, § 1314 II Nr. 2 BGB, siehe oben. Dies ist dann jedoch kein medizinisch zu beantwortendes Problem.

Grundsätzlich fällt auf, dass der § 1333 BGB (aufgehoben) auf die Nichtkenntnis des Ehepartners abstellte, die §§ 1313 ff BGB medizinisch gesehen auf die der Geschäftsfähigkeit des zu beurteilenden Ehepartners zum Zeitpunkt der Eheschließung.

Anhang⁵³

§ 1333 BGB: Eheanfechtung (aufgehoben durch § 84 EheG im Jahre 1938)

Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden, der sich bei der Eheschließung in der Person des anderen Ehegatten oder über solche persönlichen Eigenschaften des anderen Ehegatten geirrt hat, die ihn bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden.

⁵² Venzlaff S. 397.

⁵³ BGB, 35. Auflage Beck, 1936.

2.6.2 Hoche, A.: Die Frage der Veranlagung zur Geisteskrankheit als Eheanfechtungsgrund (§1333 BGB)

Prof. Dr. Alfred Hoche, Freiburg

Der Nervenarzt, 1932, S. 575-579

2.6.2.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Es soll die Frage beantwortet werden, ob bei Frau R. bei der Eheschließung die Veranlagung zu einer Geisteskrankheit vorlag, und ob sie jetzt geisteskrank ist. Hierzu wird eine aktuelle Untersuchung und das vorhandene Aktenmaterial dargestellt. Im Ergebnis zeigt sich, dass Frau R. weder die Veranlagung zu einer Geisteskrankheit hat, noch dass sie nun geisteskrank ist. Im Vergleich wird auf die Aufhebung des § 1333 BGB hingewiesen. Eine heute noch zulässige Eheaufhebung, §§1313ff. BGB wäre anhand des vorliegenden Gutachten ebenfalls nicht denkbar.

2.6.2.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

Der Autor soll in einem Obergutachten Stellung zu zwei Fragen bezüglich des Geisteszustandes der Frau R. nehmen:

1. ob Frau R. bereits bei der Eheschließung, am 24.04.1923, die Veranlagung zu einer Geisteskrankheit hatte und ob diese gegebenenfalls zusammen mit weiteren widrigen Umständen eine Geisteskrankheit auslöste;
2. ob Frau R. jetzt an einer Geisteskrankheit leidet, die eine freie Willensbildung gemäß § 104 Abs.2 BGB ausschließt.

Das Gutachten wurde aufgrund des Aktenmaterials sowie früherer persönlicher Beobachtungen und einer erneuten Untersuchung am 29.06.1932 des Autors erstellt. Diverse Vorgutachten liegen vor. Med.-Rat. Dr. K. diagnostizierte am 02.12.1932 eine erblich bedingte Schizophrenie, die seit dem 01.03.1927 besteht. Zeugenaussagen wertet K. dahingehend, dass bereits 1923 das Verhalten der R. auf eine Geisteskrankheit hingewiesen hat. Hieraus schloss er, dass die Geisteskrankheit bereits bei der Eheschließung bestand. Einwirkungen von außen, angebliche Misshandlungen durch den Ehemann schloss K. aus. Am 18.02.1932 ergänzte K. seine Aussagen dahingehend, dass die Geisteskrankheit der R. auch

ohne jeglichen Einfluss von außen ausgebrochen wäre. Eine Äußerung von Dr. G. am 07.01.1932 beinhaltet, dass die Geisteskrankheit von R. im Vorfeld unerkennbar war. Am 21.04.1932 legte Med.-Rat. Dr. H. ein Gutachten vor, in dem er die Zeugenaussagen als unsachlich bezeichnet, keine Veranlagung zu einer Geisteserkrankung erkennen konnte, und auch keine Einschränkung der Willenäußerung bei R. (gemäß § 104 Abs.2 BGB) sah.

Gutachten

Bei Klinikaufnahme am 3. Mai war Frau R. orientiert und normal aufnahmefähig bezüglich der gestellten Fragen. Sie zeigte vordringlich Beziehungs-, und Beeinträchtigungsideen hinsichtlich ihres Mannes: er behandelt sie schlecht, hat sie 6 Wochen nach der Hochzeit mit ihrer Schwester betrogen (damals 12 Jahre alt), er hat sie mit einer Geschlechtskrankheit angestreckt, der Mann will sie loswerden usw. Dies alles berichtete sie unter Jammern und Wehklagen, jedes Mal wenn diese Ideen hervortraten.

Ein körperliche Untersuchung ergab keinen Anhaltspunkt für eine organische Erkrankung des Zentralnervensystems, auch nicht für eine Syphilis.

Zum damaligen Zeitpunkt stellte HOCHÉ die Diagnose eines paranoiden Zustandes. Über den weiteren Verlauf berichtete dann Med.-Rat. Dr. K.

Die erneute Untersuchung am 29.06.1932 ergab folgendes: Intelligenz normal, Gedächtnis und Gedanken ungestört. Die Wahnideen bestehen nicht mehr, die Patientin sieht sie als krankhafte Phase an, auch von der Geschlechtskrankheitsidee ist sie abgerückt. Sie glaubt jedoch weiterhin, dass ihr Ehemann sie mit der Schwester betrogen habe und dass er ihr schaden wolle. Ihre Zukunft sieht R. in einer Trennung von ihrem Mann, eine Scheidung wünscht sie nicht. Außerhalb der Beziehung zu ihrem Mann zeigt die Patientin kein auffälliges Verhalten. Auch Sinnestäuschungen bestehen nicht.

R. berichtet glaubwürdig, dass sie regelmäßig im Haushalt arbeitet, gut schlafe und ihre Stimmung allgemein ruhig ist.

In der Familie der R. findet sich eine geistesranke Schwester mütterlicherseits, sowie eine geistesranke Tochter einer anderen Schwester mütterlicherseits. Die ehemaligen Arbeitgeber bezeichnen R. als launisch, oberflächlich, eitel und bösartig sowie leicht erregbar. Andere Zeugenaussagen widersprechen dem. Nach ärztlichen Gesichtspunkten ergaben sich laut HOCHÉ vor der Hochzeit keine Anhaltspunkte für

eine Geisteskrankheit. Auch er hält die meisten Zeugenaussagen für nicht wertenswert, und selbst bei einer Würdigung würden die Aussagen noch immer keinen Anhaltspunkt für eine Geisteskrankheit liefern. Auch eine erbliche Belastung sieht er als nicht gegeben, denn es liegt nur eine erhöhte Wahrscheinlichkeit vor, geisteskrank zu werden. Außerdem ist zu wenig über die Erblichkeitsverhältnisse bei Frau R. bekannt.

Ärztlich gesehen folgt demnach, dass Frau R. während ihrer Ehe geisteskrank geworden ist, hierbei handelt es sich um (paranoische) Schizophrenie. Da die Schizophrenie nach heutiger Ansicht ein Sammelbegriff für viele Geisteskrankheiten ist, sind die klinischen Verläufe ebenso vielseitig. Zwar haben viele der Erkrankungen einen schicksalhaften Verlauf, der ist aber nicht Gesetz. Generalisierte Aussagen hinsichtlich des Verlaufes sind nicht möglich, es ist stets der individuelle Fall zu beurteilen. Auch bei R. lässt sich weder genaueres über den Verlauf der Erkrankung bis zum jetzigen Zeitpunkt sagen, noch eine Prognose stellen.

Ergebnis

Frau. R war zum Zeitpunkt der Eheschließung nicht geisteskrank, weder die Zeugenaussagen, noch die vermeintliche erbliche Belastung lassen diesen Schluss zu. Auch dass die Erlebnisse in der Ehe die Psychose direkt ausgelöst haben, ist nicht anzunehmen. Es ist erwiesen, dass psychologische Einflüsse nur sehr geringe Wirkung auf die Entstehung von Geisteskrankheiten haben, diese entwickeln sich aus der inneren Struktur eines Menschen heraus. Es ist natürlich denkbar, dass andauernde körperliche und seelische Misshandlungen den Ausbruch beziehungsweise den Verlauf einer Geisteskrankheit beschleunigen könnten, im vorliegenden Fall ist dies jedoch nicht sicher, da die Beschreibungen der R. fragwürdig und gegebenenfalls nur als generelles feindliches Verhalten zu werten sind. So gesehen ist es unwahrscheinlich, dass der Ehemann für die Entstehung der Geisteskrankheit verantwortlich ist.

Zusammenfassend ergibt sich laut HOCHÉ für die erste Frage, dass bei Frau R. zum Zeitpunkt der Eheschließung keine Veranlagung für eine Geisteskrankheit bestand.

Bezüglich der zweiten Frage äußert sich HOCHÉ folgendermaßen: Für einen Laien ist R. nicht geisteskrank, für medizinischen Sachverständigen ist die Frage nicht eindeutig zu beantworten. Zwar haben sich die Symptome der Erkrankung zurückgebildet, doch es sind noch immer Residuen vorhanden. Fraglich ist hierbei,

ob die verbliebenen Auffassungen krankhafter oder allgemeiner Natur sind. Dies ist schwer zu beurteilen, da die Aussagen der R. größtenteils nicht nachprüfbar sind. Somit bleibt diese Frage offen, und bei objektiver Würdigung des Sachverhaltes kommt HOCHÉ zu dem Schluss, dass Frau R. nicht geisteskrank ist, und ihre Auffassungen und Meinungen aus ihrer Gesamtlebenssituation herrühren. Somit ist Frau R. zu einer freien Willensbildung in der Lage und der § 104 Abs. 2 BGB nicht anwendbar.

2.6.2.3 Vergleich

Ein direkter Vergleich mit der heutigen Zeit ist nach der Aufhebung des § 1333 BGB nicht möglich. Indirekt kann hier jedoch ein Vergleich mit der im BGB geregelten Eheaufhebung erfolgen, §§ 1313 ff. BGB. Überträgt man nun den geschilderten Fall in die heutige Zeit, so ist nach heutigem Recht der Zeitpunkt der Eheschließung ausschlaggebend, hier der 24.04.1923. Aus den Artikeldaten lässt sich entnehmen, dass die Patientin zu diesem Zeitpunkt noch nicht an der Schizophrenie erkrankt war und auch sonst keinerlei Anzeichen einer Geisteskrankheit zeigte, die auf eine Geschäftsunfähigkeit schließen ließen. Zu diesem Ergebnis kommt auch HOCHÉ. Somit wäre eine Eheaufhebung gemäß §§ 1313 ff BGB nach heutigen Gesichtspunkten ausgeschlossen.

2.6.3 v. Baeyer: Gutachten über Eheanfechtung bei einer schizophreieartigen Erkrankung nach Enzephalitis epidemica

Dr. med. v. Baeyer

Der Nervenarzt, 1934, S. 246-251

2.6.3.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Die Auswirkungen von organischen Hirnleiden auf die Entstehung einer Schizophrenie soll betrachtet werden. Hierzu wird der Fall einer psychotischen Frau vorgelegt und anschließend gutachterlich beurteilt. Als Ursache für die geistigen Störungen der Frau wird eine zurückliegende Enzephalitis epidemica ausgemacht. Im Ergebnis wird die Eheanfechtung gemäß § 1333 BGB abgelehnt, abschließend wird noch über die Heilung der Patientin berichtet. Im Vergleich ergibt sich ebenfalls das Problem der Aufhebung des § 1333 BGB, verglichen mit §§ 1313 ff. BGB fehlen für dessen Anwendung hier erneut die notwendigen Voraussetzungen.

2.6.3.2 Artikelbeschreibung

Vorbemerkung

Im vorliegenden Gutachten soll ein Fall praktisch begutachtet werden, dessen Zusammenhänge noch weitgehend unbekannt sind und bis jetzt nur in Kasuistiken beschrieben wurden. Es handelt sich hierbei um die Bedeutung von organischen Hirnleiden bei der Entstehung der Schizophrenie, wie z.B. Hirnschuss oder Enzephalitis. Von Interesse ist auch die Prognose solcher Patienten.

Gutachten

Patientin Frau B., Tochter eines Gärtners, jüngstes von 7 Geschwistern, Tod der Mutter 1925, Bruder des Vaters Gehirnerweichung im Alter, Handelschule, Buchhalterin, Heirat 1926 (kennt Mann seit 1922), kinderlos, seit 10/1930 arbeitslos, erste Zeichen für Geistesstörung 1931. Die Patientin wurde als tüchtig, gewissenhaft, verwöhnt, eigenwillig, gesellig beschrieben, sie war Vegetarierin und bevorzugte Naturheilkunde und war Anhängerin der Mazdaznanlehre. 1920 hatte die Patientin eine Gehirngrippe mit Parese der linken Körperhälfte, Schlafsucht und Kinnwackeln.

Danach bot sie das Bild eines nicht stark ausgeprägten Parkinsonismus, Therapieversuche blieben erfolglos. Die geistigen Fähigkeiten wurden nicht beeinträchtigt. Im Mai 1931 Aufenthalt in einer Mazdaznanheilstätte, im selben Zeitraum glaubte die Patientin schwanger zu sein, im weiteren Verlauf des Jahres nahmen die Eheprobleme von B. infolge ihrer Krankheit zu, erste Probleme gab es bereits 1928. Es kam zu mehreren tätlichen Angriffen der B. auf ihren Mann, unter anderem warf die Patientin ihrem Mann ein außereheliches Verhältnis vor. Vor der Eheberatungsstelle redete B. von ihrem Mann in der dritten Person und warf ihm Lieblosigkeit, Untreue und Misshandlungen vor. Am 28.08.1931 reichte sie eine Ehescheidungsklage ein, welche sie zusätzlich zu den obigen Gründen mit Beischlafverweigerung und Unterhaltsunterlassung begründete, und ihrem Mann die Schuld dafür gab. Ferner berichtete B. noch von einem nicht nachvollziehbaren Autounfall, bei dem sie mit dem Kopf auf das Pflaster aufgeschlagen war und bewusstlos wurde. Während des Scheidungsprozesses kam bei Frau B. eine akute Geistesstörung zum Ausbruch. Sie sendete ein inhaltlich sinnloses Telegramm, erklärte vor Gericht, sie sei eine Hellseherin, hielt eine Zeugin für die Mutter Gottes und wollte Tiere anhand unsinniger Begründungen schützen. Sie wurde in eine Klinik aufgenommen, wo sich ihre religiösen Phantasien fortsetzen, es traten Halluzinosen und Wahnideen auf, ferner sexuelle Enthemmungen. Ihr Parkinsonismus wurde stärker, und sie verharrte lange Zeit zusammengekauert unter einer Decke. Es traten keine nennenswerten neurologischen Störungen auf. Bis zur Entlassung änderte sich ihr Zustand nur wenig. Der Ehemann nahm den Ausbruch der Psychose als Anlass, seine Ehe am 21.10.1932 gemäss § 1333 BGB anzufechten, was er mit einer dauerhaften Geisteskrankheit (1), die erst im Dezember 1932 offenbar geworden sei (2) und als Anlage schon vor der Eheschließung bestand (3), begründete.

Beurteilung

Der Autor verweist darauf, dass vor 1920 keinerlei Anzeichen für eine Geistesstörung vorlagen. 1920 machte die Patientin dann eine gesicherte Enzephalitis epidemica durch, die einen leichten Parkinsonismus, jedoch keine geistigen Beeinträchtigungen zur Folge hatte. Zwischen den Eheleuten selbst bestanden seit 1928 Streitigkeiten, zum Zerwürfnis kam es aber erst im Jahre 1931, indem auch die Geisteskrankheit der B. ausbrach. Ihre seltsamen Lebensansichten sehen zwar aus wie erste Anflüge einer Geisteskrankheit, da ihr Mann aber ähnliche Ansichten hat, und diese einen

sektenartigen Anstrich haben, sind sie nicht als ungewöhnlich anzusehen. Ohne Kenntnis der Vorgeschichte würde v. BAEYER zur Diagnose Schizophrenie kommen, mit typischem katatonen Verlauf. Allerdings hat es sich gezeigt, dass sich solche der Schizophrenie ähnlichen Verläufe auch auf dem Boden verschiedener organischer Gehirnerkrankungen entwickeln können, zu denen auch die Enzephalitis epidemica mit anschließenden Parkinsonismus gehört. Solche Fälle sind selten und stellen somit die Gutachter vor große Probleme, da die Zusammenhänge noch nicht aufgeklärt sind. Es gibt verschiedene Denkmodelle dazu:

1. die Enzephalitis epidemica bedingt die Schizophrenie,
2. die Enzephalitis epidemica und Schizophrenie fallen zusammen und
3. die Enzephalitis epidemica bringt eine Veranlagung zu Schizophrenie zum Ausbruch.

Zunächst bemerkt der Autor, dass der Autounfall nicht zur Schizophrenie geführt haben dürfte, da diese bei der Patientin nicht dem traumatischen Typ entspricht. Zu denen vom Ehemann aufgestellten Behauptungen sagt v. BAEYER folgendes: zu 1. die aufgetretene Geisteskrankheit ist höchst wahrscheinlich dauerhaft, zu 2. der Ausbruch der Krankheit liegt nicht länger als ein bis zwei Jahre zurück, dafür spricht die überdurchschnittliche Arbeitsleistung der Patientin sowie deren sonstige Vorgeschichte. Die jetzige Psychose bestand noch nicht zum Zeitpunkt der Eheschließung. Zu 3. alle drei oben aufgeführten Denkmodelle müssen hier abgelehnt werden. Die Enzephalitis epidemica als Auslöser ist so selten, dass diese nicht als „gewöhnlich“ gewertet werden kann, eine familiäre Anlage ergibt sich nicht aus der Vorgeschichte, auch ist die Erkrankung niemals zuvor aufgetreten.

Ergebnis

Die Voraussetzungen des § 1333 BGB sind aus psychiatrischer Sicht hier nicht gegeben. Auch bei einer Weitfassung des Begriffes der persönlichen Eigenschaft nicht. Es ergaben sich keinerlei Anhaltspunkte für eine erbliche Disposition der Patientin für eine so schwere Geisteserkrankung. In Hinblick auf die Enzephalitis epidemica ist festzustellen, dass die Wahrscheinlichkeit für diese Schwere der Erkrankung als so gering anzusehen war, dass es den Kläger niemals von der Eingehung der Ehe abgehalten hätte.

Katamnese

Die Patientin wurde am 29.03.1933 in eine Heil- und Pflegeanstalt verlegt. Dort setzte sich die bisherige Symptomatik fort, zum Teil nahm sie an Intensität noch zu. Ab Juli 1933 besserte sich ihr Zustand, sie wandte sich der realen Welt zu und betrieb ihre Scheidung. Am 29.11.1933 besuchte sie der Autor und fand eine orientierte, klare Patientin vor, die ihre Zukunft plante. Der leichte Parkinsonismus bestand weiterhin. Die Patientin stand kurz von der Entlassung.

Anmerkung

Der Autor legt in einer Fußnote die Unterschiede zwischen § 1333 BGB Eheanfechtung und § 1569 BGB Ehetrennung bei Geisteskrankheit dar. Er verweist darauf, dass die Anlage einer Psychose, die erst nach der Eheschließung auftritt, nicht als persönliche Eigenschaft gewertet werden könne, da sonst der § 1569 BGB, der ungleich höhere Anforderungen an die Ehetrennung knüpft, zu leicht umgangen werden könnte.

2.6.3.3 Vergleich

Auch hier ist nur ein indirekter Vergleich zwischen der ehemaligen Eheanfechtung, § 1333 BGB (aufgehoben), und der Eheaufhebung möglich, siehe dazu HOCHÉ (Die Frage der Veranlagung zur Geisteskrankheit als Eheanfechtungsgrund). In dem geschilderten Fall selbst kann die Diagnose einer Geisteskrankheit mit schizophrenen Symptomen als gesichert angesehen werden. Zum Zeitpunkt der Heirat hatte die Patientin keinerlei Krankheitszeichen und war zu diesem Zeitpunkt voll geschäftsfähig, damit liegen hier die Voraussetzungen für eine Aufhebung der Ehe nach heutigen Maßstäben, §§ 1313 ff BGB, aus medizinischer Sicht keinesfalls vor.⁵⁴ Dies entspricht zwar dem Ergebnis v. BAeyer's, jedoch aus völlig anderen Gesichtspunkten.

⁵⁴ Venzlaff S. 379.

2.6.4 Beringer, K.: Die Stellung psychischer Erbleiden im neuen Ehegattengesetz

Prof. Dr. K. Beringer, Freiburg i. Br.

Der Nervenarzt, 1938, S. 553-562

2.6.4.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Die Einführung des Gesetzes zur Vereinheitlichung des Rechts der Eheschließung dient als Grundlage des Artikels. Hieraus ergaben sich Fragen nach dessen Anwendung und dem Verhältnis zu § 1333 BGB. Die Beantwortung dieser Fragen erfolgt ausführlich im Hauptteil anhand konstruierter Fälle, stets im Vergleich mit dem § 1333 BGB. Im Ergebnis wird darauf hingewiesen, dass sich durch das neue Gesetz wegen seiner Formulierungen viele Probleme nicht lösen lassen. Dies ist nur mit anderen, die Ehe betreffenden, Gesetzen möglich. Im Anhang findet sich in Auszügen das oben genannte Gesetz, welches im ursprünglichen Artikel direkt in der Text eingearbeitet wurde. Im Vergleich wird auf die rein historische Bedeutung dieses Artikels hingewiesen.

2.6.4.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

BERINGER wollte zunächst über die Eheanfechtung im Rahmen des § 1333 BGB berichten. Am 06.07.1938 erschien dann aber das Gesetz zur Vereinheitlichung des Rechts der Eheschließung, so dass es nun nötig war, der Eheaufhebung gemäß § 37 I dieses Gesetzes, Vorliegen eines Erbleidens, zu besprechen. Eine Beschränkung auf §1333 BGB ist wegen dessen Unvollständigkeit im Vergleich zu dem neuen Gesetz in Hinblick auf die nun auch erfasste Ehescheidung, §§ 50, 51, 53 nicht ausreichend. Gerichtsentscheidungen gibt es zu diesem am 01.08.1938 in Kraft getretenen Gesetz noch nicht. Der Autor beschränkt sich nur auf die psychischen Erbleiden, die im Gesetz zur Verhütung von Erbleiden aufgeführt sind.

Hauptteil

BERINGER geht als erstes auf den neuen § 50, der ohne Vorläufer im BGB ist, ein. Dieser ermöglicht die Scheidung, wenn eine Ehezerüttung durch ein Verhalten zustande gekommen ist, welches auf einer geistigen Störung beruht. Fraglich ist hier, was mit geistiger Störung, im Gegensatz zu Geistesstörung in § 51, gemeint ist. Der Autor verweist hierbei auf die Gesetzesbegründung, die von Fällen hochgradiger psychopathischer Veranlagung, bei denen ein Verschulden für sein Handeln ausgeschlossen ist, spricht und dafür ein einziges Beispiel, die Hysterie, gibt. Nach dem bisherigen Recht war Scheidung nach § 1568 BGB bei fehlenden Verschulden ausgeschlossen und eine Geisteskrankheit, die Voraussetzung für § 1569 BGB, lag ebenfalls nicht vor. Die Eheanfechtung gemäß §1333 BGB scheiterte an dem Nachweis, dass die Veranlagung schon bei der Eheschließung erkennbar vorlag. Fraglich ist nun, ob der § 50 bei psychischen Erbleiden Anwendung findet. In Betracht kommen hier Fälle, in denen die Ehe durch die Krankheit zwar zerrüttet ist, die geistige Gemeinschaft i.S.d. § 51 aber noch nicht aufgehoben ist. Hier werden allerdings meist die Scheidung bei Unfruchtbarkeit, § 53, oder die Anfechtung nach § 37 I zuständig sein.

Nun wendet sich BERINGER dem § 51 zu, der die Nachfolge von § 1569 BGB antritt. Der § 51 unterscheidet sich von § 50 in der Formulierung Geisteskrankheit anstelle von geistiger Störung. MASSFELDER sieht darin einen Unterschied in der Schwere der Erkrankung. Im Vergleich zu §1569 BGB entfallen die drei Jahre, in welchen die betroffene Person in der Ehe erkrankt sein musste. Von den Erbleiden werden die Schizophrenie und die Fallsucht von Bedeutung sein, nicht jedoch die Depression, da es bei dieser meist zu einer Heilung kommt. Insgesamt wird der § 51 nur bei spätausbrechenden Geisteskrankheiten zur Anwendung kommen, da sonst fast immer andere Paragraphen wie z.B. § 53 greifen werden.

Der § 53 ergreift, so der Autor, auch die Unfruchtbarkeitsmachung nach dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, dies ergebe sich aus § 53 III und der ideologischen Grundlage dieses Gesetzes, welches den Wert der Ehe für die Volksgemeinschaft hervorhebt. Interessant ist, dass § 53 rein nach eugenischen Gesichtspunkten (vgl. FREISLER) auszulegen ist, nicht nach Krankheitssymptomen. Dem entsprechend ist hier nicht nur der Beklagte auf den Erbwert zu kontrollieren, sondern auch der Kläger.

Ein Härteausgleich findet sich in § 54, dieser soll vor allem lang bestehende Ehen schützen. Ferner findet sich in § 58 II noch eine Einschränkung für § 53. Diese beiden Bestimmungen sollen vor einem Missbrauch und Fehlgebrauch der Scheidungs- und Aufhebungsgesetze schützen.

Im nun folgenden Teil befasst sich BERINGER mit der Eheaufhebung nach § 37 I.

Ursprünglich wollte man die Anfechtung komplett streichen, und durch eine Scheidungsmöglichkeit ersetzen, man wollte jedoch weiterhin eine Differenzierung zwischen Aufhebungsgründen bei Eheschließung und solchen, die während der Ehe erst auftraten. Von § 1333 BGB unterscheidet sich § 37 I in der Verwendung des Wortes „Umstände“ anstatt „persönlicher Eigenschaften,“ was juristisch eine weitgefassere Auslegung ermöglicht. Die Kardinalfrage ist hier, was unter richtiger Würdigung der Ehe zu verstehen ist. MÜLLER weist daraufhin, dass bei der Erschaffung des § 1333 von 40 Jahren die Möglichkeit der Eheaufhebung wegen Geisteskrankheit nicht einmal erörtert wurde. Die geschichtliche Entwicklung führte dann erstens über den formalen Nachweis, dass die Erkrankung bereits in der Vergangenheit vorlag, und zweitens den sachlichen Nachweis, dass sich die Krankheit auf die Ehe zerstörerisch auswirkte, bis hin zur Berücksichtigung der Nachkommenschaft in der jetzigen Zeit. Hinsichtlich der aktuellen Entwicklung ergibt sich auch hier, dass das Wesen der Ehe in der Zeugung erbgesunder Nachkommen besteht. Bisher war eine Eheanfechtung damit begründbar, dass bei einem gewöhnlichen Verlauf mit einer Erkrankung zu rechnen war, besondere exogene Faktoren, die ebenfalls einen Krankheitsausbruch bedingen können, wurden hierbei nicht berücksichtigt, sie wurden als ungewöhnlich eingestuft. Nun aber wird nach der Weitergabe des Erbgesetzes beurteilt, und dabei ist die Frage, ob die Krankheit überhaupt ausbrechen wird, völlig unerheblich. Auch die Frage, ob ein Erbleiden schon bei der Eheschließung vorlag, oder sich erst während der Ehe entwickelte, ist nicht mehr relevant. Die kranken Erbanlagen sind vorausgesetzt, es ist nur noch ein Nachweis durch einen Sachverständigen von kranken Erbgut nötig. Der Richter muss dann nur noch prüfen, ob hier eine Härtefallbestimmung zu Anwendung kommt, z.B. im Falle einer 40jährigen Frau die an einer Depression erkrankt ist. Hier sind keine Kinder mehr zu erwarten und es besteht Aussicht auf Heilung vgl. §§ 37 II, 54, 58. Die genaue Auslegung wird die Zukunft zeigen. Problematisch dagegen sind die Fälle, in denen der Ehepartner an einem psychischen Erbleiden erkrankt ist, und der Kläger selbst ebenfalls eugenisch bedenklich ist. Hierzu lassen sich laut dem

Autor unzählige Fälle konstruieren, und dies hat ebenfalls eine praktische Bedeutung. Wird einer solchen Eheanfechtung stattgegeben, besteht die Gefahr, dass der Kläger eine neue Ehe eingeht. Hier wäre es aus eugenischen Aspekten besser, wenn die Ehegatten zusammen blieben. Die Lösung für diese Problem sieht BERINGER in § 37 II, bei dem die sittliche Auffassung so interpretiert werden kann, dass hierunter auch die Verantwortung für das Gemeinschaftswohl und damit für erbgesunde Kinder fällt, und entsprechend eine Eheanfechtung nicht ohne weiteres zulässig ist. Ob dies juristisch haltbar ist, lässt der Autor offen. Denkbar ist hier eine Verweisung auf § 53 II, die Rechtsprechung der nächsten Jahre wird das Problem angehen. Auf jeden Fall ist auch der Kläger auf seine Erblage zu überprüfen, und dies muss sich im Urteil widerspiegeln.

Als nächstes befasst sich BERINGER mit den sogenannten „Nur-Anlage-Trägern.“ Das Reichsgericht hat in einer Entscheidung von 1937 festgestellt, dass eine solche Anlage ein persönliches Merkmal i. S. d. § 1333 BGB ist, welches zusammen mit den übrigen Voraussetzungen des § 1333 BGB eine Anfechtung begründet. Prinzipiell kann zwischen Vollanlage- und Teilanlagetragern unterschieden werden. Im ersteren Fall, Kinder von zwei erbkranken Eltern und Zwillingspartner eines Erkrankten, ist eine Eheanfechtung aufgrund des Umstandes, dass alle Kinder Teilanlageträger sein werden, stets unproblematisch zu bejahen. Anders bei den Personen bei denen nur ein Elternteil erkrankt ist (Mischerbige), beziehungsweise rezessiv Heterozygoten. Nach der Entscheidung des Reichsgerichtes läge hier ein Anfechtungsgrund vor. LUXENBUGER weist jedoch daraufhin, dass bei einem Bevölkerungsanteil von 19% an Mischerbigen mit Schizophrenieanlagen, somit in 38 % aller Ehen der eine oder andere Ehegatte betroffen sind. Dies würde jedoch bedeuten, dass nach dem Reichsgericht jede dritte Ehe auflösungspflichtig und anfechtbar wäre. Mit dem restlichen Erbleiden zusammen wäre dann jede Ehe anfechtbar. Aus diesem Grund darf die Mischerbigkeit laut dem Autor nicht als Anfechtungsgrund gewertet werden, die Auswirkungen auf die Bevölkerung wären katastrophal. Somit entfällt auch die Anwendbarkeit des § 37 I, die Mischerbigkeit stellt das allgemeine Erbrisiko dar.

Anders ist die Lage, wenn beide Elternteile heterozygot sind, hier ist das Erbrisiko der Kinder so hoch, dass dem bei der Eheanfechtung Rechnung getragen werden muss. Zwar könnten man solchen Paaren auch raten, zusammen zu bleiben und nur wenig Kinder zu bekommen, insgesamt ist dies jedoch zu unsicher. Der nächste zu betrachtende Fall ist der, dass der eine Partner direkter Mischträger ist, und der

andere nur ein erkranktes Geschwisterteil hat, selbst aber eine schizoide Persönlichkeit hat. Hier könnte der § 37 I zur Anwendung kommen, wobei der Phänotypus streng zu beurteilen ist. Auch denkbar ist der Fall einer Frau, deren Vater an Chorea Huntington erkrankt ist. Aufgrund des dominanten Erbgangs ist hier das Erkrankungsrisiko für die Frau und ihre Kinder sehr hoch, sodass hier eine Eheschließung an sich zu verhindern ist. Hier zeigt sich auch ein Vorteil des neuen Gesetzes, während der § 1333 BGB nur von Eigenschaften spricht, zu denen die bloße Möglichkeit nicht zählt, wird nun von Umständen gesprochen, welche die Möglichkeit mit einschließen.

Ergebnis

BERINGER sieht es als unmöglich an, alle denkbaren Erblagen zu behandeln, er wollte lediglich die grundsätzlichen Fallbeispiele darlegen. Die Gefahr sich in dem neuen Gesetz zu verfangen ist hoch, am einfachsten ist es, wenn gemäß dem Grundgedanken des Gesetzes, zusammen mit den Ehegesundheits- und dem Eheberatungsgesetz vor der Eheschließung eine ausführliche Eheberatung vorangeht, und man so jeglichen Missverständnissen vorbeugt. Zuletzt weist BERINGER auf die Verantwortlichkeit des erbbiologischen Sachverständigen bezüglich der Volksgesundheit und Rassenhygiene (LUXENBURGER) sowie die noch bestehenden Erkenntnislücken im Erbgang hin.

Anhang

Gesetz zur Vereinheitlichung des Rechts der Eheschließung
(Auszug - in Kraft getreten am 01.08.1938)

§ 50

„Ein Ehegatte kann Scheidung begehren, wenn die Ehe infolge eines Verhaltens des anderen Ehegatten, welches nicht als Eheverfehlung betrachtet werden kann, weil es auf einer geistigen Störung beruht, so tief zerrüttet ist, daß die Wiederherstellung einer dem Wesen der Ehe entsprechenden Lebensgemeinschaft nicht erwartet werden kann.“

§ 51

„Ein Ehegatte kann Scheidung begehren, wenn der andere geisteskrank ist, die Krankheit einen solchen Grad erreicht hat, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben ist, und eine Wiederherstellung dieser Gemeinschaft nicht erwartet werden kann.“

§ 53

„1. Ein Ehegatte kann die Scheidung begehren, wenn der andere vorzeitig unfruchtbar geworden ist.

2. Die Scheidung ist ausgeschlossen, wenn die Ehegatten miteinander erbgesunde, eheliche Nachkommenschaft oder ein gemeinschaftlich an Kindesstatt angenommenes erbgesundes Kind haben.

3. Wer selbst unfruchtbar ist, hat kein Recht auf Scheidung. Das Gleiche gilt für den Ehegatten, der eine neue Ehe aus gesundheitlichen Gründen würde nicht eingehen dürfen, oder dem das Gesundheitsamt hiervon abraten müsste.“

§ 54

„In den Fällen §§ 50 - 53 darf die Ehe nicht geschieden werden, wenn das Scheidungsbegehren sittlich nicht gerechtfertigt ist. Dies ist in der Regel dann anzunehmen, wenn die Auflösung der Ehe den anderen Ehegatten außergewöhnlich hart treffen würde. Ob dies der Fall ist, richtet sich nach den Umständen. Namentlich auch nach der Dauer der Ehe, dem Lebensalter der Ehegatten und dem Anlass der Erkrankung oder der Unfruchtbarkeit“

§ 58 II

„Die Scheidung ist ausgeschlossen, wenn der Ehegatte, welcher sie begehrt, das 30. Lebensjahr vollendet hat und seit Eingang der Ehe 10 Jahre verstrichen sind.“

§ 37

„1. Ein Ehegatte kann Aufhebung der Ehe begehren, wenn er sich bei der Eheschließung über solche, die Person des anderen Ehegatten betreffende Umstände geirrt hat, die ihn bei Kenntnis der Sachlage und bei richtiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten hätten.“

2. (Die Eheaufhebung ist ausgeschlossen...) ...wenn der Ehegatte nach der Entdeckung des Irrtums zu erkennen gegeben hat, dass er die Ehe fortsetzen will, oder wenn sein Verlangen nach Aufhebung der Ehe mit Rücksicht auf die bisherige Gestaltung des ehelichen Lebens der Ehegatten sittlich nicht gerechtfertigt erscheint.“

2.6.4.3 Vergleich

Das Gesetz basiert auf den Vorstellungen des Dritten Reichs und hat nur eine historische Bedeutung. Es ist mit der heutigen Zeit, bei fehlenden Vergleichsmöglichkeiten außerhalb der ethischen Grundansicht, nicht zu vergleichen. Es ist lediglich zu bemerken, dass im Rahmen der Eheaufhebung nur die §§ 1313-1318 BGB und die darin enthaltenen Gründe zur Anwendung kommen. Die Eheaufhebung und der § 1333 BGB sind 1938 im Rahmen des § 84 EheG aus dem Gesetz gestrichen worden. Zur Eheaufhebung und Eheaufhebung in der heutigen Zeit siehe Allgemeiner Teil des Kapitels Eheaufhebung.

2.6.5 Zusammenfassung

In den ersten beiden Artikeln wird jeweils der § 1333 BGB geprüft. Interessanterweise lehnen beide Autoren trotz streng wissenschaftlichen Vorgehens die Eheaufhebung im Ergebnis ab. Betrachtet man hierzu den dritten Artikel, welcher ursprünglich ebenfalls den § 1333 BGB behandeln sollte, so ergibt sich, dass das nun geprüfte neue Gesetz wohl dazu dienen sollte, den § 1333 BGB zu verschärfen. Aber auch hier zeigt der Autor bereits auch Schwachstellen auf, mit denen medizinisch einige Fälle nicht im Sinne des Gesetzgebers entschieden werden würden. Insgesamt spiegeln diese Artikel den Zeitgeist wieder, in dem versucht wurde, unerwünschte Ehen zu scheitern. Hierbei zeigen die Autoren in diesen drei Artikeln jedoch keinerlei Entgegenkommen.

2.7 Sterilisation

2.7.1 Allgemeiner Teil

Der Reichsgerichtentscheidung RGSt 25, 375 ff. nach sieht die Rechtsprechung nach wie vor in jedem ärztlichen Eingriff eine tatbestandsmäßige Körperverletzung bei der, durch die Einwilligung, lediglich die Rechtswidrigkeit entfällt. Diese Einwilligung muss rechtlich zulässig sein, daran kann es z.B. aufgrund des Kastrationsgesetzes (§§ 2, 3) fehlen. Des Weiteren muss eine Einwilligungsfähigkeit bestehen. Fehlt diese, so unterliegt die Sterilisation, unabhängig davon, ob eine Betreuung vorliegt, dem § 1905 BGB.⁵⁵ Dieser fordert, neben den in Nr. 1-5 genannten Voraussetzungen, die Bestellung eines besonderen Sterilisationsbetreuers nach § 1899 Abs. 1 BGB, der nicht mit einem eventuellen anderen Betreuer der betroffenen Person identisch sein darf.⁵⁶ Rechtlich ist die Einwilligung dieses Sterilisationsbetreuers entscheidend, ausschlaggebend ist jedoch immer der Wille des Betreuten nach § 1905 Abs.1 S.1 Nr. 1 BGB. Es besteht generell die Gefahr, dass dieser gesetzliche Schutz in der Art umgangen wird, indem die Einwilligungsfähigkeit bejaht wird, und die Entscheidung dann beim Patienten selbst liegt, obwohl er dazu gar nicht befähigt ist.⁵⁷ Grundsätzlich sind stets die Sterilisationsmethoden zu bevorzugen, die eine Refertilisierung zulassen, § 1905 Abs.2 S.3 BGB.⁵⁸

Anhang

BGB § 1905 Sterilisation

(1) ¹Besteht der ärztliche Eingriff in einer Sterilisation des Betreuten, in die dieser nicht einwilligen kann, so kann der Betreuer nur einwilligen, wenn

1. die Sterilisation dem Willen des Betreuten nicht widerspricht,
2. der Betreute auf Dauer einwilligungsunfähig bleiben wird,
3. anzunehmen ist, dass es ohne die Sterilisation zu einer Schwangerschaft kommen würde,
4. infolge dieser Schwangerschaft eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen

⁵⁵ Venzlaff S. 397.

⁵⁶ Venzlaff S. 398.

⁵⁷ Venzlaff S. 397.

⁵⁸ Venzlaff S. 397.

Gesundheitszustands der Schwangeren zu erwarten wäre, die nicht auf zumutbare Weise abgewendet werden könnte, und

5. die Schwangerschaft nicht durch andere zumutbare Mittel verhindert werden kann.

²Als schwerwiegende Gefahr für den seelischen Gesundheitszustand der Schwangeren gilt auch die Gefahr eines schweren und nachhaltigen Leides, das ihr drohen würde, weil vormundschaftsgerichtliche Maßnahmen, die mit ihrer Trennung vom Kind verbunden wären (§§ 1666, 1666a), gegen sie ergriffen werden müssten.

(2) ¹Die Einwilligung bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. ²Die Sterilisation darf erst zwei Wochen nach Wirksamkeit der Genehmigung durchgeführt werden. ³Bei der Sterilisation ist stets der Methode der Vorzug zu geben, die eine Refertilisierung zulässt.

2.7.2 Ebermayer: Sterilisation und Gesetz

Oberreichsanwalt a. D. Dr. Ebermayer, Honorarprofessor in Leipzig

Der Nervenarzt, 1928, S. 417-419

2.7.2.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Einleitend wird ausführlich auf die hohen Kosten verwiesen, die „minderwertige Menschen“ verursachen, und die Möglichkeit, deren Vermehrung durch aktuelle Gesetze mittels Sterilisation zu verhindern. Anschließend werden die derzeit gültigen Gesetze und die Interpretationsmöglichkeiten derselben dargestellt. Im Vergleich wird auf das Verbot der Zwangssterilisation nach den heute gültigen Gesetzen verwiesen.

2.7.2.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

Der Autor beginnt seinen Artikel mit der Auflistung der Kosten in Höhe von fünf Millionen Mark, die eine trunksüchtige Frau, geboren 1810, und deren Nachkommen verursacht haben. Dies nimmt er zum Anlass, um das Interesse des Staates an der Verhinderung der Fortpflanzung solcher Menschen deutlich zu machen. Als Vorreiter sieht er hier die USA, welche die Unfruchtbarmachung derartiger Personen durch ein Gesetz geregelt hat. Der Autor weist ausdrücklich daraufhin, dass er nicht die einzelnen Gesichtspunkte behandeln will, auf die sich so ein Gesetz stützt, sondern vielmehr die aktuelle und zukünftige Rechtslage in Deutschland wiedergeben will.

Hauptteil

EBERMAYER beginnt mit dem StGB. Hierbei ist zwischen medizinischer und sozialer Indikation zu unterscheiden. Strafgesetzlich ist jede Sterilisation zu Heilzwecken eine schwere Körperverletzung, § 224 StGB, deren Rechtswidrigkeit und damit Strafbarkeit durch die Einwilligung des Patienten oder seines Vormundes oder per Gesetz aufgehoben werden kann. Dies hat das Reichsgericht mehrfach bestätigt. Problematisch ist dagegen die Sterilisation aus sozialen Gründen. Ob hier die Einwilligung des Patienten beziehungsweise des Vormundes zur Beseitigung der

Rechtswidrigkeit führen, ist äußerst zweifelhaft, demnach könnte ein Arzt hier trotz Einwilligung eine Straftat begehen.

Nach dem neuen Gesetzentwurf ist eine Sterilisation aus Heilzwecken nun mit Einwilligung des Patienten oder seines Vormundes keine Körperverletzung mehr und wird demnach nicht bestraft. Der Weg über das Aufheben der Rechtswidrigkeit wird beseitigt, das Ergebnis, die Straflosigkeit, bleibt gleich. Die Sterilisation aus nicht medizinischen Gründen ohne beziehungsweise gegen den Willen des Patienten ist weiterhin eine schwere Körperverletzung und auch so zu bestrafen. Hat der Betroffene jedoch eingewilligt, so liegt eine Strafbarkeit nur vor, wenn die Sterilisation gegen die guten Sitten verstößt. Damit ist die oben genannte Rechtsunsicherheit beseitigt. Nicht gegen die „guten Sitten“ dürfte die Sterilisation von Minderwertigen oder bei wirtschaftlicher Notlage verstoßen. Anders wäre dies zu beurteilen, wenn sich eine Frau aus reiner Bequemlichkeit sterilisieren lassen würde. Das Gleiche gilt für einen Mann, der aus seiner Sterilisation ein „Geschäft“ machen möchte. In diese beiden Fälle wäre die Sterilisation strafbar.

2.7.2.3 Vergleich

Eine Zwangsterilisation ist nach dem deutschen Recht verboten, dies ergibt sich aus § 1905 Abs.1 Nr.1 BGB.⁵⁹ Die Sterilisation von Betreuten unterliegt, wie im Allgemeinen Teil erwähnt, wegen der Schwere des Eingriffs strengen sachlichen Anforderungen und ist nach Möglichkeit zu vermeiden, vgl. § 1905 Abs.1 BGB. Grundsätzlich ist immer auf den Willen des zu Sterilisierenden einzugehen, Interessen Dritter, z.B. von Seiten des Staats oder von Verwandten sind absolut unbeachtlich. Der Betreute kann seinen Widerspruch gegen die Sterilisation bereits durch eine einfache physische Abwehrmaßnahme kundgeben.⁶⁰ Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Gesetzesauslegung, welche zum Zeitpunkt des Artikels bestand, auch heute noch Anwendung findet.

⁵⁹ Venzlaff S. 397.

⁶⁰ Venzlaff S. 397.

2.8 Haftung nach Unfall

2.8.1 Allgemeiner Teil

Unter einem Unfall wird ein plötzlich eintretendes, zeitlich begrenztes Ereignis verstanden, das von außen gesundheitsschädigende Auswirkungen hat.⁶¹ Nach einem Unfall können drei verschiedene Versicherungen im Rahmen der Haftung ersatzpflichtig werden: die gesetzliche, die soziale und die private Unfallversicherung. Die gesetzliche Unfallversicherung erstreckt sich auf Arbeitsunfälle inkl. Wegeunfälle und Berufskrankheiten, die soziale Unfallversicherung umfasst einen bestimmten Personenkreis der Schüler, Studenten, Rehabilitanden usw. (sogenannte unechte Unfallversicherung).⁶² Die private Unfallversicherung deckt Unfälle im Rahmen der abgeschlossen Versicherungsbedingungen ab, welche individuell bestimmt werden können (Privatautonomie).

Die grundlegende Frage von unfallmedizinischen Gutachten ist fast immer die Frage nach dem Kausalzusammenhang, das heißt in welchem Verhältnis stehen Unfall und Gesundheitsschädigung.⁶³ Diese Kausalität muss bei einem Unfall in zweifacher Weise vorliegen (sogenannte mehrgliedrige Kausalkette). Erstens muss ein Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfallereignis, die sogenannte haftungsbegründende Kausalität, zweitens zwischen der Gesundheitsschädigung und dem Unfallereignis, die sogenannte haftungsausfüllende Kausalität, bestehen.⁶⁴ Im Falle der privaten Unfallversicherung muss die Aktivität, bei der sich der Unfall ereignete, im Versicherungsvertrag erfasst sein. Für diese beiden Kausalitäten bestehen unterschiedliche Beweismaßstäbe: für die haftungsbegründende Kausalität muss der Vollbeweis erbracht werden, für die haftungsausfüllende ist bereits die hinreichende Wahrscheinlichkeit anspruchsbegründend.⁶⁵

Ein besonderes Augenmerk muss im Rahmen der Unfallfolgen auf die Ausgangskonstitution, das heißt auf vorhandene Vorerkrankungen und Vorschädigungen beziehungsweise Veranlagungen gerichtet werden. Unterschieden

⁶¹ Marx, H. H.; Klepzig, H.: Medizinische Begutachtung innerer Krankheiten, 7. Auflage 1997, S. 113.

⁶² Fn. 61, S. 113.

⁶³ Venzlaff S. 711.

⁶⁴ Fn. 61, S. 113; Venzlaff S. 711.

⁶⁵ Fn. 61, S. 114.

wird in neu entstandene Gesundheitsschäden und in Verschlimmerung von bereits vorhanden Schäden. Bei der Verschlimmerung ist nur der kausal bedingte Anteil der Gesundheitsschädigung zu ersetzen. Grundsätzlich muss bei Verschlimmerung zwischen vorübergehender, anhaltend abgrenzbarer und richtungweisenden (verlaufsändernden, auch Krankheitsauslösung) Folgen differenziert werden. Rechtlich gesehen ist die Verschlimmerungsart ohne Belang, da die spätere Entwicklung im Voraus nicht beurteilt werden kann.⁶⁶

⁶⁶ Fn. 61, S. 115.

2.8.2 Leppmann, F.: Funikuläre Myelitis und Dienstbeschädigung

Dr. Friedrich Leppmann, Berlin

Der Nervenarzt, 1928, S. 422-426

2.8.2.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Die geringen Kenntnisse bezüglich des Zusammenhanges zwischen dem Kriegsdienst und der Verschlimmerung von Krankheiten dienen als Grundlage des Artikels. Es wird der Fall eines Töpfergesellen geschildert, welcher, nachdem er im 1. Weltkrieg gedient hatte, eine funikuläre Myelitis entwickelte. Der Autor kam zu dem Ergebnis, dass der Patient eine teils kriegsbedingte kombinierte Strangerkrankung hatte, bei der eine Entschädigungspflicht vorlag. Nach dem heutigen medizinischen Wissensstand würde der Fall aufgrund der besseren Nachweismethoden höchstwahrscheinlich ebenso, aber mit höherer Sicherheit, entschieden werden.

2.8.2.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

Die Kriegserfahrungen des 1. Weltkrieges führten zu einer skeptischen Betrachtungsweise der Behauptung, dass zwischen Kriegsdienst und dem Auftreten oder der Verschlimmerung einer bereits bestehenden Nervenerkrankung ein Zusammenhang besteht. Allerdings ist auch stets zu bedenken, dass es noch viele Krankheitsformen gibt, bei denen die ätiologischen Kenntnisse noch sehr gering sind, was eine Beurteilung schwierig macht. Der nachfolgende Fall ist gemäß dem Autor ein bezeichnendes Beispiel, welches diese Schwierigkeiten verdeutlicht.

Sachverhalt

Patient: Töpfergeselle Paul K., geb. 1891, Vorgeschichte leer.

Militärdienst in einer Sanitätskompanie 04.08.1914 bis 06.10.1918. Während dieser Zeit Felddienst mit vielen Gefechten. Schrieb einmal an seine Frau, er sei total kaputt, zum Teil klagte er über Kopfschmerzen und Gehbeschwerden, konnte zeitweise nicht marschieren. Der Patient war leicht erregbar und nervös, wiederholt krank und bekam eine gelbe Gesichtsfarbe.

Nach dem Krieg mehrmals wegen organischer Beschwerden krank (Darm, Bronchien, Finger).

Ab 1922 gab der Patient Schmerzen in beiden Beinen an, davor gab es dafür keine Anhaltspunkte, dazu allgemeine Schwäche, die der behandelnde Arzt auf eine Darmerkrankung zurückführte. Zu diesen ärztlichen Bekundungen kamen private Aussagen: Ungesundes Aussehen und Müdigkeit seit 1917, nach der Entlassung aus dem Militär wiederholt Schmerzen in den Beinen, Durchfälle und allgemeine Abgeschlagenheit.

Am 01.09.1923 angeblich zusammengebrochen, Schwellung im linken Bein bemerkt.

Am 06.12.1923 Krankenhausaufnahme. Der Patient war mäßig ernährt, die Leber vergrößert, der Puls schlecht, beginnende Brustfellentzündung, die sich im weiteren Verlauf deutlich verschlechterte, Temperatur 39 C, welche dann scheinbar wieder abheilte, weiter Durchfall, dann mehrfache Pleurapunktion mit Eitererguß am 17.01.1924. Mächtige Schwellung des linken Beins, Ekzeme. Im weiteren Verlauf besserte sich der Zustand des Patienten bis zum 21.03.1924. Am 23.05.1924 wurde eine nervöse Schwerhörigkeit diagnostiziert. Verlegung in die Nervenklinik am 02.07.1924.

Der neurologische Befund ergab eine leichte spastische Schwäche in beiden Beinen, Fußbeugung beiderseits eingeschränkt, ferner einen zentralen Gesichtsfeldausfall.

Ab 07.07.1924 erneut Fieber, Schwellung des rechten Beins, Dekubitus, Trachitis, Fistel rechter Unterschenkel, Abszess linker Unterarm, am 24.09.1924 Proteinurie mit massenhaft Bakterien. Am 29.09.1924 hörte der Patient Stimmen, am 06.10.1924 verstarb er. Die Diagnose Multiple Sklerose wurde gestellt.

Die Obduktion ergab eine Lungenembolie als Todesursache, ferner eine generalisierte Sepsis und eine kombinierte Strangerkrankung der Rückenmarkes.

Das Versorgungsamt sah die Multiple Sklerose, die sich 1923 entwickelt hat, als Todesursache an und schloss eine Dienstbeschädigung aus.

Im Berufungsverfahren wurde ein erneutes Gutachten aus der Pathologie eingebracht, welches darauf verwies, dass ein vorhandenes chronisches Rückenleiden gegebenenfalls durch den Krieg verstärkt worden sein könnte, und verwies auf die Neurologie. Das Gericht sprach der Witwe die Vollrente bei Kriegsbeschädigung zu, das Versorgungsamt legte Rekurs ein.

Gutachten

Nach Ansicht des Autors führte die Annahme, dass die Todesursache des Patienten eine Multiple Sklerose gewesen sei, zu einer unzureichenden Beurteilung, ob hier eine Dienstbeschädigung vorliegt, beziehungsweise falls es doch eine kombinierte Strangerkrankung war, dies völlig belanglos sei. Sollte eine Multiple Sklerose als reines Nervenleiden vorgelegen haben, vermischte sich diese, seiner Auffassung nach, zunehmend mit den anderen Beschwerden des Patienten, die der Autor als Siechtum beschreibt. Geht man jedoch von einer kombinierten Strangerkrankung aus, so ergibt sich ein völlig anderes Bild. Sie tritt meist als „Teilerscheinung“ eines anderen Krankheitsbildes auf, häufig mit einer Blutarmut und dem Fehlen von Magensäure. Häufig tritt sie nach jahrelanger Überanstrengung und Mangelernährung auf. Vor diesen Überlegungen muss die Dienstbeschädigung des Patienten geprüft werden. Der Patient bot eine solche Belastung, hatte eine Blutarmut und war abgeschlagen. Die Nervenbeschwerden traten erst Jahre nach den ersten anderen Symptomen auf. Diese Symptome sind mit den Einflüssen des Kriegsdienstes vereinbar. Überanstrengung, Mangelernährung und/oder eine Infektion während des Krieges haben zur Entstehung des Krankheitsbildes beigetragen.

Ergebnis

1. Der Patient hatte eine kombinierte Strangerkrankung in Rahmen eines allgemeinen Siechtums.
2. Das Leiden ist zum Teil auf den Militärdienst und zum Teil auf unbekanntere Ursachen zurückzuführen.
3. Beide Ursachen lassen sich nicht trennen.

Der Autor will mit diesem Fall die Wichtigkeit der genauen Differenzierung zwischen zwei Krankheitsbildern darstellen. Im vorliegenden Fall ermöglichte gerade die Feststellung, dass es sich um eine funikuläre Myelitis handelte, die Verbindung zu den Symptomen, die bei dem Patienten während des Krieges aufgetreten waren. Es muss jedoch auch immer bedacht werden, dass auch die Multiple Sklerose als Teilerkrankung einer anderen Erkrankung auftreten kann, aber im vorliegenden Fall

waren die Anhaltspunkte für die funikuläre Myelitis zu stark ausgeprägt, als dass eine Multiple Sklerose eine Rolle gespielt haben könnte.

2.8.2.3 Vergleich

Die Multiple Sklerose wird heute zu den entzündlichen Reaktionen und Affektionen des Nervensystems gezählt, die funikuläre Myelose (Myelitis) zu den Stoffwechselstörungen des Nervensystems. Bei der funikuläre Myelose besteht meist eine Malabsorption mit einer B12-Avitaminose. Es handelt sich um einen dystrophischen Prozess des ZNS mit Mortilitätstörungen der Extremitäten, Blasenentleerungsstörungen, Parästhesien und Psychosyndromen. Darüber hinaus können Anazidität und Anämie auftreten.⁶⁷

Bei der Multiple Sklerose handelt es sich um eine Autoimmunkrankheit, die schubförmig verläuft. Ein Zusammenhang zwischen einem Trauma und einer Schubfrequenz ist nicht nach gewiesen worden, indes besteht ein Zusammenhang zu viralen Infekten. Als Symptome treten Ermüdbarkeit, Paresen, Spastik, Optikusläsionen, Koordinations- und Blasenentleerungsstörungen und neuropsychologische Störungen auf.⁶⁸

Im geschilderten Fall werden Ermüdbarkeit, Gang-, Hör- und Sehstörungen als Symptome neben der Sepsis beschrieben. Alle diese Symptome passen sowohl auf die funikuläre Myelose, als auch auf die Multiple Sklerose. Von der Gesamtbeschreibung des Falles ist auch durchaus eine Infektion, bakteriell oder viral, denkbar, die zur damaligen Zeit nicht diagnostiziert werden konnte. So gesehen ist eine nachträgliche Diagnose, ob nun eine funikuläre Myelose oder eine Multiple Sklerose vorgelegen hat, anhand des vorliegenden Materials nicht möglich. Dass es sich um eine der beiden Krankheiten gehandelt haben dürfte, ist mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, wobei die Fallbeschreibung wegen der zusätzliche Anazidität und Anämie eher auf die funikuläre Myelose passt. Eine Entschädigung wäre heute davon abhängig, ob es sich um eine während der Dienstzeit erworbene oder verstärkte Erkrankung handelt, z.B. durch eine Infektion oder Mangelernährung.⁶⁹ Die Vermutung einer Infektion während der Dienstzeit liegt im vorliegenden Fall nahe, bei dem heutigen Stand der Wissenschaft wäre ein Nachweis leichter möglich. Aber auch die Mangelernährung ist leicht vorstellbar. In

⁶⁷ Fritze, E.: Die ärztliche Begutachtung, 6. Auflage, 2001, S. 734; **zukünftig Akg.: Fritze.**

⁶⁸ Fritze S. 740.

⁶⁹ Fritze S. 734, 736, 741.

Falle eines Beweises dieser haftungsausfüllenden Kausalität wäre der Patient unabhängig davon, ob es sich um eine Myelitis oder eine Multiple Sklerose gehandelt hat, zu entschädigen gewesen. Die haftungsbegründende Kausalität, der Kriegsdienst, ist gegeben. Dieser Beweis kann aber mit den Angaben in dem Gutachten nicht ausreichend geführt werden. Der Autor ging bei seiner Abschlussbeurteilung genau davon aus, konnte dies aber nicht bestimmt beweisen, er sprach von unbekanntem Ursachen vor dem Militärdienst (Veranlagung) und während diesem (z.B. eine Infektion, Mangelernährung).

2.8.3 Minkowski, M.: Gutachten über einen Fall von kindlicher Aphasie nach Trauma

Prof. Dr. M. Minkowski

Neurologische Poliklinik und Hirnanatomisches Institut der Universität Zürich

Der Nervenarzt, 1930, S. 411-416

2.8.3.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Der Artikel behandelt die Beurteilung eines verunfallten Jungen, der an einer Aphasie leidet. Zu diesem Zweck wird die Vorgeschichte und die aktuelle Untersuchung wiedergegeben. Der Autor weist auf die Brocasche Aphasie hin und kommt zu dem Ergebnis, dass der Junge dauerhaft neurologische Residuen haben wird, welche der Schadensersatzpflicht unterliegen. Der Vergleich mit FRITZE zeigt, dass die Prognose aufgrund des heutigen Wissensstandes deutlich genauer gestellt werden kann, im Ergebnis jedoch die Schlussfolgerung von MINKOWSKI sich höchstwahrscheinlich genauso darstellen würde.

2.8.3.2 Artikelbeschreibung

Anmerkung des Autors

Der Autor verweist auf ein Schreiben vom 05.07.1928, indem er gebeten wurde, ein Gutachten über einen verunfallten Schüler zu erstellen und Vorschläge bezüglich seiner Behandlung zu machen. Nach der Untersuchung teilte MINKOWSKI dem Verfasser des Briefes den Befund des Knaben mit und erläutert die begonnene Therapie im Rahmen der gebotenen motorischen Aphasie: Lese-, Schreib-, Sprach- und Zeichenübungen und fortgesetzte Untersuchungen. Aus diesen Daten wurde das folgende Gutachten erstellt.

Vorgeschichte

Das zu begutachtende Kind Emil S. wurde 1919 geboren, zehn Geschwister, normale Entwicklung in der frühen Kindheit. Er wurde als minderbegabt beschrieben,

und musste wegen Trägheit von der zweiten in die erste Klasse zurückversetzt werden. Die Noten blieben dennoch schlecht, sprachliche Störungen fielen jedoch nicht auf. Emil S. wurde als gutmütig und schüchtern beschrieben.

Am 16.01.1927 verunfallte Emil. S. Hierbei wurde das Kind von einem Auto erfasst, wodurch es schwere Verletzungen am Kopf erlitt (inkl. großem Hämatom), die rechte Körperhälfte war posttraumatisch gelähmt. Ferner entstand eine tiefe Wunde am Unterschenkel. Das Kind war nach dem Unfall für neun Tage bewusstlos. Seitdem bestand eine motorische Aphasie, ansonsten erholte er sich körperlich komplett.

Untersuchung

Die allgemeine körperliche Untersuchung ist altersgerecht und unauffällig. Eine eingehende neurologische Untersuchung ergab eine leichte Facialispause rechts, ansonsten waren in Bereich der oberen und unteren Extremitäten sowie des Kopfes keine motorischen oder sensorische Ausfälle zu beobachten, alle Reflexe waren regelgerecht.

Zu Beginn der Beobachtungsperiode war Emil S. sehr scheu und zurückhaltend, hatte Konzentrationsstörungen, immer wieder litt er an Gedächtnislücken. Ferner wirkte er depressiv und zeigte zeitweise eine affektive Sperrung, welche sich im weiteren Verlauf der Behandlung zurückbildete. Auch das Gedächtnis und die Konzentrationsfähigkeit besserten sich, aber insgesamt blieb eine Lernschwäche bis zum Ende der Behandlung erhalten.

Die Beurteilung der Sprache zu Beginn gestaltete sich als schwierig, da Emil S. kaum sprach. Das Sprachverständnis war augenscheinlich nicht stark gestört, allerdings hatte das Kind bei komplexeren Aufforderungen Probleme. Im Laufe der Zeit verschwanden diese Probleme. Der sprachliche Ausdruck war zunächst stark agrammatisch, viele der gesprochenen Sätze waren unvollständig, vor allem ließ Emil S. Adjektive weg. Auch diese Auffälligkeiten besserten sich mit zunehmender Behandlungsdauer. Paraphasien wurden nicht gezeigt, die Artikulation war in Ordnung. Im Bereich der Schrift fiel eine Agraphie auf, welche sich während des Aufenthaltes nur minimal besserte, eine Paragraphie lag nicht vor. Das Kopieren von Schriftvorlagen war nicht betroffen. Das gleiche Bild wie bei Diktaten zeigte sich auch beim Lesen.

In Bezug auf das alltägliche Leben war Emil S. nur direkt nach dem Unfall auf Hilfe angewiesen, später nicht mehr. Das Erkennen von Gegenstände sowie das Zeichnen waren nicht gestört, ebenso wie das Rechnen.

Gutachten

Vor dem Unfall war Emil ein unauffälliges Kind seines Alters. Der Unfall hat bei ihm eine ernsthafte Gehirnschädigung verursacht, dies ergibt sich aus dem langen Koma, der Störungen bei Beobachtungsbeginn und der zentralen Sprachstörung in Sinne einer Brocaschen Aphasie, die vor allem im Bereich des Lesens und Schreibens imponiert, welche nun schon über ein Jahr andauert. Auffällig sind, laut dem Autor, auch die Depression und die affektive Sperrung sowie die Beeinträchtigung der Konzentration und des Gedächtnisses, und die dazu gehörenden Lernschwäche. Hinsichtlich der Art der Hirnschädigung geht der Autor von einer schweren *Commotio et Contusio cerebri* aus. Ein Schädelbruch konnte nicht festgestellt werden. Anhaltspunkte dafür liefern die Art der Störungen, die eine Lokalisation in Bereich der Brocaschen Windung zulässt. Dass vor allem die linke Großhirnhälfte betroffen war, ergibt sich aus der initialen Lähmung des rechten Armes, ebenso aus der rechtsseitigen Facialisparesse. Insgesamt zeigt sich eine deutliche Rückläufigkeit der Beschwerden in allen Gebieten, dennoch bestehen ein Jahr nach dem Unfall noch immer deutliche Störungen, besonders im Bereich der Sprache, des Lesens und Schreibens. Bei der Gesamtbeurteilung ist jedoch auch die Minderbegabung des Jungen zu berücksichtigen. Zusammenfassend können die vorliegenden Störungen als „Residuen einer Brocaschen oder motorische Aphasie“ gewertet werden.

Zur Prognose bemerkte der Autor, dass sich die Störungen auf dem intellektuellen und affektiven Gebiet wohl weiter bessern werden, jedoch ist es fraglich, ob es zu einer vollständigen Ausheilung kommt. Die Perspektiven von Emil S., die schon vor dem Unfall eingeschränkt waren, werden wahrscheinlich durch die (Verstärkung der) Lernschwäche noch mehr reduziert. Die sprachliche Störung wird sich ebenfalls weiter zurückbilden, der Agrammatismus wahrscheinlich auch, jedoch ist eine dauerhafte Beeinträchtigung aufgrund der massiven lokalen Störung zu erwarten. Zuletzt weist der Autor noch darauf hin, dass die Gefahr besteht, dass auch die allgemeine Widerstandskraft des Jungen durch das schwere Gehirntrauma herabgesetzt werden kann.

Ergebnis

Unter Zuhilfenahme aller gefundenen Ergebnisse kommt der Autor zu dem Schluss, dass auf lange Sicht eine dauerhafte Invalidität von einem Drittel vorliegen wird. Die Behandlung des Jungen muss fortgeführt werden, hierfür ist die Überweisung in eine Spezialklasse vonnöten, ferner müssen regelmäßige neurologische Untersuchungen stattfinden.

2.8.3.3 Vergleich

Die Schädel-Hirn-Traumen werden heute, nach verschiedenen Systemen, funktionell (TÖNNIS und LOEW), klassisch (BRUNS und von BERGMANN) und morphologisch klassifiziert.⁷⁰ Das funktionelle System erfolgt anhand der Dauer der Bewusstlosigkeit, im vorliegenden Fall dauerte sie neun Tage, was einem Grad IV entspricht, bei dem es regelmäßig zu schwersten Defektsymptomen kommt. Des Weiteren kann diese funktionelle Einteilung als Anhaltspunkt für die klassische Einteilung in *Commotio*, *Contusio* und *Compressio cerebri* dienen. Dies bedeutet für den vorliegenden Fall, dass hier eine *Compressio cerebri* vorlag und nicht wie vom Autor geschildert eine *Commotio et Contusio cerebri*. Dafür spricht auch das beschriebene große Hämatom. Eine genaue morphologische Klassifikation ist anhand der Falldarstellung nicht möglich. Aufgrund dieser Einteilungen lassen sich nun prognostische Aussagen treffen. Die Langzeitschäden nach einem Hirntrauma werden oft auch als irreversibles psychisches Defektsyndrom bezeichnet.⁷¹ Dieses Syndrom beinhaltet verschiedenste Defektzustände, wie affektive Reaktionen, Gedächtnisbeeinträchtigungen, Antriebsverarmung, Sprach- und Sehstörungen, von denen keiner obligat ist. Der Patient im geschilderten Fall hatte eine Aphasie und eine Lese- und Schreibschwäche entwickelt, intellektuelle Beeinträchtigungen wie bei diesem Patienten sind zwar selten, kommen aber vor. Langfristig gesehen ist aufgrund des Alters des Patienten mit einer Rückbildung der Symptome, vor allem in den ersten 2 – 3 Jahren nach dem Trauma, zu rechnen, eine vollständige Heilung ist jedoch nicht zu erwarten.⁷² Aus diesem Grund sind regelmäßige Kontrollen zur Rückbildungsbeurteilung nötig. Insgesamt wird die Leistungsfähigkeit des Patienten auf Dauer deutlich gemindert sein,⁷³ dies ergibt sich aus der

⁷⁰ Fritze S. 713.

⁷¹ Fritze S. 718.

⁷² Fritze S. 717.

⁷³ Fritze S. 721.

Kommunikationseinschränkung sowie der Beeinträchtigung des Intellektes. Zur Lernfähigkeit ist zu bemerken, dass diese bei den meisten Personen nach Schädel-Hirn-Trauma eingeschränkt ist.⁷⁴ Dieses Ergebnis deckt sich mit den Aussagen MINKOWSKIs, wobei der Autor noch auf einen geringeren wissenschaftlichen Erfahrungsschatz zurückgreifen musste, welchen er aber sehr gut nutzte.

⁷⁴ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, Frankfurt, 2003, S. 498.

2.8.4 Minkowski, M.: Gutachten über einen Fall von amyotrophischer Lateralsklerose nach Erkältungstrauma bei einem Diabetiker

Prof. Dr. M. Minkowski

Neurologische Poliklinik und Hirnanatomisches Institut der Universität Zürich

Der Nervenarzt, 1930, S. 538-545

2.8.4.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Der Artikel behandelt Fragen der amyotrophischen Lateralsklerose, bezogen auf einen konkreten Fall eines 40jährigen Feuerwehrmannes, welcher eine Erkältung während des Dienstes erlitt und zusätzlich an Diabetes mellitus erkrankt ist. Hierzu werden die Vorgeschichte und die aktuelle körperliche Untersuchung dargestellt und anschließend beurteilt. Der Autor kommt zu dem Ergebnis, dass die körperliche Disposition rechtlich gesehen unerheblich ist, und die Erkältung höchstwahrscheinlich die amyotrophischen Lateralsklerose bedingt hat. Der Vergleich mit FRITZE zeigt, dass Erkältungs- und andere Traumen unter Berücksichtigung eines Zeitfaktors als Teilbegründung für eine amyotrophischen Lateralsklerose anerkannt werden können.

2.8.4.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

Einleitend geht der Autor auf die Fragen bezüglich des zu beurteilenden Probanden ein, welche der Schweizerische Feuerwehrverein beantwortet haben möchte:

1. Ätiologie der amyotrophischen Lateralsklerose
2. Ursache für das Leiden des Patienten
3. Seit wann besteht die Erkrankung und wie wirkt sie sich auf die Arbeitsfähigkeit aus.

Vorgeschichte

40jähriger Patient H., Beruf Feuerwehrmann, 16 Geschwister, Familie gesund, Kindheit unauffällig, verheiratet, 4 Kinder, Ehe unglücklich, 1914 linksseitiger Ischias, diätetisch kontrollierbarer Diabetes mellitus, Gewicht 68 kg.

Am 17.07.1927 dreistündiger Einsatz im kalten Wasser, danach hatte H. zwei Tage lang eine Erkältung. Anschließend klagte der Patient über einen Druck im Kopf, der wieder verschwand, jedoch entwickelten sich 3-4 Wochen nach dem Einsatz Zuckungen im rechten Arm, im Rücken und Genick, verbunden mit einer Sprachstörung. Die Beschwerden breiteten sich auch auf den linken Arm aus, bei einer ärztlichen Untersuchung im Februar 1928 wurde wieder ein erhöhter Zucker festgestellt, die gesamte motorische Kraft der oberen Extremitäten war herabgesetzt. Im weiteren Verlauf kam es zu einer deutlichen Verschlechterung des Befundes. Der Patient hatte starke Schluck- und Sprachbeschwerden, Atrophien an den meisten Muskeln der Extremitäten, eine Krallstellung an beiden Händen, das Gangbild war schwankend, das Babinski-Zeichen war positiv. Ferner hatte der Patient deutlich an Gewicht verloren. Es wurde die Diagnose einer amyotrophischen Lateralsklerose gestellt. Bezüglich der Ursache legte sich der diagnostizierende Arzt nicht fest. Als mögliche Ursachen kamen der seit 1924 bestehende Diabetes mellitus, die Erkältung sowie eine Kombination aus beidem in Betracht.

Der Zustand des Patienten ist seit ca. einem Jahr gleich geblieben. Er kann nur leichteste Arbeiten verrichten, und hilft seiner Frau in deren Geschäft (Spezereiladen). Zuletzt ist noch zu bemerken, dass H. sich bereits vor der Überschwemmung psychisch verändert hatte (Fremdanamnese).

Körperlicher Status

Die körperliche Untersuchung ergab einen Patienten mit reduziertem Allgemein-, und Ernährungszustand. Der Zucker betrug 105mg%, im Bereich von Herz, Kreislauf, Lunge und Abdomen kein pathologischer Befund, Spuren von Zucker im Urin, Labor sonst normal.

Der Nervenstatus ergab an pathologischen Befunden eine Schwäche der Nackenmuskulatur mit Zuckungen, einen erschwerten, verlangsamten Schluckakt, eine Reduktion der Gesichtsmotorik, eingeschränkte Zungenbeweglichkeit, eine motorische Sprachstörung, eine Atrophie der Muskulatur des Schultergürtels und der

oberen Extremitäten. Es liegt eine allgemeine Kraftminderung vor, immer wieder zeigen sich fibrilläre und faszikuläre Zuckungen. Babinski-Zeichen positiv.

Psychisch ist der Patient unauffällig.

Gutachten

Der Patient H. stammt aus einer unauffälligen Familie. Der 1914 diagnostizierte Zucker war bisher relativ gut kontrolliert, es ist jedoch davon auszugehen, dass die Nervenbeschwerden des Patienten durch diesen beeinflusst wurden.

Das Unfallgeschehen mit Durchnässung und Erkältung ist als schweres Trauma anzusehen, dies ergibt sich nach dem Autor aus der Beschreibung, den Folgen und der schweren Erkältung als direktem Resultat des Traumas. Woher die Kopfschmerzen kamen, lässt sich nicht eruieren, einen Zusammenhang mit dem Diabetes hält der Autor für möglich, genauso wie einen Zusammenhang mit der Erkrankung des zentralen Nervensystems, welche kurz darauf folgte. Diese Erkrankung trat erst 3 - 4 Wochen nach dem Unfall auf, unstrittigerweise handelt es sich hierbei, gemäß dem Autor, um eine amyotrophische Lateralsklerose. Zur Diagnosestellung dieser chronisch-progredienten Erkrankung der motorischen Zentren des ZNS führten die fibrillären Zuckungen, Schwäche, Atrophie der Muskeln, Sprach- und Schluckstörungen sowie die Babinski-Zeichen.

Bei H. hat sich die Erkrankung ungewöhnlich rasch entwickelt, eine Erwerbsfähigkeit besteht nicht mehr, die Prognose ist schlecht.

Ergebnis

Zur Frage nach der Ätiologie der amyotrophischen Lateralsklerose kann MINKOWSKI nicht viel sagen, es ist nicht bekannt, ob die Krankheit vererblich ist, er verweist auf die Möglichkeit von schädlichen Noxen und erwähnt abermals die rascher Progredienz.

Die Frage nach der Alleinschuld der Erkältung an der amyotrophischen Lateralsklerose lehnt der Autor ab. Er verweist auf die Tatsache, dass diese Erkrankung bei sehr vielen verschiedenen „schädigenden“ Vorgängen beobachtet wurde, und sich teilweise ohne sichtbaren Einfluss von außen entwickelte. Es liegt somit keine „conditio sine qua non,“ also kein Ereignis vor, ohne das es nicht zur Erkrankung gekommen wäre. Er geht jedoch von der Möglichkeit aus, dass die

Erkältung ein wesentlicher, mitwirkender Faktor war, beweisen kann er das jedoch nicht. Ein Hinweis, dass dies der Fall ist, ergibt sich aus dem zeitlichen Zusammenhang des Einsatzes und dem Ausbruch der Krankheit. Der Autor verweist auch darauf, dass eine körperliche Disposition des Patienten keine rechtlichen Auswirkungen auf den Rentenanspruch hätte (Schweizer Recht).

Die Frage, ob noch andere Faktoren zur Genese der Erkrankung beigetragen haben, führt, abgesehen von dem oben gesagtem, zum Diabetes des Patienten. Eine Literatursuche des Autors bezüglich einer Verbindung von Diabetes und amyotrophischer Lateralsklerose war ergebnislos, jedoch hatte einer der Voruntersucher eine solche Verbindung vermutet. Der Autor selbst lehnt einen vollständigen Zusammenhang aufgrund der nur leicht erhöhten Zuckerwerte ab, allerdings vermutet auch er, dass der Diabetes bei der Entstehung der amyotrophischen Lateralsklerose eine kleine Rolle gespielt haben dürfte. Als Ausgangspunkt für diese Vermutung dient ihm die ischiatische Vorerkrankung des Patienten. In Prozenten ausgedrückt sieht er den Einfluss des Diabetes bei ca. 25 - 33,3%. Anschließend verweist der Autor noch auf die Literatur bezüglich Patienten mit amyotrophischer Lateralsklerose, welchen eine Rente zugesprochen wurde. Die Frage, ob schon vor dem Unfall eine Erkältung bestanden habe, verneint der Autor.

2.8.4.3 Vergleich

Die amyotrophische Lateralsklerose ist eine motorische Systemerkrankung und zählt zu den neurodegenerativen Erkrankungen. Diese sind nach der herrschenden Lehre nicht als Unfallfolgen oder Wehrdienstbeschädigungen anzusehen. Lediglich schwerwiegende Traumen des ZNS können bei engen zeitlichen Zusammenhang als Teilfaktor anerkannt werden.⁷⁵ Bei motorischen Systemerkrankungen kann dieses Trauma auch das 1. und/oder 2. Motorneuron betreffen. Ein Versorgungsanspruch kann dann bestehen, wenn die motorische Systemerkrankung innerhalb von sechs Monaten nach dem Trauma aufgetreten ist. Zu diesen Traumen zählen neben Infektionen auch schwere Belastungen wie Wirbelsäulen- und Barotraumen, Mangelernährung, toxische Schäden, schwere körperliche Anstrengung und extreme Witterungseinflüsse mit einer Resistenzminderung.⁷⁶ Gerade die zuletzt erwähnte schwere Belastung lag bei diesem Patienten vor, das heißt haftungsausfüllende

⁷⁵ Fritze S. 734.

⁷⁶ Fritze S. 735.

Kausalität, die erste Symptome traten 3-4 Wochen nach der arbeitsbedingten Erkältung auf. Die haftungsbedingende Kausalität folgt aus der dienstlichen Tätigkeit, bei der die Belastung auftrat. Demnach ergäbe sich nach dem heutigen Stand der Wissenschaft ein Versorgungsanspruch. Der zusätzlich vorhandene Diabetes ist für diese Beurteilung an sich nicht relevant. Langfristig ist mit einer Progredienz der Beschwerden und einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit zu rechnen. Im Ergebnis sind Teile der Erkenntnisse des Autors in der heutigen Zeit umgesetzt.

2.8.5 Schwarz, H.: Gutachten über die Frage des ursächlichen Zusammenhanges von Hemiplegie und elektrischem Unfall

Dr. Hans Schwarz

Nervenklinik der Charité, Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. Bonhoeffer

Der Nervenarzt, 1931, S. 157-160

2.8.5.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Es stellt sich die Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang zwischen elektrischem Strom und Körperlähmungen. Zu diesem Zweck wurde ein Gutachten in Auftrag gegeben, in dem ein 50jähriger Mann beurteilt werden sollte, welcher einen Stromunfall erlitten hatte. Die Beurteilung kommt zu dem Ergebnis, dass der Patient durch den Stromschlag einen Apoplex erlitten hatte, der zu einer Hemiplegie führte. Im Vergleich zeigt sich, dass der heutige medizinische Wissenstand die Zusammenhänge zwischen Strom und Hemiplegie aufgeklärt hat, und eine Ersatzpflicht praktisch unzweifelhaft angenommen werden müsste.

2.8.5.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

Zu Beginn seines Artikels weist SCHWARZ auf die Auswirkungen der Unfallbegutachtung, besonders auf das Teilgebiet der Elektrounfälle und deren Auswirkungen auf das Zentralnervensystem, hin. Die Ursachen, Auswirkungen, Folgen und die elektropathologischen Grundlagen sind in der letzten Zeit mehr und mehr Gegenstand von diversen wissenschaftlichen Arbeiten geworden (PANSE, RIECKER). Vor diesem Hintergrund wurde der folgende Fall im Auftrag der Reichsbahn-Direktion begutachtet. Die Fragestellung geht dahin, ob eine Stromeinwirkung eine Körperlähmung auslösen beziehungsweise mitbewirken kann.

Gutachten

Der zu beurteilende Patient G. P., 50 Jahre, Beruf Leitungsaufseher, erlitt am 15.10.1929 einen Stromunfall, ein ärztliches Zeugnis diagnostizierte am nächsten

Tag eine linksseitige Hemiplegie in Folge eines Apoplexes. Ein Reichsbahnarzt schloss am 20.10.1929 einen Zusammenhang zwischen der Lähmung und dem Stromunfall aus. Ein Oberbahnarzt äußerte bei einer weiteren Untersuchung den Verdacht eines rein hysterischen Verhaltens am 04.04.1930. Am 22.05.1930 erneuter Verweis auf einen Apoplex, ein Gutachten von 22.06.1930 lehnt einen Zusammenhang zwischen Unfall und Lähmung wegen fehlenden Verbrennungsmarken und fehlender Bewusstseinsstörung aus. Der Patient ist seit dem Unfall dienstunfähig.

In der Vorgeschichte des Patienten P. finden sich keine Besonderheiten. Er ist verheiratet, hat fünf gesunde Kinder und befindet sich seit 1904 im Bahndienst.

Den Unfallhergang beschreibt der Patient wie folgt: am Unfalltag regnete es, er berührte fest mit der nassen linken Hand und der, durch einen Jackenzipfel geschützten, rechten Hand, eine 220 Volt führende Stromleitung. Er spürte sofort, dass Strom durch seinen Körper floss, danach fühlte er sich etwas „komisch.“ Um ca. vier Uhr ging er alleine nach Hause, danach hat er keine konkrete Erinnerung bezüglich dem weiteren Verlauf des Tages und der Nacht. Vor dem Unfall hatte er nie Kopfschmerzen oder Schwindel gehabt, nach dem Unfall dagegen sehr stark, vor allem rechts. Unter der durchgeführten Behandlung hat sich sein Zustand zwischenzeitlich gebessert.

Hinsichtlich des Unfallhergangs berichtet die Ehefrau des P. ergänzend, dass dieser sich am Nachmittag nach dem Unfall schlecht fühlte und Schüttelfrost hatte. Nachts um drei Uhr sprach P. seine Frau mit verwaschener Sprache an, nachdem er aus dem Bett gefallen war. Die Ehefrau bemerkte daraufhin die linksseitige Lähmung.

Insgesamt ist der Patient sehr kooperativ und reagiert mental seinem Bildungsstand und seinem Alter entsprechend.

Die körperliche Untersuchung ergibt eine Klopfempfindlichkeit des Schädels, eine Facilisparese links und eine leicht nach rechts abweichende Zunge. Ein Röntgenbild des Schädels ist unauffällig. An der linken Extremität findet sich eine Prädilektionparese mit Kraftverlusten und Bewegungsstörungen hinsichtlich Gang und der Gesamtkoordination. Serologisch ist der Wassermann-Test positiv. Die internistische Untersuchung ergab eine mäßige Arteriosklerose, eine leichte Herzvergrößerung und eine Blutdruckerhöhung auf 160/100 mmHg nach RR.

Beurteilung

Der Patient erlitt einen Stromunfall mit 220 Volt, welche ca. eine halbe Minute durch den Körper flossen. Das feste Zupacken mit der linken Hand erklärt das Fehlen der Verbrennungsmarken. Nach dem Unfall fühlte sich der Patient komisch und fiel nachts aus dem Bett. Anschließend wurde ein Apoplex festgestellt, dessen Folgen sich aufgrund der entsprechenden Therapie in den folgenden Monaten besserten. Die Lähmungen und die Sprachstörungen bildeten sich zurück, der Patient konnte wieder gehen. Es bestehen jedoch noch weiterhin Residuen.

Zur Frage hinsichtlich des Zusammenhanges zwischen Stromunfall und Lähmung ist, laut Autor, zunächst festzustellen, dass die Meinungen der Voruntersucher geteilt sind, die Ansicht bezüglich einer rein hysterischen Reaktion aber definitiv falsch ist. Die Untersuchungen des Autors haben das typische Bild einer linksseitigen Hemiplegie ergeben. Unter Berücksichtigung des Zeitraums des Unfalles, zwischen zwei Uhr und vier Uhr nachmittags, und dem Feststellen der ersten Symptome um drei Uhr nachts, ist laut SCHWARZ ein kausaler Zusammenhang gegeben. Diese Ansicht unterlegt er mit dem Verweis auf die jüngste Veröffentlichung von PANSE, „Schädigung des Nervensystems durch technische Elektrizität,“ die einen Zusammenhang zwischen Arteriosklerose und Hemiplegie bei Stromunfällen beschreibt. Bei P. war eine Arteriosklerose festgestellt worden, was als eine Präposition für den Apoplex anzusehen ist, jedoch ausgelöst hat diesen ein elektrischer Schlag, der zu einer Kreislaufstörung mit Blutdruckschwankungen geführt hat, welche wiederum zu einer Schädigung des Gehirns geführt haben. Diese Auffassung ergibt sich aus den Erkenntnissen der Ursachenforschung bezüglich der Funktionsstörungen bei Schlaganfällen.

Ergebnis

Der Patient P. hat aufgrund eines elektrischen Schlages einen Apoplex erlitten, der zu einer linksseitigen Hemiplegie führte. Dieser elektrische Schlag ist ursächlich für die Dienstunfähigkeit des P., welche als Unfallfolge anzusehen ist.

2.8.5.3 Vergleich

Durch Elektrounfälle im technischen Bereich können im Bereich des Gehirns sekundäre Schäden infolge von Durchblutungsstörungen auftreten. Primär ist dabei das Herz betroffen, bei dem es durch den Stromfluss zu Rhythmusstörungen

kommt,⁷⁷ was wiederum die Durchblutung beeinträchtigt. Dadurch kann es erstens zu einer Hypoxie in Gehirn kommen, zweitens können sich im Herzen Thromben bilden, beides kann zu einem Apoplex führen,⁷⁸ Die von SCHWARZ mit Hilfe von PANSEs Veröffentlichung gemachte Aussage ist heute anerkannt, in der damaligen Zeit war dies eine aktuelle Neuerung im Bereich der Elektrounfälle, welche sich gerade etablierte. Im vorliegenden Fall dürfte nach heutigem Ermessen die haftungsbedingende und haftungsausfüllende Kausalität unzweifelhaft als gegeben angesehen werden, und ein Ersatzanspruch würde bestehen.

⁷⁷ Fritze S. 463, 1072.

⁷⁸ Fritze S. 729.

2.8.6 Steiner, G.: Über den Begriff „schweres Nervenleiden“ in den Versicherungsbedingungen der privaten Unfallversicherungen

G. Steiner, Heidelberg

Der Nervenarzt, 1931, S. 340-343

2.8.6.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

In Streitigkeiten zwischen Versicherungen und Versicherten müssen Ärzte oft beurteilen, ob ein „schweres Nervenleiden“ vorliegt. Zu diesem Problem werden zwei Fälle aufgezeigt, in welchen eine ähnliche Erkrankung zu unterschiedlichen Beurteilungen führte. Im weiteren Verlauf wird die Differenzierung des Begriffes „schweres Nervenleiden“ auf theoretischer Ebene fortgesetzt. Abschließend schlägt der Autor den Versicherungen vor, die Versicherungsbedingungen zu ändern und den Begriff „schweres Nervenleiden“ neu zu definieren. Im Vergleich zeigt sich, dass hier kein medizinisches Problem vorliegt, sondern die Lösung beim Gesetzgeber liegt, welcher das Problem nur zum Teil durch eine entsprechende Gesetzgebung gelöst hat.

2.8.6.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

Der Autor beginnt seinen Artikel mit der Feststellung, dass Ärzte oft in die Auseinandersetzungen zwischen Versicherung und deren Versicherten nach Eintritt eines Schadensfalles hineingezogen werden. Dabei ist es oft sehr schwierig für den Sachverständigen, die Objektivität zu wahren, da oft die Verunfallten die (finanziell) Unterlegenen sind, dennoch dürfen die zutreffenden Entscheidungen nicht von Gefühlen beeinflusst werden.

Den Anlass, über das „schwere Nervenleiden“ zu berichten, sieht STEINER in zwei aktuellen eigenen Fällen. In beiden Fällen handelt es sich um Nervenranke, jahrelang vom Autor selbst betreut, die eine private Versicherung hatten, in deren

allgemeinen Versicherungsbedingungen Unfälle, die der Versicherte nach dem Auftreten eines „schweren Nervenleidens“ erleidet, von der Versicherungspflicht ausgeschlossen sind.

Hauptteil

Den Versicherungen muss es selbstverständlich gestattet sein, die erhöhte Unfallgefahr nach dem Auftreten einer neuen Krankheit neu zu bewerten. Dies haben diese auch durch Einführung der Ausschlussgründe „schweres Nervenleiden,“ „Epilepsie,“ „Geisteskrankheit“ usw. getan, jedoch ist offen geblieben, wie sich der Versicherte nach dem Eintritt einer solchen Krankheit verhalten soll. Dies betrifft vor allem die Prämienzahlung für einen Versicherungsschutz, welcher nicht mehr besteht. Hierzu bemerkt der Autor noch, dass andere Gesundheitsveränderungen den Versicherungsschutz nicht beeinträchtigen. Ferner gibt es neben der oben genannten Aufhebung auch eine Einschränkung der Leistungspflicht bei vor dem Unfall bestehender dauernder Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit und bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit, falls auch andere Krankheiten außer dem Unfall daran mitgewirkt haben.

Die beiden Patienten, die nun zur Verdeutlichung des Problems herangezogen werden, litten beide an einer leichten Form der Enzephalitis lethargica (Parkinsonismus) und waren voll arbeitsfähig. Der eine ist selbständiger, einzelversicherter Kaufmann, der andere ein kollektivversicherter Angestellter. Der Kaufmann wurde auf einer Berufsreise in ein Eisenbahnunglück verwickelt, der Angestellte auf dem Heimweg von der Arbeit von einem Auto angefahren. Die Kollektivversicherung schloss den Angestellten nicht von der Versicherung aus, die private Versicherung des Kaufmannes diesen schon.

Hieraus wird die Lücke in den Ausschlussbedingungen deutlich, vor allem in Hinblick auf den Umstand, dass der Begriff des „schweren Nervenleidens“ medizinisch gesehen falsch wiedergegeben wird. Die Versicherungsgesellschaften meinen damit einem Krankenzustand welcher zu einem erhöhten Unfallrisiko führt. Ärzte dagegen verstehen unter einem „schweren Nervenleiden“ eine Krankheit, die schleichend beginnt, und fortschreitend zu einem schweren Siechtum führt. Somit kann laut dem Autor ein Mensch an einem schweren Nervenleiden erkrankt sein, ohne irgendwelche objektiven Beschwerden zu haben. Zu diesen Krankheiten gehören z.B. die multiple Sklerose, Parkinsonismus, Tabes dorsalis usw. Ferner ist zu

bedenken, dass der Kranke oft auch nicht über die Schwere der Krankheit aufgeklärt wird. Dadurch kann ihm oft gar nicht bewusst werden, dass sein Versicherungsschutz nicht mehr besteht. Außerdem sind die Anfangssymptome eines schweren Nervenleidens oft nur leicht und vorübergehend. Trotzdem kann die Versicherung, vom medizinischen Standpunkt gesehen, den Versicherungsschutz aufheben, obwohl der Patient beschwerdefrei ist. Somit liegt hier ein Ausnutzen des Begriffes des „schweren Nervenleidens“ durch die Versicherungen vor, und dies gegen den Sinn ihrer Verpflichtung. STEINER verdeutlicht dies durch ein konstruiertes Beispiel: bei einem Eisenbahnunfall wird die gesunde Person A vollentschädigt, ebenso der schwerhörige oder schwachsinnige B, wenn er voll arbeitsfähig ist, nicht aber der an multipler Sklerose erkrankte und ebenfalls voll arbeitsfähige C. Das Gleiche würde auf einen erfolgreich therapierten Paralytiker zutreffen. Dieses Verhalten der Versicherungen widerspreche dem Rechtsgefühl, so STEINER, und auch dem Sinn und Zweck der Ausschlussbestimmungen selbst. In dem Beispiel fehlen präzise Angaben des risikoerhöhenden Aspektes der Sinnes- und Bewegungsstörungen, auf die sich der Ausschluss begründet. Der Autor rät daher zu einer Änderung der Versicherungsbestimmungen, was auch von Vorteil für die Versicherungen wäre, da somit auch der Verdacht der unrechtmäßig erhaltenen Prämie nicht entsteht. Es lassen sich noch viele Fälle auflisten, in denen die Ausschlüsse vom Versicherungsschutz eher gerechtfertigt waren als im vorigen Beispiel, und dennoch als unrechtmäßig angesehen wurden, z.B. bei einem Tabiker mit leichter Ataxie. Dies ist medizinisch gesehen ein „schweres Nervenleiden“ und kann auch bei einer gutartigen Form nach Jahren zu einer Verschlechterung kommen. Der Kranke war nie beim Arzt und hat die Ataxie nie bemerkt. Von dessen subjektivem Standpunkt kann nach dem Weiterzahlen der Prämie und dem dann folgenden Ausschluss von der Versicherung ein Verstoß gegen die guten Sitten von Seiten der Versicherung beanstandet werden.

Zusammenfassung

STEINER schlägt eine neue Fassung der Versicherungsbedingungen in folgender Form vor:

1. Der Versicherte muss der Versicherung bei Eintritt eines „schweren Nervenleidens,“ welches zur Aufhebung des Versicherungsschutzes führt, dies unverzüglich mitteilen und fortfolgend vor jeder weiteren Prämienzahlung befreit werden.
2. Der Ausdruck „schweres Nervenleiden“ muss von den Versicherungen neu definiert werden. Ein Versicherungsausschluss sollte erst ab 50% Arbeitsunfähigkeit zulässig sein.

2.8.6.3 Vergleich

Im vorliegenden Fall spricht der Autor das Verhalten von Privatversicherungen an. Bei einem Vertragsabschluss mit einer solchen Versicherung besteht Privatautonomie (siehe Allgemeiner Teil Haftung nach Unfällen), das heißt die Versicherung schlägt ihre Bedingungen vor, und der zukünftig Versicherte stimmt dem zu oder nicht. Wie die Versicherungen ihre Bedingungen gestalten und wie sie bestimmte Begriffe definieren, ist ihnen selbst überlassen, solange kein Verstoß gegen die guten Sitten gemäß § 138 Abs.1 BGB oder ein Gesetz gemäß § 134 BGB vorliegt. Ferner gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Berufsunfähigkeit.⁷⁹ In Falle eines Streits über einen unzureichend definierten Begriff sind dann Gutachter gefragt, jedoch ist davon auszugehen, dass die Versicherungen nach einer Entscheidung ihre Vertragsbedingung so schnell wie möglich anpassen, sofern dies gesetzlich möglich ist, um einen weiteren Disput zu verhindern. Ansonsten ergeben sich die Bedingungen aus der Statistik und der Prämienhöhe. Das von STEINER angesprochene Problem ist nicht medizinisch zu lösen, sondern wirtschaftlich und juristisch, letzteres ist durch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Berufsunfähigkeit erfolgt. Allerdings sind auch dort viele Begriffe nicht ausreichend definiert.⁸⁰

⁷⁹ Venzlaff S. 513.

⁸⁰ Venzlaff S. 513.

2.8.7 Hoche, A.: Selbstmord nach Unfall (der Begriff „organisch“ in der Privatversicherung)

Prof. A. E. Hoche, Freiburg

Der Nervenarzt, 1931, S. 482-486

2.8.7.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

In einem Gutachten wurde die Frage nach dem Zusammenhang zwischen einem Eisenbahnunfall und einer anschließenden Selbsttötung gestellt. HOCHÉ gibt den Unfallhergang und die Umstände der Selbsttötung wieder. Die nun folgende Gegenüberstellung führt zu dem Ergebnis, dass die durch den Unfall ausgelöste Störung den Suizid bedingte. Im Vergleich mit den heutigen Beurteilungskriterien zeigt sich, dass Selbstmorde heute unter bestimmten Voraussetzungen ersatzfähig sind.

2.8.7.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

Der Autor wurde aufgefordert, ein Gutachten bezüglich des Zusammenhanges eines Eisenbahnunfalls des N. am 09.06.1928 und dessen Selbstmord am 20.06.1928 anzufertigen. Die Fragestellung beinhaltet, ob es eine direkte organische Hirnveränderung gab, die zur Selbsttötung führte. HOCHÉ weist darauf hin, dass er das Gutachten lediglich anhand des Aktenmaterials erstellte.

Gutachten

In der Vorgeschichte des N., geb. 1881, findet sich kein Hinweis auf eine ernsthafte Erkrankung, die körperliche Kondition und die Tüchtigkeit wurden als gut beschrieben. N. erkrankte 1927 an einem nervösen Nervenleiden, verbunden mit Kopfschmerzen, Sinnestäuschungen, Verwirrungen und ängstlichen Verstimmungen. Ein hinzugerufener Arzt stellte am 15.12.1927 ferner Verletzungen an den Handgelenken fest, welche sich N. selbst zugefügt hatte. Dies lässt auf einen Versuch des N. schließen, sich die Pulsadern aufzuschneiden. In der anschließenden Heilbehandlung, 22.12.1927 bis 04.02.1928, ergab sich abgesehen von einer erhöhten Harnsäurekonzentration kein pathologischer Befund. Danach war

N. arbeitsfähig, sein Allgemeinzustand war gut, das Rauchen und Trinken hatte er eingestellt, dies alles wurde von einem Zeugen bestätigt.

Der Eisenbahnunfall am 09.06.1928 geschah im Schlafwagen, wobei N. im Etagenbett oben lag und durch den Unfall aufgrund eines Sicherheitsnetzes nicht aus dem Bett geworfen wurde. Seine Ehefrau, welche unten lag, wurde an die Wand und auf den Boden geschleudert. Der Wagen selbst wurde nicht zertrümmert. Der Zustand des N. nach dem Unfall wurde von dessen Ehefrau als verwirrt und fast apathisch beschrieben, aus Angst verließ das Ehepaar erst nach einer halben Stunde den Wagon. Im weiteren Verlauf der Ereignisse wurde N. als „sehr hilflos, und leichenblass“ beschrieben.

Für den Zeitraum zwischen dem Unfall und dem Selbstmord gab es kaum Angaben: zum einen wirkte N. sehr verstört, zum anderen sind 3000 Reichsmark in unerklärter Weise verschwunden. Am 19.06.1928 berichtet eine Angestellte des N. von einer starken Verwirrtheit dessen.

In der Nacht 19./20.6.1928 wurde N. von drei Zeugen in der Fabrik gesehen, er wirkte vernachlässigt und sehr krank, ferner berichtete er von Kerlen, die ihn bedrohten. Um ca. 8.30 Uhr am nächsten Morgen brachte er sich den tödlichen Schuss bei. Zuletzt sagte er noch: „Jetzt habe ich die Burschen doch vom Leibe gekriegt.“

HOCHE beschrieb die Gesamtsituation folgendermaßen: Es handelte bei N. um einen unauffälligen, erblich nicht vorbelasteten Mann, der im Alter von 46 Jahren erstmalig psychisch erkrankt, was einen missglückten Selbstmordversuch zur Folge hatte. Danach tritt eine vollständige Heilung ein. Durch den Unfall kam es, erstens aufgrund der Schreckwirkung, zweitens aufgrund einer mechanischen Gehirnerschütterung, zu einer akuten Verschlechterung seines psychischen Zustandes. Diese Geschehnisse ereigneten sich, als N. bereits unter psychischen Veränderungen litt. Der aus diesen Ereignissen resultierende Zustand setzte sich unter Zunahme der Symptome über Sinnestäuschungen bis zum Selbstmord des N. fort, dessen Ursache in dem Bedrohungsgefühl und der inneren Spannung dessen liegt.

Das zuständige Landgericht lehnte einen Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Selbstmord mit der Begründung ab, es handle sich um eine psychische Erkrankung in Folge des Unfalls, die von der Versicherung, die nur bei organischen Schäden greift, nicht gedeckt sei. Ferner hatte die Ehefrau mit ihrer Angst vor

Räubern suggestiv auf N. eingewirkt und den schweren Verlauf dadurch bedingt. Die letzte Aussage des Gerichtes lehnt HOCHÉ vollständig als Laienauffassung ab, er sieht hier keinerlei Zusammenhang. Zur Beurteilung der Sachlage zitiert HOCHÉ zunächst die Versicherungsbestimmungen, in denen es heißt, dass psychische Erkrankungen nur erstattungsfähig sind, wenn diese verursachten psychische Veränderungen auf ein durch den Unfall entstandenes organisches Nervenleiden zurückzuführen sind. In diesem Fall ist zu sagen, dass der Selbstmord das Ergebnis einer Geistesstörung war, die sich an den Unfall anschloss. Eine unabhängige Beurteilung muss zu dem Schluss kommen, dass zwischen dem Unfall und der Geisteskrankheit ein Zusammenhang bestehen muss. Entscheidend für den Versicherungsfall ist nun der die Klärung der Begriffes des „organischen“ Nervenleidens. Hier merkt der Autor an, dass jede psychische Veränderung in gewisser Weise organisch ist, auch wenn man dies unter Umständen diagnostisch nicht erfassen kann („der Geist schwebt nicht über den Wassern“). Im allgemeinen Sprachgebrauch bedeutet nun organisch, dass man eine Veränderung sichtbar darstellen kann (anatomisch, laborchemisch etc.), funktionell dagegen bedeutet, dass man sie nicht sichtbar machen kann. Diese Trennung ist laut HOCHÉ realitätsfern, er verweist hier auf „Grenzgebiete“ in denen zwar chemische, nicht jedoch anatomische Veränderungen auftreten (z.B. Toxine). Eine Trennung zwischen organisch und psychogen-funktionell bezieht sich nur auf den Ausgangspunkt der Erkrankung, sagt jedoch nichts über parallele organische Veränderungen aus, die wiederum das Geschehen beeinflussen. Eine klare Trennung der beiden Begriffe ist demnach nicht möglich. Um den Begriff des „Organischen“ zu verstehen, verweist der Autor auf dessen Entstehungsgeschichte, die in einem „Notakt“ der Versicherungen liegt, um sich vor einer Flut von nichtgerechtfertigten Ansprüche (z.B. Unfallneurosen) zu schützen. Hinzu kommt, dass das Reichsversicherungsamt diese Vorgehensweise unterstützte. Die Privatversicherungen schützten sich noch extremer im Rahmen der Privatautonomie und schließen alle nichtorganischen Störungen komplett aus. Doch diese Feinheiten in der Unterscheidung zwischen organisch und funktionell treffen in diesem Fall einfach nicht zu, es gibt viele Fälle, in denen eine nichtorganische Arbeitsunfähigkeit vorliegt, ohne jegliche Anzeichen einer Renten neurose. Dies trifft auch auf den vorliegenden Fall zu.

Ergebnis

Der Beginn der Störung liegt zweifellos zeitgleich mit dem Unfall. Hier stellt sich nun die Frage, ob diese Störung nun funktionell oder organisch war. Tatsache ist, das N. vorgeschädigt und damit labil war, bei ihm reichte wenig dazu aus, ihn aus dem seelischen Gleichgewicht zu bringen. Dazu kommt, dass eine Gehirnerschütterung nicht auszuschließen ist, auch wenn sie klinisch nicht nachweisbar war. Der Zustand des N. zwingt den Sachverständigen dazu, einen solchen Umstand anzunehmen. Fasst man nun alle Gegebenheiten zusammen, und betrachtet man den „tieferen Zusammenhang,“ kommt HOCHÉ zu dem Schluss, dass es sich hier, trotz des äußerlichen Bildes der reinen „psychischen Störung,“ um eine Erkrankung organischen Ursprungs handelt.

2.8.7.3 Vergleich

Die organischen Ursachen der endogenen Psychosen, welche hier im obigen Fall vorliegen, konnten bis heute nicht gefunden werden. In diesem Punkt bleibt HOCHÉs Ansicht weiterhin eine Zukunftsvision. Jedoch sind heute die endogenen Psychosen unstrittig eine von drei Untergruppen der psychischen Störungen und damit als Krankheit anerkannt. Die anderen beiden Gruppen sind die rein organischen Störungen und die „abnormen Spielarten seelischen Wesens.“⁸¹ Das Problem ob organisch oder rein psychisch, spielt im Ergebnis keine Rolle mehr, der Schutz vor ungerechtfertigten Ansprüchen erfolgt aufgrund von besserer Differenzierung anderweitig.

Was den Zusammenhang zwischen Suizid und Unfall betrifft, so wird eine Leistungspflicht nur bejaht, wenn der Suizid in einem die freie Willensbildung auszuschließenden Zustand erfolgt ist.⁸² Dieser Zustand muss durch den Unfall hervorgerufen worden sein, und der Suizidant darf diesen Zustand nicht absichtlich herbeigeführt haben.⁸³ Wendet man diese Voraussetzungen auf den geschilderten Fall an, ist ein Zusammenhang zwischen Unfall und Suizid anzunehmen, der Unfall führte zu einer psychischen Störung mit Wahnvorstellungen, welche eine freie Willensentscheidung unmöglich machte. In dieser Phase wurde dann der Selbstmord verübt. Nach heutigen Kriterien, der mehrgliedrigen Kausalkette mit der

⁸¹ Venzlaff S. 11.

⁸² Fritze S. 141, 778.

⁸³ Fritze S. 779.

entsprechenden Beweispflicht, besteht demnach eine Leistungspflicht. HOCHER kommt ebenfalls zu diesem Ergebnis, allerdings über den Umweg der Annahme eines organischen Leidens. Dies ist nach dem heutigem Wissensstand nicht mehr nötig.

2.8.8 Schroeder, E.: Versorgungsärztliche Beurteilung eines Kranken mit Osteodystrophia fibrosa

Reg.-Med.-Rat Dr. E. Schroeder

Versorgungskuranstalt Bad Nauheim

Der Nervenarzt, 1931, 589 - 592

2.8.8.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Die Beurteilung von Patienten mit Osteodystrophia fibrosa soll demonstriert werden. Es wird der Fall eines Kriegsveteranen vorgestellt und begutachtet. Im Ergebnis ist hier von einer Kriegsdienstbeschädigung auszugehen. Im Vergleich mit der heutigen Zeit fällt auf, dass die Ursachen der Osteodystrophia fibrosa heute bekannt sind, und diese zur Beurteilung notwendigen Daten im vorliegenden Gutachten (noch) nicht vorhanden sind.

2.8.8.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

Der Autor beginnt seinen Artikel mit dem Hinweis, dass durch die Entwicklungen in der Röntgendiagnostik die Diagnose und die Klassifizierung der Osteodystrophia fibrosa deutlich verbessert wurden. Zwar sei die Ursache noch unbekannt, doch lassen sich Rückschlüsse aus der Beziehung des Knochengewebes zum Gesamtorganismus ziehen, hierzu verweist der Autor auf die jüngsten Arbeiten von FRANDENHEIM und MEYER-BORSTEL. Im nun folgenden Fall geht es nun nicht um die Kasuistik, sondern um die Beurteilung des Patienten anhand der gesicherten Kenntnisse.

Gutachten

Der Patient F.K., geb. 1879, hatte 1918 zum erstenmal Beschwerden im Sinne eines Gelenkrheumatismus. In Jahre 1922 stellte er einen Versorgungsantrag wegen Rheumatismus, als Ursache gab er den Militärdienst mit Gefangenschaft 1915-1919 an. K. klagte über Schmerzen und Steifheit in allen Gliedern, es wurde eine Kyphose der Wirbelsäule und Knochenaufreibungen am linken Schienbein und am ersten

Mittelhandknochen festgestellt. Eine Dienstbeschädigung aus diesem Grund wurde abgelehnt, für den Rheumatismus wurde sie anerkannt. Die Diagnose Osteodystrophia fibrosa wurde 1929 erstmalig gestellt, im Jahre 1930 wollte der Patient eine Rentenerhöhung. Im Rahmen einer folgenden Untersuchung wurde die Diagnose einer generalisierten Osteodystrophia fibrosa gestellt. Ein Gutachten lehnt einen Zusammenhang mit einer Schädigung während des Krieges ab.

Die körperliche Untersuchung zeigte einen unsicher stehenden, 51jährigen Mann, dessen Gehvermögen fast aufgehoben ist. Seit 1923 ist er um acht cm kleiner geworden (165 - 157cm). Im Bereich der Brustwirbel findet sich eine massiv ausgebildete Kyphose. Die Corticales der Tibia und Fibula sind verdickt (der Autor verdeutlicht dies mit drei Abbildungen). Am ganzen Körper hat der Patient druckempfindliche Stellen. Die interne Untersuchung ergab einen Zwerchfellhochstand sowie eine Cystitis granularis sowie einen möglichen Nierenstein links. Ferner findet sich eine Lungenstauung mit Verdacht auf Herzleistungsschwäche und renale Stase.

Beurteilung

Der Patient K. leidet laut dem Autor an einer generalisierten Osteodystrophia fibrosa, mit multiplen Veränderungen am gesamten Skelettsystem. SCHROEDER äußert die Meinung, dass der Gesamtzustand des Patienten als Dienstbeschädigung zu werten ist. Dies lässt sich eindeutig aus der Aktenlage ermitteln. Eine Trennung der Erkrankung in Osteodystrophia fibrosa und Gelenkrheumatismus ist aus medizinischer Sicht falsch. Die Ursache der Osteodystrophia fibrosa ist zwar unbekannt, man weiß jedoch, dass die Lebensumstände des Patienten diese beeinflussen. Für den vorliegenden Fall sind daher alle Einflüsse zu beurteilen, denen der Patient ausgesetzt war, insbesondere der Militärdienst und die Gefangenschaft. Diese Umstände haben die Erkrankung zwar nicht hervorgerufen, wohl aber sich negativ auf diese ausgewirkt. Die Gliederschmerzen, die der Patient seit 1918 angab, waren die ersten Symptome der Osteodystrophia fibrosa. Ab diesem Zeitpunkt bis heute kann die weitere Entwicklung der Erkrankung nachvollzogen werden, vom Verlust der Zähne wegen der Störung des Kalkstoffwechsels bis zu den Veränderungen des Brustkorbes und der Tibiae. Somit ist ein Zusammenhang zwischen den Beschwerden und deren Verschlechterung und dem Kriegsdienst

gegeben, diese hat die Entwicklung des Leidens negativ beeinflusst, so auch die Literatur.

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Osteodystrophia fibrosa des Patienten mit allen ihren Begleiterkrankungen und unmittelbaren Folgen sowie den zu erwartenden Folgen in Zusammenhang mit dem Kriegsdienst steht und daher als Dienstbeschädigung anzusehen ist.

2.8.8.3 Vergleich

Die Osteodystrophia fibrosa (cystica generalis) ist keine eigenständige Krankheit, vielmehr ist sie ein Symptom eines Hyperparathyreoidismus. Dieser kann primär, sekundär oder tertiär bedingt sein. Unter den primären Hyperparathyreoidismus (v. RECKLINGHAUSEN) fallen Adenome, Karzinome und Hyperplasie der Nebenschilddrüse, beim sekundären Hyperparathyreoidismus verursacht eine Hypokalzämie eine Hyperplasie der Nebenschilddrüse. Die Ursache für die Hypokalzämie kann ein chronisches Nierenversagen oder eine intestinale Resorptionsstörung sein. Falls sich aus einem sekundären Hyperparathyreoidismus eine Autonomie einwickelt, spricht man von tertiären Hyperparathyreoidismus. Im Rahmen der Begutachtung müssen die auslösenden Faktoren für die einzelnen Formen beurteilt werden, bei einem sekundären oder tertiären Hyperparathyreoidismus muss auch die Grundkrankheit in die Beurteilung mit eingeschlossen werden.⁸⁴ Der vorliegende Fall kann hier jedoch nicht beurteilt werden, es fehlen hier notwendige Angaben und Untersuchungen. Dies ist auf die damals noch unaufgeklärten Ursachen der Osteodystrophia fibrosa und die noch nicht vorhandenen diagnostischen Methoden zurückzuführen. Das Ergebnis des Autors ist nachträglich als reine Spekulation aufgrund der vorhandenen Daten zu werten, beweisbar war die Aussage in der damaligen Zeit noch nicht. Für die heutige Zeit können die notwendigen Beweise für die Kausalitäten nachträglich aufgrund der unzureichenden Datenlagen ebenfalls nicht aus den Gutachten eruiert werden.

⁸⁴ Fritze S. 651.

2.8.9 Beringer, K.: Behandlung und Metalues. KDB-Frage

Prof. K. Beringer, Freiburg

Der Nervenarzt, 1933, S. 566-568

2.8.9.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Es wird ein Gutachten beschrieben, in dem es um die Frage geht, ob eine luisch bedingte Paralyse aufgrund einer unzureichenden Behandlung während des Krieges als Kriegsdienstbeschädigung zu werten ist. Die Beurteilung erfolgt anhand der Krankengeschichte und der aktuellen Literatur. Dies führt zu dem Ergebnis, dass im vorliegenden Fall eine KDB vorliegt. Im Vergleich wird auf die geänderte Beurteilung von Luesinfektionen zum einen, und auf die heutige antibiotische Therapie zum anderen verwiesen.

2.8.9.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

Der zu begutachtende Patient S., geb. 10.11.1895, erkrankte 1928 an einer Paralyse, an der er im September 1930 verstarb. Die Diagnose war zweifelsfrei gestellt worden, ein Antrag auf Anerkennung einer KDB (Kriegsdienstbeschädigung) war seit 1928 durch einen Vertreter mehrfach gestellt worden. In diesem wurden zwei Argumente vorgetragen:

1. S. wurde in einem Kriegslazarett wegen einer Lues in Sekundärstadium behandelt (Salvarsanquecksilberkur) und war ohne entsprechende Aufklärung bezüglich möglicher Luesfolgen entlassen worden;
2. die Behandlung war nicht ausreichend, so dass die weiterhin bestehende Lues die Paralyse 1928 bedingte.

Der Autor wurde daraufhin aufgefordert, dazu Stellung zu nehmen, ob die Paralyse eine *wahrscheinliche*, und nicht nur eine *mögliche* Folge der unzureichenden Behandlung und Belehrung bezüglich der Lues, gemessen am derzeitigen Wissensstand, ist. Ein solcher Zusammenhang war zuvor von einem Gerichtsarzt und einem Amtsarzt abgelehnt worden, während ein Dermatologe diesen bejahte.

Gutachten

Zunächst führt BERINGER Teile der Krankengeschichte des Patienten auf: 1918 infizierte sich S. in einem Bordell mit Syphilis, drei Monate später meldete er sich wegen eines Knotens am After krank. Fünf Wochen wurde er behandelt, und anschließend mit der Diagnose Hämorrhoiden in das Kriegslazarett überwiesen. Hier wurde die Diagnose Lues im Sekundärstadium gestellt. Im Zeitraum von 30.07.1918 bis 19.09.1918 wurde er mit Neosalvarsan und Quecksilber behandelt. Hierunter heilten die Symptome vollständig ab, die WaR war am Ende der Kur weiterhin positiv. Dies war S. bekannt, wie sich aus einem Schreiben vom 20.09.1918 von ihm ergab. S. wurde dienstfähig zur Truppe entlassen, und laut eigener Aussage war er zunächst zwei Monate in der Krankensammelstelle, als er dann zur Truppe zurück sollte, brach die Revolution aus. Warum S. nicht früher zur Truppe zurückkehrte ist unklar, gegebenenfalls sind diese Angaben, laut Autor, aufgrund der Paralyse falsch. Nach dem Krieg litt S. an Pleurodynie und mehrmals an Lumbago, Luessymptome zeigte er bis zum Auftreten der Paralyse 1928 jedoch nie. Aus diesem Grund blieben wohl auch Arztbesuche aus. Im Jahre 1922 heiratete er, die Ehe blieb kinderlos.

Beurteilung

BERINGER reduziert die an ihn gestellten Fragen darauf, ob eine mehrmalige Syphilisbehandlung, im Gegensatz zur stattgefunden einmaligen Behandlung, die Paralyse hätte verhindern können. Er stellt hierzu zunächst fest, dass es absolut sicher ist, dass die Paralyse die Folge der Syphilisinfektion ist. Dazu bemerkt er jedoch, dass nicht jeder Syphilitiker eine Paralyse entwickelt, statistisch gesehen liegt diese Zahl bei 2-7%. Er stützt sich hierbei auf die Angaben von MATTAUSCEK und PILCZ, die in ihren Untersuchungen von 4134 Luespatienten in 4,7% der Fälle eine Paralyse, in 2,37% eine Tabes und in 3,19% einen Lues cerebrospinalis feststellten. Der Umstand, dass nur ein geringer Teil der Syphilitiker an einer Paralyse erkrankten, führte zu drei Theorien: die erste sieht die Ursache in dem Erregerstamm, die zweite in der körperlichen Beschaffenheit der Erkrankten, die dritte in einem Zusammenhang zwischen Behandlung und dem Auftreten von Metalues. All diesen Theorien fehlen laut dem Autor noch gesicherte wissenschaftliche Ergebnisse, dies ergebe sich schon aus den völlig entgegengesetzten Ansatzpunkten dieser Theorien (Unterlassung als Ursache vs. Therapie als Ursache). Tatsache ist, dass jeder Syphilitiker, ob nun unbehandelt,

anbehandelt oder intensiv behandelt, paralytisch werden kann. Es wird heute von Dermatologen angenommen, dass die Gefahr einer Metalues um so geringer ist, je zeitnäher nach der Infektion mit der Therapie begonnen wird, dies stützt sich auf den Umstand, dass es dabei noch nicht zu einer Verbreitung der Erregers in gesamten Körper gekommen ist. Grundlegend ist hierbei eine Arbeit von ARZT, auf den sich auch der Dermatologe im Vorgutachten bezogen hat. ARZT hatte von 540 in den Jahren 1911-12 in Primärstadium behandelten Syphilitikern noch 151 in Jahre 1930 ausfindig machen können, von denen 5 an Paralyse und 5 an Tabes erkrankt waren. Über die restlichen Patienten stellte er Nachforschungen an und kam zu dem Ergebnis, dass ca. 1,0% der Patienten an Tabes und 1,3% der Patienten an Paralyse erkrankt waren. Der Autor hält diese Art der Ergebnisfindung für unzulässig, aber wenn man nur die reell Untersuchten als Grundlage nimmt, kommt man zur einer Erkrankungswahrscheinlichkeit von Neurolues nach Behandlung im Primärstadium von 6,6%. Hieraus ergibt sich laut BERINGER, dass selbst eine Behandlung vor dem Sekundärstadium eine Metalues nicht ausschließt. Ob dies überhaupt möglich ist, lässt sich zur Zeit noch nicht sagen, da es noch nicht genügend Langzeitbeobachtungen gibt.

In Falle des S. ist die Sachlage ohnehin ganz anders, hier lag bereits ein Sekundärstadium vor, das heißt der Erreger hatte sich bereits im gesamten Organismus ausgebreitet, und es kommt zu ersten Einwirkungen auf das Nervensystem und den Liquor. Da, wie von ARZT gezeigt, auch nach Behandlung im Primärstadium Tabes und Paralyse nicht gerade selten auftreten, ist deren Wahrscheinlichkeit nach einer Behandlung im Sekundärstadium noch höher. Auch dass die Paralyse des S. durch eine energischere Behandlung hätte verhindert werden können ist unwahrscheinlich, die bisherigen Ergebnisse und Anhaltspunkte sprechen deutlich dagegen, dass Paralyse und Tabes seltener nach intensiver Therapie in Sekundärstadium auftreten als nach Anbehandlung.

Für den Einzelfall kann BERINGER die Frage, ob eine intensivere Therapie die Paralyse des S. hätte verhindern können, nicht bejahen oder verneinen. Die allgemeinen Erfahrungen jedoch deuten darauf hin, dass auch eine energische Behandlung die Wahrscheinlichkeit der Paralyse nicht gesenkt hätte. Zuletzt bemerkt der Autor, dass S. auch wusste, dass seine Lues nicht ausgeheilt war, und er sich trotzdem keiner weiteren Behandlung unterzogen hat, obwohl sein Bildungsstand

ausreichte, um diese Notwendigkeit zu erkennen. Der Autor vermutet die fehlenden Symptome als Ursache, ein für ihn typisches Verhalten von Luikern.

2.8.9.3 Vergleich

Ein Vergleich mit der heutigen Zeit ist schwierig, durch Antibiotika-Behandlungen ist die Lues in Westeuropa eine seltene Krankheit geworden, ganz verschwunden ist sie jedoch nicht. Eine Leistungspflicht wird nur bei nachgewiesener Infektion im medizinischen Dienst, nach Bluttransfusionen und nach Vergewaltigung angenommen. Zusätzlich ist bei Neurolyues dann noch zu prüfen, ob eine unsachgemäße Behandlung oder ein Trauma diese induziert hat,⁸⁵ haftungsausfüllende Kausalität. Im vorliegenden Fall wäre letzteres zwar zu bejahen, der Kriegsdienst selbst ist jedoch aufgrund der fehlenden haftungsbegründenden Kausalität keine zulässige Begründung mehr für eine Leistungspflicht.

⁸⁵ Fritze S. 738.

2.8.10 Säker: Paralyse und Unfall

Dr. med. Säker, Nervenabteilung des Allgemeinen Krankenhauses

St. Georg, Hamburg, Leiter: Dozent Dr. H. R. Müller

Der Nervenarzt, 1935, S. 470-478

2.8.10.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Der Artikel behandelt die Beurteilung von Noxen auf die Entwicklung einer Paralyse bei Lues. Zu diesem Zweck wird die aktuelle Literatur dargestellt und auf den konkreten Fall eines 35-jährigen Patienten mit einem Schädeltrauma angewandt. Im Ergebnis zeigt sich, dass Kopftraumen nur einen geringen Einfluss auf die Entwicklung einer Paralyse bei Lues haben. Im Vergleich mit FRITZE fällt auf, dass Traumen heute regelmäßig bei luischer Paralyse geprüft werden.

2.8.10.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

Durch die Erfahrungen des Krieges sind die Einflüsse von Noxen und Traumen auf den paralytischen Prozess wissenschaftlich für die Ärzte abgeschlossen. Dies trifft laut dem Autor nicht für die Gutachter zu, die jeden Fall individuell und neu beurteilen müssen.

Hauptteil

Zuerst weist SÄKER auf den Umstand hin, dass gemäß der Literatur nur 10% der Luesinfizierten für eine Paralyse prädestiniert sind, und die schweren Tertiärererscheinungen der Lues seit dem 18. Jahrhundert in Europa verhältnismäßig zurückgegangen sind. Die Erklärung dafür findet sich in dermatropen und neurotropen Bakterienstämmen sowie der gesteigerten immunologischen Resistenz der Menschen. Laut BERINGER liegt die Neuroluespathogenese in der Konstitution der Betroffenen. Diese „Disposition“ umfasst neben dem Genotyp auch andere Faktoren, wie z.B. eine unzureichende Behandlung, Allgemeinschwäche oder Immunschwäche. Ferner stellt sich die Frage, ob diese Faktoren eine beginnende

Paralyse nicht verschlechtern können, und wenn ja, wie diese Faktoren („Noxen“) die Paralyse beeinflussen.

BIRNBAUM stellt in seinen Kriegserfahrungen fest (LEVANDOWKIs Handbuch), dass äußere Noxen keinen Einfluss auf Paralyse haben, dasselbe gilt auch für äußere Einflüsse. Die Verteilung von Kriegsparalysen hinsichtlich Symptomen und Verteilungsbildern entsprach denselben wie bei Friedensparalysen. Auch traten keine psychogenen Überlagerungen auf, welche im Krieg eigentlich häufig sind. Des Weiteren fand sich in der Zahl der Paralysefälle keine Zunahme.

Nur die Frage der Beschleunigung durch Noxen musste vorsichtiger beantwortet werden. Insgesamt musste diese Auffassung für Kriegsnoxen ausgeschlossen werden, wobei einige Einzelfälle davon abwichen. Auch hochwertige Noxen, wie das Kopftrauma, führen nicht zu einer gesteigerten Gefahr der Paralyse, festgestellt von POPPELREUTHER.

Demnach führen auch erworbene Dispositionen nicht zu einer Erhöhung der Paralysegefahr und beschleunigen auch nicht deren Verlauf. Aber genau in diesem Bereich muss der Gutachter seine Entscheidung treffen, speziell wenn es sich um die Folgen von Hirnschäden handelt. Es muss jedoch von vorneherein ein größeres Kopftrauma vorliegen, um eine Anerkennung in Betracht zu ziehen, nicht aber eine einfache Commotio. Dabei muss man sich stets das REICHARTSche Schema, welches die lange Latenzzeit der Paralyse beinhaltet, in der keine Symptome bestehen, vor Augen halten. Liegt, wie in vielen Fällen, kurz vor dem Ausbruch der Paralyse eine Commotio vor, so wird dieser häufig fälschlich die Schuld zu gesprochen.

Hierfür gibt der Autor ein Beispiel an: ein 44-jähriger Patient infiziert sich mit 18 Jahren mit Lues. Am 16.06.1935 erleidet er bei einem Autounfall eine leichte Commotio. Mitte August zeigt der Patient zunehmend Paralyse-Symptome (dement - expansive Form). Das Zusammentreffen mit dem Unfall ist hier reiner Zufall. Auch gibt es Fälle, in denen sich ein Unfall nach dem Paralysebeginn ereignet: Der Patient Z. schlug am 25.12.1935 bei Glatteis mit dem Kopf auf eine Schiene auf, zeigte aber keinerlei Symptome. Anschließend kam es zu einer Veränderung seiner Sprache, die am 20.01.1936 zur Klinikeinweisung führte. Neurologisch war der Patient unauffällig, zeigte aber eine dement-stumpfe Paralyse mit typischem Liquorbefund. Ein Nachfragen ergab, dass diese Symptome bereits seit einem Jahr bestanden.

Es besteht auch die Gefahr, dass eine leichte Commotio in neurasthenischen Vorstadium eine Paralyse und deren Erscheinungsbild verschleiert, da diese Frühsymptome oft als postcommotische Beschwerden interpretiert werden. Oftmals ist die Diagnosestellung auch durch die Störung der seelischen Funktionen und der gesteigerten Suggestibilität bei schwerem Schädeltrauma erschwert. Hierzu gibt SÄCKER noch ein Beispiel: Der Patient St. war bis zu seinem Unfall im Mai 1936 völlig unauffällig. Dann zerschmetterte ein Fass vor seinen Füßen, ohne ihn zu verletzen. St. bekam kurzfristig Schüttelzittern und erlitt einen Sprachverlust. Mitte Juni 1936 bekam er Beschwerden im rechten Bein und Arm, später eine komplette rechtseitige Lähmung und Aphasie, welche aufgrund des gesamten neurotischen Verhaltens des Patienten nicht beurteilt werden konnte. Die Lähmung bildete sich größtenteils zurück, eine dement-euphorische Paralyse (bei typischen Liquorbefund) kam mehr und mehr zum Vorschein.

Besonders schwierig ist die Beurteilung von Auswirkungen von Kopftraumen auf den Krankheitsprozess, da hier oft schon gefühlsmäßig eine Beschleunigung des Krankheitsprozesses angenommen wird, und es fehlen stets Beweise, dass die Paralyse ohne das Trauma den gleichen Verlauf genommen hätte. Die notwendige Ablehnung durch das Rentenrecht stellt jedoch für den Erkrankten kein besonderes Unrecht dar. Vor allem im Bereich der Kopftraumen gibt es viele Erscheinungsformen der Paralyse, die eine Beurteilung enorm schwierig machen. Dies führt häufig zu einer willkürlichen Festlegung der Unfallfolgen, welche aber regelmäßig nur zu einem geringen Prozentsatz in die Ursache einfließen. REICHARDT fordert dafür eine maximale Latenzzeit von 6-8 Monaten zwischen Unfall und Paralyse und dem Nachweis von Brückensymptomen in dieser Zeit. Auch ist zu berücksichtigen, dass ein paralytischer Anfall einen Unfall bedingen oder vortäuschen kann, und ferner ist die „pathologische Reaktion“ zu bedenken, die auf eine Paralyse bei einem Unfall folgt und eine reine Unfallfolge ist. Der Autor schließt seine Ausführungen wiederum mit einem Beispiel: Ein 47-jähriger Mann hat sich mit 25 Jahren mit Lues infiziert, die 1929 nachbehandelt wurde. Ohne vorher auffällig zu sein, erlitt er am 27.05.1935 eine Kopfverletzung ohne Bewusstseinsverlust und Fraktur. Zuhause brach der Patient bewusstlos zusammen. Im weiteren Verlauf zeigte er das Bild einer Contusio cerebri mit Bewusstlosigkeit und motorischer Unruhe. Der Liquorbefund war typisch für eine Paralyse. Der Erregungszustand dauerte drei Wochen an, danach zeigte

sich eine dement-euphorische Paralyse. Die Erregung ist hierbei eindeutig als Unfallfolge zu werten.

Ergebnis

Zusammenfassend ist die Einwirkung von Kopftraumen auf die Paralyse als gering zu bewerten und spielt nur bei größeren Kopfverletzungen eine Rolle. Bei Grenzfällen gestaltet sich die Beurteilung oft willkürlich. Das gleiche gilt für andere Noxen, wie z.B. Unterernährung, Intoxikation usw., ihre Valenz ist zudem noch geringer.

2.8.10.3 Vergleich

Die Auswirkung von Traumen wird heute bei einer fraglichen Leistungspflicht bezüglich einer luischen Paralyse regelmäßig geprüft.⁸⁶ Das gleiche gilt für andere, die Infektion und ihr Fortschreiten beeinflussende Faktoren, wie z.B. zusätzliche Erkrankung und Immunsuppression.⁸⁷ Aufgrund der verbesserten Diagnosemöglichkeiten kann diesen Faktoren auch eine entsprechende Wertung zugemessen werden.

Zur Frage, wann Syphilisfolgen heute überhaupt als Schädigungsfolgen angesehen werden, siehe „Allgemeiner Teil Sozialrechtliche Haftung“ und „Behandlung und Metalues, KDB-Frage.“ In den hier beschriebenen Fällen werden die Infektionsursachen nicht erwähnt, somit ist ein derartiger Vergleich zu der heutigen Ansicht nicht möglich, die mehrgliedrige Kausalkette ist nicht beweisbar.

⁸⁶ Fritze S. 738.

⁸⁷ Fritze S. 736.

2.8.11 Struppler,T.: Progressive Muskeldystrophie und Trauma

Dr. Theodor Struppler,

Universitäts-Nervenlinik München (Direktor Geh. Rat Prof. Dr. Bumke)

Der Nervenarzt, 1939, S. 252-256

2.8.11.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Es stellt sich die Frage, ob zwischen progressiver Muskeldystrophie und Traumen ein Zusammenhang besteht. Hierzu wird der Fall eines 53-jährigen Landwirts vorgestellt, der einen Unterschenkelbruch erlitten hatte, und einige Jahre später an progressiver Muskeldystrophie erkrankte. Die Beurteilung nach der Wiedergabe der Vorgeschichte und der Untersuchungsergebnisse führt zu dem Ergebnis, dass der oben angesprochene Zusammenhang möglich sein könnte. Im Vergleich mit FRITZE zeigt sich, dass ein Zusammenhang zwischen Traumen und progressiver Muskeldystrophie heutzutage als gesichert gilt.

2.8.11.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

Zu Beginn seines Artikels verweist der Autor auf ein Gutachten von KLIMKE, darin werden Zusammenhänge zwischen der progressiver Muskeldystrophie und Trauma dargestellt. Die Frage lautete dahingehend, ob die Arbeit im Heizraum oder einem nassen kalten Kessel diese Krankheiten begünstige. KLIMKE lehnt dies mit der Begründung ab, dass Traumen von außen nur lokal wirken, während sich die progressive Muskeldystrophie schleichend nach inneren Gesetzen ausbreitet.

Hauptteil

Der 53-jährige Landwirt Z. erlitt laut Aktenlage 1916 in Rahmen seines Militärdienstes einen linkseitigen Unterschenkelbruch. Am 21.10.1921 stellte Z. einen Versorgungsantrag wegen Quetschung am Knie und Fußgelenk, sowie der Folgeschäden, das heißt Schmerzen bei Belastung des Unterschenkelbruchs. Dieser wurde nach einer Untersuchung am 18.06.1922 abgelehnt. Bei einer Nachuntersuchung 1923 wurde zusätzlich eine Lähmung sämtlicher Beugemuskeln

mit Atrophie festgestellt. Danach erhielt Z. eine 100%-ige Kriegsrente. Die Fortbewegung war Z. laut Akteneintrag nur unter Nachziehen des linken Beines möglich. Im Jahre 1927 wurde bei nahezu identischen Beschwerden die Diagnose progressive Muskeldystrophie gestellt. Ein erster Verdacht auf eine fortschreitende Nervenerkrankung fand sich bereits in dem Untersuchungsbefund von 1923. Mit der Begründung, dass es sich um eine anlagebedingte Erkrankung handelt, wurde Z. 1937 die Rente entzogen.

Die Vorgeschichte des Z. ist unauffällig, 1915 war er zum Kriegsdienst eingezogen worden. 1916 hat er sich bei einem Unfall mit Pferden im Rahmen dieses Dienstes das Wadenbein gebrochen. Nach dem Unfall war das linke Bein dünn und Z. hinkte. Nach dem Krieg nahmen die Beschwerden zu, auch wenn das Bein im Umfang wieder zunahm. Seit 1922 war das linke Bein vollkommen gelähmt.

Die allgemeine Untersuchungsbefund ist normal, bei der neurologischen Untersuchung zeigen sich fehlende Achillessehnenreflexe beiderseits, an beiden Beinen zeigt sich eine Pseudohypertrophie verbunden mit einer Oberschenkelatrophie sowie Lähmungserscheinungen an beiden Beinen, links stärker als rechts. Am linken Bein ist die gesamte Peroneusmuskulatur und der Iliopsoas fast ausgefallen. Die Muskeln Glutaei medii sind ebenfalls betroffen, Stehen auf einem Bein ist nicht möglich. Die Sensibilität ist am linken Bein nur leicht reduziert. Die elektrische Untersuchung zeigt eine quantitative Herabsetzung der Erregbarkeit bei beiden Stromarten, kein Anhaltspunkt für Lues.

STRUPPLER beginnt seine Beurteilung mit dem Hinweis, dass die Diagnose atypische progressive Muskeldystrophie aus dem Jahre 1927 richtig ist, dafür sprechen die schweren Muskelausfälle in beiden Beinen. Die stärkere Ausbildung im linken Bein, besonders im Unterschenkel, deutet auf eine Beckenform hin. Der Beginn mit ca. 30 Jahren spricht für die juvenile Form, bei der auch eine Erblichkeit oft fehlt. Der Autor geht als nächstes auf die Frage des Traumas ein. Er sieht es als erwiesen an, dass die Dystrophie mit dem Trauma aus den Jahre 1916 begonnen hat. Erste Anzeichen für die Lähmung finden sich jedoch erst 1922. Die Beschwerdezunahme bei der Untersuchung 1923 lässt auf eine rasche Progredienz zum Vollbild der Erkrankung in den Jahren 1922/23 schließen. Durch diesen Verlauf liegt der Schluss nahe, dass die atypischen Symptome, in diesem Fall die Schmerzen nach dem Unfall, mit dem Trauma als ursächlich in Zusammenhang zu bringen sind, vor allem aufgrund des einseitigen Peroneusbefalles.

Differenzialdiagnostisch käme auch eine Kombination von progressiver und neutraler Muskeldystrophie in Betracht, hiergegen spricht jedoch der Befund der elektrischen Untersuchung. Auch in der Literatur finden sich Fälle von progressiver Muskeldystrophie nach Trauma, so beschreibt SJÖVALL zwei derartige Fälle und kommt zu dem Schluss, dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Trauma und Erkrankung nicht ausgeschlossen werden kann. MINKOWSKY und SIEDLER erwähnen in drei Fällen eine Entwicklung einer progressiven Muskeldystrophie nach Keuchhusten, Trauma und körperlicher Anstrengung und halten eine exogene Einwirkung für den Zeitpunkt des Krankheitsausbruches für möglich. BRAMWELL fordert für solch einen Zusammenhang ein schweres Trauma, auf das die Muskeldystrophie unmittelbar folgt. Laut STRUPPLER sind diese Voraussetzungen bei Z. erfüllt, zum einen durch die Beschwerden nach dem Trauma, zum anderen durch den atypischen Verlauf, das heißt die fehlende Symmetrie. Das Trauma selbst ist als schwer anzusehen. Demnach sind die Anzeichen für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Erkrankung hier besonders deutlich, deutlicher als in der bisherigen Literatur.

Ergebnis

Im hier vorliegenden Fall muss ein Zusammenhang zwischen der progressiven Muskeldystrophie und dem Trauma für möglich angesehen werden.

2.8.11.3 Vergleich

Die Muskeldystrophien spielen als heritäre Myopathien bei der versicherungstechnischen Beurteilung praktisch keine Rolle. Nur in den Fällen, in denen eine leichte Arbeitsaufnahme überhaupt möglich ist, kann eine Leistungspflicht im Rahmen starker körperlichen Belastung, eines Traumas oder einer Infektion bestehen.⁸⁸ Um dieses Risiko so gering wie möglich zu halten, werden Patienten mit neuromuskulären Krankheiten Tests zur Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit unterzogen.⁸⁹ Die von STRUPPLER aufgestellte Vermutung, dass es einen Zusammenhang zwischen progressiver Muskeldystrophie und Trauma geben könnte, ist heute als bewiesen anzusehen. In dem geschilderten Fall wäre

⁸⁸ Fritze S. 751.

⁸⁹ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, Frankfurt, 2003, S. 507.

eine Entschädigung nach heutigen Maßstäben zu gewähren, die progressive Muskeldystrophie für sich bedingt diesen Anspruch nicht, er ist rein heritär bedingt. Jedoch erlitt der Patient das Trauma, welches die Muskeldystrophie beschleunigte und möglicherweise verstärkte, während des Kriegsdienstes. Für die Verschlechterung, hier eine richtungsweisende, reicht die hinreichende Wahrscheinlichkeit als Beweis für die haftungsausfüllende Kausalität aus, auch der Vollbeweis für die haftungsbegründende Kausalität, der Kriegsdienst, ist hier gegeben. Diese Fakten würden wahrscheinlich zu einem Entschädigungsanspruch in der heutigen Zeit führen.

2.8.12 Zusammenfassung

Die bereits im „Allgemeinen Teil“ erwähnte Frage des Kausalzusammenhanges zwischen Krankheit und Unfall, die haftungsausfüllende Kausalität, findet sich in fast allen Artikeln wieder. Nur in STEINERs Anmerkungen zur Privatautonomie ist dies nicht der zentrale Punkt. Etwas aus den Rahmen fällt auch HOCHERs Artikel bezüglich Selbstmord und Unfall, hier muss auch der Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und Suizid neben dem zwischen Unfall und psychischer Krankheit beurteilt werden. In allen anderen Fällen geht es rein um das medizinische Wissen. Hier fällt verständlicherweise auf, dass viele Fragestellungen heute nicht mehr in dieser Weise diskutiert werden müssen, da die medizinische Entwicklung inzwischen soweit fortgeschritten ist, dass diese Sachverhalte relativ eindeutig zu beurteilen sind, und es keiner größeren Diagnosedifferenzierung mehr bedarf. Als Beispiel dafür können hier die Artikel über den Stromunfall oder die Osteodystrophia fibrosa angesehen werden. In einigen Artikeln wird auch versucht, die neuesten medizinischen Erkenntnisse der damaligen Zeit am praktischen Beispiel wiederzugeben, z. B. bei der amyotrophischen Lateralsklerose. Allgemein fällt auf, dass die Beurteilungskriterien aller Artikel sich nach den gleichen Maßstäben richten, wie sie auch heute noch gültig sind. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die unfallbezogenen Artikel, besonders in Hinblick auf die Weiterentwicklung beziehungsweise die Verbreitung von medizinischen Kenntnissen, bedeutsam sind. Auf die allgemeinen Definitionen, die beispielsweise die Kausalität betreffen, wurde kaum eingegangen (hier mit einer Ausnahme – Privatautonomie), diese schienen bereits in dem Zeitraum, in welchem die Artikel veröffentlicht wurden, unstrittig gewesen zu sein.

2.9. Renten neurosen

2.9.1. Allgemeiner Teil

Nach einem Unfall besteht grundsätzlich auch eine Ersatzpflicht für seelische Schäden, die durch den Unfall bedingt wurden.⁹⁰ Hierbei ist zwischen zwei Arten von seelischen Störungen zu unterscheiden:

1. solche, die primär und unmittelbar durch den Unfall entstehen, wie z.B. Angstneurosen oder Depressionen,
2. und die sogenannten echten Renten neurosen⁹¹

Hiervon strikt zu trennen sind die seelischen Störungen, die im Rahmen einer Simulation in Täuschungsabsicht vorgegeben werden.

Bei den seelischen Schäden, welche primär und direkt durch einen Unfall ausgelöst werden, wird die Ersatzpflicht regelmäßig anerkannt, sofern diese erlebnisadäquat und zweckfrei sind, sogenannte zweckfreie Aktualneurose. Eine Haftungsbegrenzung erfolgt hier nur im Rahmen eines eventuellen Mitverschuldens.⁹²

Rechtlich anders sind die echten Renten neurosen zu beurteilen. Hier wird eine Arbeitsunfähigkeit behauptet, welche auf falschen beziehungsweise übertriebenen Begehrensvorstellungen beruht. Im Gegensatz zur Simulation liegt hier aber keine Täuschungsabsicht vor, vielmehr besteht die seelische Schädigung in einer unüberwindbaren Erwartungshaltung bezüglich der Ersatzansprüche.⁹³ Hier liegt ein Zweck der Neurose vor, namentlich die Durchsetzung der Rentenbegehrens. Dieses Verhalten wird oft als „Flucht in die Krankheit“ bezeichnet, basierend auf einem bewussten oder unbewussten Versorgungswunsch.⁹⁴ Es ist anzumerken, dass die Formulierung „Renten neurose“ rein juristisch zu werten ist, ebenso wie deren Definition. Medizinisch gesehen ist diese Formulierung nicht definiert und wird im ICD-10 nicht als eigenständiges Syndrom geführt. Es handelt sich somit von dieser

⁹⁰ Venzlaff S. 421.

⁹¹ Venzlaff S. 421.

⁹² Venzlaff S. 421.

⁹³ Venzlaff S. 421.

⁹⁴ Venzlaff S. 421.

Warte aus um einen veralteten Begriff.⁹⁵ Dennoch müssen die Gerichte immer wieder solche Fälle entscheiden, und der Psychiater muss in diesem Falle die juristische Definition der Renten neurose medizinisch auslegen und beurteilen.⁹⁶

Eine Haftung für die echten Renten neurosen würde prinzipiell bestehen, so entschied auch das Reichsgericht,⁹⁷ jedoch ist diese Haftung heute von juristischer Seite durch die ständige Rechtsprechung deutlich eingeschränkt. Eine Haftung ist heute ausgeschlossen wenn:⁹⁸

1. eine reine „Begehrensneurose“ vorliegt, mit der sich der Geschädigte eine Versorgung sichern und sich den Schwierigkeiten des Erwerbslebens entziehen will,
2. eine kausale Zurechnung der Schädigung bezüglich dem Schädiger nicht möglich ist, das heißt wenn das schädigende Ereignis austauschbar ist, beziehungsweise die Schädigung dem allgemeinen Lebensrisiko zuzurechnen ist,
3. die Schädigung in einem groben Missverhältnis zu dem schädigenden Ereignis steht, z.B. Bagatellunfälle, in solchen Fällen wird auch von einer unangemessen Erlebnisverarbeitung gesprochen.⁹⁹

Eine Haftungsminderung kann in den Fällen erfolgen, in denen das Verhalten des Geschädigten durch eine therapeutische Maßnahme oder einen zumutbaren Willensakt normalisiert werden kann.¹⁰⁰ Insgesamt wird durch diese Beschränkungen der Gefahr Rechnung getragen, durch großzügige Rentengewährungen die „Flucht in die Krankheit“ noch zu unterstützen.¹⁰¹

⁹⁵ Venzlaff S. 509f.

⁹⁶ Venzlaff S. 421.

⁹⁷ RG 75, 21; 155,41; 159, 257.

⁹⁸ Venzlaff S. 440.

⁹⁹ Venzlaff S. 422.

¹⁰⁰ Venzlaff S. 440.

¹⁰¹ Venzlaff S. 422.

2.9.2 v. Weizsäcker, V. : Über Rechtsneurosen

Prof. Dr. Freiherr Victor v. Weizsäcker, Heidelberg

Der Nervenarzt, 1929, S. 569-581

2.9.2.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Die zunehmende Zahl der Rentenneurosen dient als Hintergrund, um diese Problematik ausführlich zu diskutieren. Hierzu stellt v. WEIZSÄCKER zunächst die Psychologie der Rentenneurosen unter besonderer Berücksichtigung der Motivation der Betroffenen dar. Anschließend wird die Therapie der Rentenneurose angesprochen, wobei v. WEIZSÄCKER sein eigenes Therapiekonzept vorstellt. Zum Schluss wird noch die Kausalitätsproblematik angesprochen. Im Ergebnis sieht v. WEIZSÄCKER seine Ausführungen erst als Beginn einer weiterführenden Auseinandersetzung mit dem Problem der Rentenneurose an. Im Vergleich zeigt sich, dass der Artikel als grundlegend für die spätere Entwicklung der Betrachtungsweise der Rentenneurose anzusehen ist. Viele der vorgestellten Ideen wurden aufgegriffen, ausgearbeitet und sind in den heutigen Ansichten noch vertreten.

2.9.2.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

Die Rentenneurose ist laut v. WEIZSÄCKER eine Volksseuche, auch die Behauptung, es handle sich hierbei nicht um eine Krankheit, und sei reine Privatsache, ändere daran nichts. Durch die juristischen und staatlichen Anforderungen habe sich die ärztliche Anschauung derart verschoben, dass daraus ein Meinungsstreit entstanden ist. Nicht die Heilung, sondern die Begutachtung ist entscheidend für die Begriffsbestimmung geworden, und die Gutachten haben mit reiner Wissenschaft nicht viel gemeinsam.

Hauptteil

Der Autor beginnt mit einer Darlegung der Psychologie der Neurosen. Die Rentenneurose kann nicht zu den geklärten Krankheiten gezählt werden

(SCHWARZ), die Erkenntnis, dass Psychosen psychogen und nicht somatisch sind (OPPENHEIM), reicht nicht aus. Auch scheiden sie bei dieser Erkenntnis nicht aus dem vom Recht erfassten Bereich aus. Es liegt hier ein Kompetenzstreit vor, wem es obliegt, die Rentenneurose zu beurteilen. Aufgrund ihrer Erfahrungen sollten dies die Ärzte sein und eine Rechtsreform beantragen. Die Neurose selbst zeichnet sich dadurch aus, dass das, was als Ziel erlebt wird, nicht gemeint ist. Viele Gutachten enden an dieser Stelle, die Frage, was hinter dem Rentenbegehren steht, wird nicht mehr gestellt. Hier ist zwischen Stoff und Motiv zu unterscheiden. Die Rente ist meist mehr Stoff als Motiv, so v. WEIZSÄCKER, das eigentliche Motiv ist das „Recht-haben-wollen.“ Dies führt dazu, dass die „Rentenneurose“ in „Rechtsneurose“ unbenannt werden muss. Als nächstes stellt sich die Frage, warum ein Mensch unbedingt Recht behalten muss, und ob dies wirklich der einzige Antriebsgrund ist. Der Rechtsneurotiker sieht sich scheinbar auch in seinem „Wert“ beeinträchtigt. Die reine Existenzangst kann es auch nicht sein, dazu ist die soziale Sicherung in Deutschland zu dicht. Die Ursache für diesen Verstoß gegen die Vernunft sieht der Autor in den Erfahrungen des ersten Lebensjahrzehnts, der Psychoanalyse folgend. Das besondere an der Rechtsneurose ist, dass hier durch die Versicherungen und die Rechtsordnung zusätzlich eine Marschroute festgelegt wird. Auffällig ist, dass man oft einseitig die Motivation eines Rechtsneurotikers hervorhebt, viele Gutachter betonen nur diese in ihren Gutachten. Es ist jedoch nötig, auch die stärkste Affektentladung zu bewerten. Oft sind zwei Affekthandlungen zu beobachten, die bezüglich des Traumas und die bezüglich der Rechtsverweigerung. Man erkennt daraus, dass der Affekt selbst bereits einen Konflikt auslöst, das heißt einen eigenen Wert bekommt. Auch ist zu beobachten, dass viele Rechtsneurotiker ihren Unfall nicht als Schicksal ansehen, sondern als Werk des Bösen. Würden sie ihn als Schicksal ansehen, so würden sie anfangen, sich selbst Vorwürfe zu machen, viel einfacher ist es, jemand anderem die Schuld zu geben. In einem Neurotiker besteht demnach ein Kampf mit sich selbst, gegen die Akzeptanz seines Leidens, dem Ergeben in sein Schicksal. Gewinnt er diesen Kampf, ist er geheilt, aber dies kann er nicht, das gerade ist ja seine Krankheit. Auch die Einstellung zum Recht selbst ist eine spezifische Disposition. Diese kann bis hin zur (unbewussten) Selbstschädigung gehen, in der man den Hass auf sich selbst auf den Rentenkonflikt überträgt. Je rechtsverbundener ein Mensch ist, desto gravierender können die Ausmaße der Neurose sein. Nun betrachtet v. WEIZSÄCKER das Verhältnis von Trieb, Motiv und

Objekt. Objekt ist die Rente, Motiv der Rechtswille, als Trieb ist die Existenzangst anzusehen. Die Rente tritt als einziges äußerlich in Erscheinung, die Rechtsgeltendmachung ist ein rein innerlicher Aspekt, der Rechtsweg ist nur das spezielle Verwirklichungsmittel zum Erreichens des Zieles Rente. Das „Ich will Recht haben“ ist immer Teil eines zweiseitigen Rechtsaktes, auch die Gegenseite will Recht haben. Der Richter muss nun Recht sprechen, hierbei muss er nach bestehendem Recht handeln, er darf nicht die Rente verweigern um den Neurotiker zu heilen. Der Gutachter, der dem Richter hilft, muss sich wiederum bewusst sein, dass er einer Parteinahme unterliegt, welche sein Werturteil beeinflusst, vgl. LANDAUER. Hieraus entwickelt sich ein Widerspruch, denn selbst wenn der Gutachter den adäquaten Zusammenhang ablehnt, wird er Hilfe in Form von Heilung anbieten und spätestens hier Partei für den Anspruchsteller nehmen. Die Argumentation, die Krankheit sei reine Privatsache, nützt dann auch nichts mehr, der Kranke ist bereits in seiner Krankheit bestätigt worden. Zu diesem Zeitpunkt liegt dann ein rein sozialpolitischer Streit vor, wer die Verfahren beziehungsweise Therapien bezahlen muss. Zu diesen Heilverfahren ist zu bemerken, da das psychologische Verständnis bereits fehlerhaft ist, dass die Therapien ebenfalls unzulänglich sein werden.

Nun widmet sich v. WEIZSÄCKER der Therapie der Rechtsneurose. Mit dem „Dogma,“ dass kein Therapieerfolg zu erwarten ist, solange der Rechtsstreit noch andauert, hat man sich abgefunden. Fraglich ist auch, ob der Rentenentzug einen Behandlungserfolg nach sich zieht, vgl. SCHWARZ. Dem gegenüber stehen als Behandlungsmethoden Psychotherapie und -analyse mit ebenfalls fraglichen Erfolgen. Der Autor selbst hält eine Behandlung auch bei bestehendem Rechtsverfahren für möglich, diese weicht jedoch von der Standardbehandlung der Neurosen ab. Rechtsneurosen sind eine Mischung aus einem Schreck beziehungsweise Trauma und privaten Konflikten, dennoch bleibt sie im Kern eine Neurose, auch wenn der Anschein oft trügt. Durch Psychotherapie kann man einen Erkrankten dazu bringen, einen Teil seiner Symptome „aufzugeben,“ einen anderen, solange das Rechtsverfahren läuft, jedoch nicht. Diese „Tendenz“ zur Rechtssicherung ist therapeutisch nicht beeinflussbar und birgt das Risiko, den bisherigen Erfolg wieder zunichte zu machen. Die Rechtsansicht des Arztes ist dabei unerheblich, da er deren Verwirklichung nicht gewährleisten kann. Der Autor selbst verfährt folgendermaßen: zuerst behandelt er den Rechtsneurotiker wie jeden

anderen Neurotiker auch, anschließend, nach ca. 14 Tagen, erörtert er mit ihm die Aussichten seines Rentenbegehrens, unter Darlegung aller relevanten Punkte inklusive dem eigenen Gutachten und etwaigen Gefahren des finanziellen Ruins durch Prozesskosten. Durch die persönliche Bindung ist der Patient solchen Argumenten zugänglich; zeigt er schließlich eine Bereitschaft zum Abschluss des Verfahrens, folgt die dritte Phase, in der Vertreter aller Instanzen und Parteien noch im Krankenhaus einen endgültigen Vergleich schließen und den Rechtsstreit beenden. In diesem Augenblick verschwinden auch die letzten Symptome bei den Patienten. Stellt man alle drei Perioden gegenüber, erkennt man, dass das, was die Neurose bedingt hat, v. WEIZSÄCKER nennt dies Momente, sich in der Therapie widerspiegeln muss. Bei einem Rechtsdruck reicht demnach eine Psychotherapie, bei einer Projektion der Neurose in das Recht eine Rentenentziehung, nicht aus. Die zweite Periode unterscheidet sich von der ersten dahin, dass der Arzt sich nun in die Realität begibt, in der das Theoretische zurücktritt, und der Patient ultimativ aufgefordert wird, auf diese Realität einzugehen, da sonst die Behandlung abgebrochen werde. In der dritten Periode scheidet der Arzt dann aus den Geschehen aus. V. WEIZSÄCKER merkt noch an, dass dieses Verfahren bisher nur erfolgreich bei Privatversicherten und Reichsbahnangehörigen eingesetzt werden kann, ansonsten scheitert es fast immer an der Bürokratie der Versorgungsanstalten. Eine Erfolgskontrolle konnte bisher nicht durchgeführt werden, da die ernsthafte Verwirklichung dieses Therapiekonzeptes noch aussteht. Die Erkenntnis, dass Therapie billiger ist als ein Prozess, hat sich noch nicht durchgesetzt. Ferner ist dem Autor bewusst, dass die Therapieerfolge seines Konzeptes Zweifel an dem Neurosezustand an sich aufkommen lassen. Diese beseitigt er mit dem Hinweis, dass die Unterschrift unter dem Vergleich durch die Autorität des behandelnden Arztes und die dadurch entstandene Wahrnehmung der Realität erzielt wird. Bei einem nicht neurotischen Menschen wäre diese Autorität nicht nötig. Auch ist zu bemerken, dass hier eine Behandlung einstimmig gefordert wird, was für den Krankheitscharakter spricht. Psychotherapie alleine reicht hier nicht aus, der Sinn für die Realität muss mittels der Übertragung wiederhergestellt werden. Dies geschieht in der zweiten Periode, in welcher der Patient den Arzt nun auf der Seite der Gegner sieht, mit denen er sich nun unbewusst identifizieren kann. Dies ist keine reine Psychologie, die ungünstigen Aussichten des Rechtsverfahrens stehen dahinter. Hier wird dem Patienten eine mögliche Realität gezeigt, die v. WEIZSÄCKER als

Situationstherapie bezeichnet, die bei weiterem Verfolgen der Rechtsansprüche entstehen könnte. Der Arzt muss sich dabei stets bewusst sein, dass er nur helfen will, ansonsten besteht die Gefahr, den Patienten abzuschrecken. Ferner muss er den Kranken als Kranken anerkennen und seine Gleichgültigkeit am Ausgang des Rechtsstreites zeigen. Im Vergleich zwischen seiner Situationstherapie und der reinen analytischen Psychotherapie stellt der Autor fest, dass bei der Psychotherapie die Grenzen zwischen „Realitätsprinzip“ und Realität derart verschwimmen, dass die Gefahr besteht, dass Arzt und Patient eine Einheit gegen die Rechtsrealität bilden. Bei anderen Neurosen ist dies überaus wichtig, bei der Rentenneurose, die eine Flucht vor der Rechtsrealität ist, ist dies ein schwerwiegender Fehler. Schematisch gesehen erweitert die Situationstherapie die klassische „zweieckige“ Arzt-Patient Beziehung um die dritte Ecke Situation.

Zusätzlich zur Grundtherapie können bei dem Bestehen von anderen Neurosen neben der Rechtsneurose, diese so mitbehandelt werden, dass es ebenfalls zu einem positiven Effekt für die Rechtsneurose kommt, z.B. im Bereich der Vertrauensbildung bei der Behandlung von Angstneurose. Mit dieser Erörterung wollte v. WEIZSÄCKER die Elemente der juristischen kausalen Beurteilung darlegen. Zuletzt geht der Autor auf die adäquate Ursache und Medizin ein. V. KRIES definierte die adäquate Ursache als die Faktoren, die mit höchster Wahrscheinlichkeit zu einem Ereignis geführt haben. Bedenkt man nun, dass die Wahrscheinlichkeit für eine Rentenneurose nach einem Unfall durchschnittlich unter 50 % liegt, so ist der Unfall als „Ursache“ stets abzulehnen. Das legt die Vermutung nahe, dass bei der Rechtsneurose die Rente beziehungsweise der Streit darum, der in 100 % der Fälle vorliegt, die adäquate Ursache ist. Diese Ansicht vertreten einige „Radikale,“ welche die Ursache der Rentenneurose in der Sozialversicherung sehen und dem Staat die Schuld geben. Dagegen ist zu sagen, dass statistisch nicht die Mehrzahl der Sozialversicherten, welche einen Unfall hatten, eine Rechtsneurose entwickeln. Insgesamt ist der Rechtszustand als Ursache abzulehnen.

Eine weitere vertretene Ansicht ist, dass Neurosen konstitutionell und nicht traumatisch erworben sein können. Hierfür fehlt jedoch eine ausreichende wissenschaftliche Begründung. Interessant ist es z.B., dass die Aktivierung einer Tuberkulose nach einem Thoraxtrauma als Unfallfolge angesehen wird und nicht auf die Konstitution des mit Tuberkulose Infizierten zurückgeführt wird. Diese Widersprüche sind nur durch eine abweichende geistige Einstellung gegenüber der

Rechtsneurose erklärbar, in die im Gegensatz zur „normalen“ Medizin auch politische, weltanschauliche und moralische Ansichten einfließen. Deutlich wird dies in der Praxis, wenn der Gutachter mit der naturwissenschaftlichen Kausalität nicht weiterkommt und auf die historische Kausalität (vgl. WINDELBAND) zurückgreift. Nicht ein medizinisches Argument führt oft zu einer Ablehnung der Rente, sondern vielmehr die Überlegung bezüglich der finanziellen Folgen.

Interessant ist für v. WEIZSÄCKER hier auch die Behandlung des Zeitfaktors. In Gutachten wird für die psychische Kausalität der gleiche zeitliche Zusammenhang verlangt wie für die mechanische. Diese Kausalitäten sind jedoch nicht vergleichbar, bei der Psyche treten oft Fernwirkungen auf, die „zeitlos“ (vgl. FREUD) sind. Es fällt auf, dass die psychischen Folgen eines Unfalls schnell „vergessen“ werden sollen, während das rasche Vergessen eines verstorbenen Verwandten gesellschaftlich beklagt wird. Dieses Missverhältnis ist bisher weder wissenschaftlich noch juristisch gelöst worden, wann ein Vergessen beziehungsweise Verdrängen normal und wann pathologisch ist, ob ein bewusstes oder unbewusstes Motiv vorliegt, und woran das Gesetz letztendlich zu messen ist, muss noch entschieden werden.

Die Fragen, ob es eine adäquate Verursachung von neurotischen Spätfolgen gibt und ob eine krankhafte Schwächung des Willens durch diese entsteht, können laut dem Autor nicht wissenschaftlich beantwortet werden. Dem entsprechend gibt es Fragen von richterlicher Seite, die nicht medizinisch beantwortet werden können, oft werden diese Fragen nur juristisch angepasst beantwortet. Eigentlich sollten die Juristen und Ärzte Hand in Hand zusammenarbeiten, und dies bedeutet auch, dass einmal eine Lehrmeinung aufgegeben werden muss. Für die Ärzte konkret bedeutet dies die Aufgabe der Meinung, dass die Rentenneurose „keine Krankheit im Sinne der medizinischen Wissenschaft“ ist. Durch diesen Satz verhärten sich die Fronten nur, statt sie aufzulösen, dadurch wälzt man das Problem nur auf andere ab, z.B. von der Berufgenossenschaft auf die Krankenkassen und Landesversicherungen. Steuern lässt sich die Rentenneurose nur durch ein Zusammenwirken aller Instanzen, nicht durch Definitionen, das ist das eigentliche Problem. Genau dieses, so v. WEIZSÄCKER, will er mit dem von ihm vorgestellten Behandlungsschema erreichen, welchem sich dann alle zu unterwerfen hätten. Ziel muss die Heilung und Verhütung der Rechtsneurose sein.

Ergebnis

Laut v. WEIZSÄCKER steht die Rechtsneurose am Beginn großer Umwandlungen. Die Einigung, dass es sich um eine soziale Krankheit handelt, die bekämpft werden muss, dürfte nicht schwer sein. Die bisherigen Definitionen helfen dabei nicht, und deren Veröffentlichung ist zu früh erfolgt, dem entsprechend steht noch viel Arbeit aus.

2.9.2.3 Vergleich

V. WEIZSÄCKERS Abhandlung ist als ein Einstieg in die Problematik der Rentenneurose zu sehen. Entsprechend sind viele seiner Aussagen sehr allgemein gehalten, was sich auch im Ergebnis widerspiegelt. Aufgrund dessen ist ein Vergleich auch nur bedingt möglich. Die vom Autor angesprochene Problematik zwischen der rechtlichen und medizinischen Beurteilung besteht weiterhin, die geforderte Zusammenarbeit besteht heute trotz des Umstandes, dass die „Rentenneurose“ von medizinischer Seite weiterhin nicht definiert ist (vgl. Allgemeiner Teil Rentenneurose). Die Umwandlung des Begriffes Rentenneurose in Rechtsneurose ist nicht erfolgt, die Bezeichnung Rentenneurose wird jedoch von Medizinern als falsch und obsolet angesehen.¹⁰² In Hinblick auf das Motiv, das heißt den Zweck hat sich heute im Gegensatz zu v. WEIZSÄCKERS Ansicht die Rente (und das Nicht-mehr-Wollen) und nicht der Rechtswille etabliert.¹⁰³ Dass die Rentenneurose auch heute noch durch die Schadensersatzregelungen Vorschub erhält, ist unstrittig,¹⁰⁴ durch die Haftungsbeschränkung (vgl. Allgemeiner Teil Rentenneurose), die von der Rechtsprechung vorgenommen wird, kann jedoch von einer gewissen Prävention gesprochen werden. Auch diese hat v. WEIZSÄCKER gefordert. Auch auf die Gefahr der Fixierung der Neurose¹⁰⁵ hat der Autor bereits hingewiesen, diese spielt heute eine Rolle bei der Beurteilung, ob eine Rentenneurose noch überwunden werden kann und somit die Haftungspflicht entfällt (vgl. Allgemeiner Teil Rentenneurose). Insgesamt kann v. WEIZSÄCKERS Artikel als grundlegend für die Entwicklung der Beurteilung der Rentenneuroseproblematik angesehen werden, dessen zentrale Ideen weiter wirken.

¹⁰² Venzlaff S. 421, 509f.

¹⁰³ Venzlaff S. 487.

¹⁰⁴ Venzlaff S. 422.

¹⁰⁵ Venzlaff S. 488.

2.9.3 Lottig, H.: Zur Frage der Behandlung von „Unfallneurosen“

Dr. med. Heinrich Lottig

Universitäts-Nervenlinik Hamburg-Eppendorf, Direktor: Prof. Dr. Nonne

Der Nervenarzt, 1930, S. 321-326

2.9.3.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Vor dem Hintergrund der vielfältigen Meinungen über das Wesen der Rentenneurose vergleicht LOTTIG diese Meinungen untereinander und gibt dazu seine eigenen Auffassungen wieder. Im Ergebnis fordert er eine Neugliederung der Begriffes der Rentenneurose in drei strikt zu trennende Gruppen. Der Vergleich zeigt, dass ein Teil dieser Systematisierung in die heutigen Zeit übernommen wurde.

2.9.3.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

Einleitend weist LOTTIG auf den Wandel der Ansichten bezüglich der sogenannten „Unfallneurosen“ in den letzten Jahren hin. Viele Ärzte haben sehr geringe Kenntnisse im Bereich der Unfallneurose, doch die beginnende Anwendung der nun entwickelten Neurosenlehre ist begrüßenswert. Zwar zeigen die Hauptvertreter der herrschenden Lehre (HOCHÉ, JOSSMANN, KRONFELD, STIER, WILMANN) Anzeichen, Korrekturen in ihren Ansichten vorzunehmen, an der nicht gegebenen Entschädigungspflicht bei der „Unfallneurose“ halten sie jedoch fest. Im Sammelwerk „Unfallneurose“ von RIESE dagegen bejahen die Autoren eine Entschädigungspflicht. Gleichzeitig fordern sie eine Behandlung der „Unfallneurotiker.“ Zwischen diesen beiden Auffassungen liegt die Ansicht von v. WEIZSÄCKER. LOTTIG will nun die Ursachen der Meinungsverschiedenheiten sowie Behandlungsmöglichkeiten und – gefahren darstellen.

Hauptteil

In Bezug auf die Frage, ob „Unfallneurosen“ Krankheiten sind, sieht der Autor das Problem in dem Umstand, dass der Begriff „Unfallneurose“ als Sammelbezeichnung für verschiedene heterogene Inhalte benutzt wird (vgl. RIESE). Man sollte diesen daher nicht weiter benutzen, sondern gezielt auf die Inhalte eingehen, welche sich in drei Gruppen aufteilen. Zunächst gibt es die Personen, deren psychogene Störungen auf Renten- und Sicherungswünschen beruhen. Diese erste Gruppe ist strikt von den echten Schock- oder Schreckneurosen, welche durch angsterfüllte Erlebnisse ohne Mitwirkung von eigenen Motiven entstehen können, zu trennen. Diese zweite Gruppe sind die echten traumatischen Schreckneurosen, welche unstrittig eine Krankheit darstellen. Die dritte Gruppe umfasst die Personen, die klassischerweise als „Unfallneurotiker“ bezeichnet werden, jedoch keine für die Neurose typische Verkettung von Symptomen mit einem tiefen Konflikt haben. Dieser Personenkreis versucht mit ihrem wehleidigen Verhalten teils bewusst, teils unbewusst, eine Situation auszunützen. Es handelt sich hierbei nicht um eine Simulation, sondern vielmehr um eine „neurotische“ Überlagerung, und dem entsprechend liegt hier auch keine Erkrankung vor.

Somit bleibt als Streitpunkt die zuerst genannte Gruppe der Zweckneurosen. Die hier auftretenden Symptome unterliegen nicht dem bewussten Willen, vielmehr sind sie durch einen Zweck motiviert (Rente, Rechthaben usw.). Ob es sich hierbei um eine Krankheit handelt, lässt sich allein mit der Definition nicht beantworten. Das Problem ist der Krankheitscharakter der Zweckneurose, verglichen mit allen anderen Krankheiten. Diese haben alle eine schicksalhafte Unabwendbarkeit an sich, die geradezu zu Mitgefühl und Hilfeleistung zwingen, bei der Zweckneurose dagegen stehen egoistische Interessen im Vordergrund. Zwar sprechen sozialmedizinische und versicherungstechnische Argumente für die Bejahung einer Krankheit, dennoch muss zwischen Krankheiten durch „Schicksalsschläge“ und solchen aufgrund von „Eigeninteresse“ strikt getrennt werden. Es fällt auf, dass sowohl RIESE und seine Mitarbeiter als auch v. WEIZSÄCKER auf diese notwendige und begründbare Trennung nicht ausreichend eingehen. Zur genaueren Spezifizierung, was er mit dieser Trennung meint, verweist LOTTIG auf MOEHRCHEN, der in einem von den Hysterien übertragenen Sinn von einer Misskreditierung des Neurosebegriffes durch die Zweckneurose spricht. Eine fehlende Einhaltung dieser Trennung wird weiteren unstimmgigen Meinungen Tür und Tor öffnen.

Als nächstes wendet sich LOTTIG der Behandlung der „Unfallneurosen“ zu. Diese unterteilt er in die oben genannten drei Gruppen. Die sogenannten „Pseudoneurotiker,“ die dritte Gruppe, bedarf wegen des fehlenden Krankheitscharakters überhaupt keiner Behandlung. Entscheidend ist hier eine genaue Diagnose. Bei der ersten Gruppe, den Zweckneurosen, liegt die Ursache des Zustandes nicht im Unfall, sondern in deren Versicherungsstatus (HOCH), entsprechend besteht auch keine Entschädigungspflicht, die auch die Behandlung mit einschließt. RIESE und seine Mitarbeiter sehen das anders, für sie besteht eine Behandlungspflicht. Dem hält LOTTIG FREUD entgegen, der auf die Notwendigkeit von Honoraren in der Neurosenbehandlung für den Therapieerfolg hingewiesen hat. Eine fehlende finanzielle Belastung des Patienten in Form der Kostenübernahme durch den Versicherungsträger animiert den Patienten geradezu zu weiteren Leistungsforderungen. Die Behandlung selbst ist möglich, und nach Abweisung der Ansprüche, und unter der Voraussetzung selbst etwas zahlen zu müssen, auch nicht sehr schwierig. Das von v. WEIZSÄCKER vorgestellte Verfahren mit Anspruchsaufgabe und anschließendem Vergleich ist LOTTIG hinsichtlich der Motivation nicht verständlich, da der Patient hier einen Teil einer Forderung erhält, die ihm gar nicht zusteht. Die Patienten, die v. WEIZSÄCKER nach der Ansicht des Autors meint, haben eine Störung, die auf ein „Haben-wollen“ aufgebaut ist, nicht jedoch eine echte traumatische Schreckneurose. Es ist daher nicht einsehbar, dass diesen Leuten ein Anspruch auf Hilfe geschenkt werde, der auch noch von der Unfallversicherung gezahlt werden soll. Hier werden die „Konsequenzen“ mit der Psychoanalyse verknüpft, und es besteht die Gefahr, dass der Psychoanalyse Unkundige diese Meinung als richtig ansieht. LOTTIG und die NONNEsche Klinik lehnen dieses Vorgehen ab, und fordern in Einklang mit FREUD, dass Zweckneurotiker nicht kostenfrei behandelt werden dürften. Die traumatischen Schock- und Schreckneurosen, die zweite Gruppe, bedürfen selbstverständlich einer Therapie. Es besteht zwar die Gefahr, dass sie aus der Schreckneurose eine Rentenneurose entwickeln, aber die Zahl dieser Neurosen ist gering, und die Behandlungspflicht könnte zeitlich begrenzt werden. Die Behandlung der Rentenneurose ist z.B. erst nach einer fehlgeschlagenen Erholungsphase indiziert.

Ergebnis

LOTTIG fordert den Begriff „Unfallneurose“ in drei Gruppen aufzuteilen und nicht mehr als Sammelbegriff einzusetzen. Die drei Gruppen sind die „pseudoneurotischen Reaktionen,“ die Zweckneurosen und die traumatischen Schreckneurosen. Somit ließen sich Meinungsverschiedenheiten verhindern. Bei den Zweckneurosen muss ferner eine scharfe Trennung zwischen egoistischem Verhalten und Schicksalsschlägen bei anderen Krankheiten gezogen werden, entsprechend sind sie keine Krankheiten. Die Behandlung muss einen finanziellen Aufwand des Patienten beinhalten, damit eine Erfolgsaussicht besteht. Auf die aktuellen Gesetze ist LOTTIG bewusst nicht eingegangen, er ist der Meinung, dass die Gesetze der medizinischen Wissenschaft folgen müssen, nicht umgekehrt. Nach den nun gezeigten Grundsätzen hat eine Gesetzesanpassung baldmöglichst zu erfolgen. Kritisch psychologisch betrachtet, sollte der Staat keine Objekte versichern, die dafür nicht geeignet sind, wie z.B. die menschliche Seele.

2.9.3.3 Vergleich

Die von LOTTIG beschriebene traumatische Schreckneurose entspricht einer primären Neurose nach heutiger Ansicht, die Zweckneurose der echten beziehungsweise klassischen Rentenneurose, vgl. Allgemeiner Teil Rentenneurose. Für die Gruppe der „pseudoneurotischen Reaktionen“ gibt es heute kein entsprechendes Korrelat, entweder liegt hier bereits eine Simulation vor, oder es handelt sich „noch“ um eine echte Rentenneurose. Vor diesem Hintergrund ist festzustellen, dass die Forderung LOTTIGs nach einer Differenzierung des Begriffes des „Unfallneurotiker“ in der heutigen Zeit erfüllt ist. Sie entspricht aber nur zum Teil der von LOTTIG aufgestellten Systematisierung.

2.9.4 Jossmann, P.: Rentenneurose und Arbeitsfähigkeit

Privatdozent Dr. P. Jossmann

Psychiatrische und Nervenlinik der Charité, Berlin

Direktor: Geh.- Rat Prof. Dr. Bonhoeffer

Der Nervenarzt, 1930, 474 - 481

2.9.4.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

JOSSMANN geht in seinem Artikel auf das Problem des „ursächlichen Zusammenhanges“ bei Arbeitsunfällen, besonders in Hinblick auf die Rentenneurose, ein. Hierzu schildert er den Fall eines Angestellten, der nach einer Gesäßprellung psychische Symptome zeigte. Im Ergebnis wird ein Zusammenhang der Beschwerden mit dem Unfall bei zweckgerichteter Willensbildung und fehlender Ursächlichkeit abgelehnt. Im Vergleich mit den heutigen Beurteilungskriterien ergibt sich, dass auch heute das Rentenbegehren höchstwahrscheinlich abgelehnt werden würde, jedoch aus anderen Gründen als JOSSMANN sie aufgeführt hat.

2.9.4.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

Für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist die Darstellung des „ursächlichen Zusammenhanges“ von entscheidender Rolle, vor allem wenn ein Anspruch von einem anderen Sozialversicherungsträger bereits abgelehnt wurde. Der Autor sieht darin eine Gefahr für den Arbeitsschutz und möchte dies anhand eines Falles darstellen.

Vorbemerkung

Vor der Falldarstellung zitiert der Autor ein Schreiben, in dem auf die zunehmende Praxis von Bediensteten hingewiesen wird, sich wegen banalen Unfällen berenten zu lassen. Anschließend weist JOSSMANN darauf hin, dass der Begriff der Arbeitsunfähigkeit in Gutachten nur nach medizinischen Gesichtspunkten bestimmt wird, ohne dabei rechtliche Konsequenzen zu berücksichtigen. Im Rahmen der sogenannten Rentenneurose spricht STIER von einer „Hemmung des

Arbeitswillens,“ welche die sogenannte Arbeitseignung beeinflusst. Es ist aber, laut dem Autor, unzulässig, aus der Arbeitseignung direkte Rückschlüsse auf die Arbeitsfähigkeit und umgekehrt zu ziehen. Diese Hemmung bewirkt beim Probanden eine Nichtaktivierung beziehungsweise Ablehnung von Fähigkeiten, welche die Möglichkeit einer Rente zunichte machen. Auch die Behandlungsfähigkeit eines Probanden ist nicht mit einer Arbeitsunfähigkeit gleichzusetzen.

Untersuchungsergebnisse

Nach einem Sturz auf die Füße und das Steißbein hatte der Antragsteller M., Beruf Schaffner, eine Gesäßprellung erlitten, zusätzlich wurden die Diagnosen der Hysterie, der Unfallneurose, Psychopathie und Unfallpsychose gestellt, keine organischen Schäden.

M. erstellte einen eigenen Krankenbericht: Unfall Januar 1927, fünf Wochen krank, danach furchtbare Kopf- und Rückenschmerzen, Zunahme der Beschwerden im September, Arbeit nur zeitweise möglich, seit April 1928 dauerhaft krank, zuletzt auch Schwindelanfälle. M. war voll orientiert, hielt sich selbst für schwerst krank, er gab Beschwerden am ganzen Körper an. Ein Verfahren bezüglich Invalidität war abgelehnt worden.

Die körperliche Untersuchung ergab keinen pathologischen Befund. Während der Untersuchung kniff M. mehrmals die Augenlider ohne ersichtlichen Grund zusammen, bei dem Hörtest gab er an, schwer zu hören, was objektiv nicht nachweisbar war. Ein ähnliches Verhalten zeigte er auch bei der Sensibilitätsprüfung und der Gangprüfung (beobachtet: sturzgefährdet; unbeobachtet: deutliche Besserung).

In M.'s psychischem Verhalten fiel auf, dass er viel jammerte und permanent seine Beschwerden „demonstrierte.“ M. zeigte hysterisches Verhalten zusammen mit einer Pseudodemenz und versuchte stets das Wohlwollen des Untersuchers zu erlangen.

Die Ehefrau gab an, dass M. sich zuhause genauso verhalte, sie könne nicht verstehen, warum ihr Mann kein „Ruhegeld“ erhalte, anderen seiner Kollegen wäre es ja schließlich auch gewährt worden.

Gutachten

Nach dieser Untersuchung konnte kein Zusammenhang zwischen den „körperlichen“ Beschwerden des Patienten und dem Unfall gefunden werden, die gezeigten Symptome sind als hysterische Reaktion zu bewerten. Die Beschwerden bessern sich in dem Moment, in dem man die Aufmerksamkeit des M. unterbricht. Ebenso simuliert er bei der Intelligenzprüfung, auch das, auf das Wohlwollen des Untersuchers gerichtete, Verhalten ist auffällig.

Die Voruntersucher beurteilten die Situation genau gleich, dennoch ist der Autor der Meinung, dass die Diagnose der „Unfallpsychose“ hier falsch ist (gemeint ist eine körperliche Reaktion auf den Unfall). Vielmehr handele es sich um eine sogenannte psychogene Reaktion, was heißt, dass das ganze Verhalten nur dem Ziel dient, eine Rente zu erhalten. Dies erkennt man auch aus den Aussagen der Ehefrau bezüglich der Rentengenehmigung der Kollegen. Zusammenfassend ergibt sich, dass die körperlichen Beschwerden einen Rentenanspruch nicht rechtfertigen, da es sich nur um „psychologisch“ motivierte Wünsche des Antragstellers handelt.

JOSSMAN sieht es als notwendig an, nun auf die Frage der Erwerbsunfähigkeit aufgrund der hysterischen Erkrankung und deren Zusammenhang mit dem Unfall einzugehen. Er sieht zwei Möglichkeiten, die Arbeitsunfähigkeit zu erklären: Erstens, der Patient handelt aus reiner Zweckmäßigkeit, dann läge eine Simulation vor, oder zweitens, sie resultiert aus der Missinterpretation der subjektiven Beschwerden. Bei beiden Möglichkeiten sind die körperlichen und psychischen Beschwerden „Kunstprodukte,“ welche eine Rente nicht rechtfertigen, da hier lediglich der Arbeitswille fehlt. Ein Rentenanspruch läge nur dann vor, wenn dieses Fehlen organisch ausgelöst worden wäre. Es ist nun die Aufgabe des Mediziners, diesem Arbeitsunwillen nachzugehen. Im Falle einer psychischen Erkrankung kann dann eine Arbeitsunfähigkeit bejaht werden (dies sagt aber noch nichts darüber aus, ob es sich um eine Unfallfolge handelt). Hiervon zu unterscheiden sind die Fälle, zu denen auch der vorliegende gehört, in denen eine „zweckgerichtete Krankheitsdemonstration“ vorliegt. Der Unterschied dieser beiden Willensäußerungen liegt in der Zumutbarkeit der einzelnen Zustände. Bei psychisch Kranken ist eine freie Willensbildung gar nicht möglich, und eine Arbeitsaufnahme oft unzumutbar, bei psychogen ausgelösten Willensbildungen kommt es durch eine freie Entscheidung zu einer Hemmung des Arbeitswillens. Dies ist nicht als Krankheit anzusehen, vielmehr liegen die Ursachen in den seelischen und charakterlichen

Eigenheiten der Patienten. Untermuert wird diese Beurteilung auch durch den Verlauf des Verhaltens: nach Gewährung einer Rente und auch nach endgültiger Ablehnung klingen die Beschwerden ab. Bei einem psychisch Kranken bleiben die Beschwerden, unabhängig jeglicher Entscheidungen, gleich.

Ergebnis

Der Autor kommt zu dem Ergebnis, dass eine Dienstunfähigkeit in Sinne von § 1 der Bestimmungen über die Gewährung von Ruhegeld usw. nicht gegeben ist. Zwar würden die gezeigten Beschwerden eine Rente rechtfertigen, wenn diese Beschwerden nicht von einer zweckgerichteten Willensbildung hervorgerufen werden würden. Bei einer psychogenen (hysterischen) Reaktion kann eine Dienstunfähigkeit nicht angenommen werden. Der Autor vergleicht dies mit einem mitwirkenden Verschulden aus dem BGB (§ 254). Auch muss für eine Rente eine dauerhafte Dienstunfähigkeit vorliegen, was hier nicht gegeben ist, denn es ist von einer Beschwerdeverbesserung nach Billigung oder Ablehnung der Rente auszugehen.

Zur Lösung des Problems sieht JOSSMANN zwei Möglichkeiten:

1. eine psychotherapeutische Behandlung des M.,
2. eine ausführliche ärztliche Aufklärung des M. über seine Zustand, um so die hysterische Reaktion zu beenden.

Zusammenfassend kommt die medizinische Beurteilung zu dem Schluss, dass eine psychogene Reaktion keine Dienstunfähigkeit bedingt. Es stellt sich jedoch die Frage, ob M. weiterhin für den Dienst als Schaffner geeignet ist. Hierbei ist zu bedenken, dass der Arbeitswille durch „Mitleidsbekundungen des Laienpublikums“ weiter negativ beeinflusst wird. Auch eine Versetzung in den Innendienst scheint bei der gezeigten Pseudodemenz wenig sinnvoll, die gegebenenfalls schon fixiert sein könnte. So muss die Frage zur gegenwärtigen Diensteignung verneint werden. Es kann diskutiert werden, ob eine Rente aus Billigkeitsgründen zugesprochen werden könnte, dies ist jedoch nicht Aufgabe der Mediziner.

2.9.4.3 Vergleich

In der heutigen Zeit geht die Wissenschaft davon aus, dass psychogene Reaktionen nur stark begrenzt willentlich beeinflussbar sind. Auch klingen die Beschwerden keineswegs nach der entgeltigen Entscheidung ab. Eine Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit hat umso weniger Aussicht auf Erfolg, je mehr der folgenden Kriterien vorliegen:

1. langjährige Verläufe ohne Remission oder mit kontinuierlich chronischer Beschwerdezunahme,
2. psychische Komorbidität,
3. chronische körperliche Begleiterkrankungen,
4. sekundärer Krankheitsgewinn,
5. Scheitern von Rehabilitationsmaßnahmen,
6. sozialer Integrationsverlust und
7. unzureichende Behandlungsergebnisse.¹⁰⁶

Auch wurde festgestellt, dass die Gewährung oder Versagung der Rente kaum eine Auswirkung hinsichtlich des Weiterbestehens der Beschwerden hat.¹⁰⁷ Für den oben geschilderten Fall würde sich nach heutigen Gesichtspunkten höchstwahrscheinlich eine dauerhaft bestehende Symptomatik ergeben, die weder durch einen Willensakt noch durch eine Rentengewährung beseitigbar wäre. Hinsichtlich des Rentenbegehrens des Patienten ist zu bemerken, dass laut JOSSMANN hier entweder eine Simulation oder eine zweckgerichtete Neurose vorliegt. In beiden Fällen wäre nach heutiger Rechtsprechung eine Rente abzulehnen (Vgl. Allgemeiner Teil Rentenneurose). JOSSMANN selbst vermeidet den Begriff der zweckgerichteten Neurose, diese Diagnose hätte in der damaligen Zeit einen Rentenanspruch begründet, er spricht vielmehr von einer psychogenen Reaktion mit Zweckrichtung, um den Anspruch zu negieren. Zwar ist das Ergebnis, die Rentenversagung, nach heutigen Gesichtspunkten relativ sicher als richtig anzusehen, der Weg über die Begriffsänderung und das Mitverschulden wäre heute jedoch nicht mehr nötig. Es hat hier den Anschein, als wollte JOSSMANN die zu diesem Zeitpunkt aktuelle Rechtsprechung, die er scheinbar als falsch ansah, zu umgehen, und seine eigene „Lösung“ durchzusetzen.

¹⁰⁶ Venzlaff S. 511f.

¹⁰⁷ Venzlaff S. 511.

2.9.5 Abenheimer, K.: Zivilrechtliche Haftung für Unfallneurosen

Dr. Karl Abenheimer, Rechtsanwalt beim Badischen Oberlandesgericht Karlsruhe
Der Nervenarzt, 1933, S. 525-533

2.9.5.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Der Artikel geht das Problem der Unfallneurosen (Rentenneurosen) von der juristischen Seite an. Der Autor erklärt hierzu die Begriffe der Kausalität und Adäquanz. Ferner wird die damalige Rechtsprechung dargelegt, und klare Linien für ihre Anwendung aufgestellt. Anschließend diskutiert der Autor die Anwendung des §254 BGB im Rahmen des Mitverschuldens. ABENHEIMER kommt zu dem Ergebnis, dass die Rentenneurose nur unter Zuhilfenahme ihrer Entstehungsgeschichte beurteilbar ist, und die Sachverständigen keinen starren medizinischen Vorgaben folgen dürfen. Im Vergleich zeigt sich, dass die aufgestellten Grundsätze auch heute noch gültig sind.

2.9.5.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

Laut dem Autor hat in den letzten Jahren die medizinische Diskussion mehr und mehr in das juristische Gebiet übergegriffen. ABENHEIMER will einen Einblick in die juristischen Gedankengänge geben, unter Zuhilfenahme der aktuellen Rechtsprechung.

Hauptteil

Zunächst weist der Autor darauf hin, dass sich die juristische Sprache grundlegend von der naturwissenschaftlichen Sprache unterscheidet, da sie das Recht praktiziert und keine „Weltanschauung“ wiedergibt. Die Juristen beziehen ihre Begriffe nicht von den Naturwissenschaften und sind von deren Definition weitgehend unabhängig. Der ärztliche Krankheitsbegriff ist für Juristen relativ unwichtig, in Gesetzen ist meist von Schädigungen die Rede, ein Begriff, der mehr umfasst als nur Krankheit. Auch bei dem Begriff der Kausalität gibt es Unterschiede. Für Juristen sind nur Kausalreihen interessant, die zum haftbar zu machenden Menschen führen, sonstige Umstände

wie Konstitution oder psychischer Zustand des Verletzten sind unerheblich. Ausnahmen gibt es nur für ungewöhnliche Umstände. Aber genau diese Ansichtweise, so der Autor, wird von vielen Ärzten verkannt, unter ihnen auch JOSSMANN, GRUHLE und STRAUS, wenn sie einen Zusammenhang zwischen Unfall und Neurose unter dem Hinweis ablehnen, dass psychologische Zusammenhänge nicht identisch mit den kausalen Zusammenhängen sind. Unter einem juristisch Begriff sind oft viele naturwissenschaftliche Begriffe untergebracht, und psychologische Zusammenhänge werden den kausalen gleichgesetzt. Hierfür gibt ABENHEIMER einige Beispiele aus der Rechtsprechung, wie z.B. den Nervenzusammenbruch einer Mutter beim Anblick des Unfalltodes ihres Kindes. Es ist nicht zu erwarten, dass das Reichsgericht die Ansicht aufgibt, auch wenn ein Urteil vom 05.02.1931 dies vermuten lässt. Das Reichsgericht hat hier die Ansicht JOSSMANNs nicht geteilt, obwohl das Urteil mit dem Ergebnis des Gutachtens identisch war, es stützte seine Entscheidung nicht auf dieses Gutachten. Dies ergibt sich auch aus späteren Entscheidung bezüglich der Mutter, siehe oben. Die Ansicht des Reichsgerichtes bezüglich psychologischer Zusammenhänge und Kausalität deckt sich vielmehr mit dem Denken und der Sprache von wissenschaftlichen Laien, dem Volk. Dies wird von den medizinischen Fachleuten häufig übersehen. Zum Beispiel ist die Neurose für das Reichsgericht nur eine Nervenkrankheit, die Ursachen dafür sind nicht von Belang. Entsprechend ist es schwierig, genaue Richtlinien für die Haftung von Unfallneurosen festzulegen. Ähnliches gilt auch für die adäquate Kausalität, ebenfalls ein reiner Rechtsbegriff (zum Ursprung vgl. v. WEIZSÄCKER), der zur Vermeidung von unbilligen Haftungen dient, wobei „adäquat“ mit „angemessen“ gleichzusetzen ist. Auch eine Relativierung der Schwere des Unfalls mit den Folgen ist nach deutschem Recht nicht möglich, da eine Beschränkung des Schadensersatzes an sich nicht vorgesehen ist. Auch eine Abwägung der einzelnen Ursachen lehnt das Reichsgericht ab, eine solche Prozentrechnung ist zu zweifelhaft in der Beurteilung. Unter inadäquat versteht das Reichsgericht ungewöhnliche Ereignisse, in denen es unbillig wäre eine Haftung anzunehmen, wobei der Einzelfall zu prüfen ist. Dies bereitet bei der Anwendung auf die Unfallneurose Schwierigkeiten. Hier wird auf den „inneren Zusammenhang“ zwischen Unfall und Neurose, bei denen Adäquanz vorliegt, und „äußerlichen Anlass,“ wo diese fehlt, verwiesen. Diese Begriffe sind „nichtssagend,“ dass sieht man daran, dass sowohl Befürworter als auch Gegner der Reichsgerichtsmeinung

sich damit bestätigt sehen. Letztendlich muss man sich mehr auf die Tatsachen einlassen, als man das bisher getan hat, und anhand typischer Fälle und Beispiele eine Richtlinie vorgeben, was bisher in der Rechtsprechung versäumt wurde. ABENHEIMER versucht nun, aus der bisherigen Rechtsprechung klare Linien herauszuarbeiten:

1. Es sind nicht nur Neurosen adäquat, die durch den Unfall direkt verursacht wurden, sondern auch solche, die sich zwangsläufig ergeben oder vom Verletzer verursacht werden. Als Beispiel werden hier prozessbedingte Behandlungs- oder Verlustneurosen genannt.
2. Die Ansicht, die Entschädigungspflicht stehe im Zusammenhang mit der Art der Neurose, und nur Phobien stünden in einer adäquaten Verbindung mit einem Unfall (STRAUS) ist falsch, dies wurde oben bereits erörtert. Bis jetzt gab es bei keinem der vom Reichsgericht positiv beurteilten Ansprüche eine reine Phobie. Jede Art der Neurose kann oberflächlich oder tiefgehend sein, die Symptomatik ist nicht entscheidend.
3. Laut Psychoanalyse kann ein Unfallereignis nicht Ursache einer Neurose sein, vielmehr handle es sich um das Auftreten von anderen verdrängten Konflikten. Da dabei andere Ursachen als die verdrängte Ursache als unmöglich angesehen werden, ist diese Aussage unzulässig.
4. Die Meinung GRUHLEs, dass ein Unfallneurotiker nur irrtümlicherweise eine Verbindung zwischen Unfall und Neurose herstellt, und somit der Unfall keine causa ist, enthält einen juristischen Fehler. Juristen sehen auch jede Bedingung, ohne die das Ereignis nicht eingetreten wäre, als causa an. Ein Unfall ist regelmäßig eine Bedingung der entstanden Neurose. Jedoch ist hierbei stets zu bedenken, dass der Verletzer nicht für Krankheiten haftet, die nach dem Unfall auftreten und auch ohne diesen aufgetreten wären.
5. Neurosen entstehen nur unter besonderen Voraussetzungen, welche bei der geschädigten Person vorliegen müssen. Diese konstitutionellen Voraussetzungen, egal wie sie entstanden sind, sind für den Juristen uninteressant. Eine Ausnahme besteht nur bei extrem ungewöhnlichen Gegebenheiten, ein klassisches Beispiel wäre die Neurose eines Unbeteiligten beim Anblick des Unfalls eines Fremden, wobei auch hier Ausnahmen denkbar sind.

6. Die Frage, ob ein Neurotiker vor dem Unfall arbeitswillig und gesund war, wie vom Reichsgericht bereits mehrfach gestellt, ist in der Auslegung sehr problematisch. Sie kann ein Indiz für eine oberflächliche als auch für eine tiefsitzende Neurose sein, es ist jeweils der Einzelfall zu prüfen. Bis zum Beweis des Gegenteils ist hier vom ersten Eindruck auszugehen (prima facie).
7. Schwierig ist auch die rechtliche Bedeutung des Umstandes, dass alle Neurosen einen Sinn haben. Dieser Sinn wird oft mit dem „Wollen“ des Neurotikers gleichgestellt. Gerade die Frage, ob bei einem Neurotiker ein bewusster Wille vorliegt oder nur durch „starke Triebe“ hervorgerufen wird, ist entscheidend für die Frage, ob eine adäquat oder inadäquat bedingte Neurose vorliegt. Adäquat ist die Neurose nur, wenn es sich um eine unvermeidbare Folge des Unfalls oder der daraus entstandenen Umstände ist.
 - a. Neurosen können „willentlich“ verhindert werden, genauso kann man sich in sie hinein steigern. Diese Grenzfälle zur bewussten Simulation sind adäquate Unfallfolgen.
 - b. Es ist entscheidend, wie die Neurose motiviert ist. Je mehr Motive vorliegen, desto geringer ist die willentliche Beeinflussung und umso mehr ist die Adäquanz zu bejahen.
 - c. Bei tiefen Neurosen ist ein adäquater Zusammenhang eher gegeben als bei oberflächlichen, z.B. bei dem Sohn eines Trinkers, der seinen Vater hasst.
 - d. Keine Adäquanz liegt bei Neurosen vor, die durch Nicht-Beachtung verschwinden, hier fehlt es auch am Schaden. Der klassische Vertreter hierfür ist die Rentenneurose (vgl. auch HOCHÉ). Es ist jedoch zu beachten, dass das Motiv des Rentenbegehrens als Begleitsymptom bei anderen Motiven alleine nicht ausreicht, um den adäquaten Kausalzusammenhang zu verneinen.
8. Fraglich ist noch, ob Neurosen auch entschädigungspflichtig sind, die erst Jahre nach dem Unfall entstehen. In der Praxis, so ABENHEIMER, wird die Entschädigungspflicht meist an der Beweisbarkeit scheitern. Auch

zivilrechtlich ist sie zu verneinen. Insgesamt liegt hier nie eine Schadensersatzpflicht vor.

Zu diesen entwickelten Grundsätzen ist noch zu bemerken, dass ein adäquater Kausalzusammenhang alleine noch keine Entschädigungspflicht bewirkt. Vielmehr ist hierbei noch das eigene Verschulden des Verletzten zu beachten, und auch der Umfang einer eventuellen Rente beziehungsweise Entschädigung ist getrennt zu beurteilen. Das Mitverschulden gemäß § 254 BGB darf dabei nicht überschätzt werden. Nach der Ablehnung aller inadäquaten Fälle bleiben hier nur die Fälle, in denen Verletzte eine Rentenablenkung durch ihr Verhalten begünstigen oder Ratschläge von Ärzten nicht befolgen. GRUHLEs Ansicht geht dagegen viel zu weit, wenn er argumentiert, dass jeder Neurotiker für seine Neurose selbst verantwortlich ist. Dies ist eine Konsequenz des Satzes, alles Psychische sei ethisch bewertbar. Mit dieser Ansicht arbeiten auch noch die Gerichte, die Forschungsergebnisse der letzten vier Jahre werden noch nicht beachtet. Jedoch hat das Reichsgericht bereits begonnen, diese These fallen zu lassen und hat festgestellt, dass man nur für Einstellungen verantwortlich ist, die man willentlich beeinflussen kann. Die adäquaten Neurosen sind diesem Einfluss jedoch entzogen. Bezüglich der Behandlungskosten vertritt das Reichsgericht den Standpunkt, dass der Verletzte sich allen therapeutischen Maßnahmen unterziehen muss, die dem Stand der Wissenschaft entsprechen und den größten Erfolg auf Heilung versprechen. Richtet er sich nicht danach, muss er die Folgekosten selbst tragen, beziehungsweise können alle sonstigen Ansprüche abgelehnt werden. Da die Psychotherapeuten inzwischen auch gute Prognosen hinsichtlich des Therapieerfolges und der Behandlungsdauer stellen können, kann die Rente auch dementsprechend beschränkt werden. In den Fällen, in denen die Prozessbeendigung Voraussetzung für die Therapie ist, kann die Kostenübernahme für die Behandlung im Urteil festgestellt werden, bei gleichzeitiger Ablehnung aller anderen Ansprüche. Der Verletzte muss hierzu einen Antrag stellen, zu dem er verpflichtet ist, weil er sonst den Rat eines Arztes nicht befolgen würde (siehe oben).

Ergebnis

Die Kritik, dass das Zivilrecht kein Recht des Verletzenden kennt, sondern nur Rechte des Verletzten, lässt der Autor nicht gelten, über § 254 BGB kann man den Verletzten zur Kapitalabfindung und Behandlung zwingen. Ansonsten zeigt die Abhandlung, dass sich der Sachverständige nicht auf die Feststellung beschränken darf, ob eine organische Schädigung zu einer Neurose geführt hat, sondern auch die Entstehungsgeschichte berücksichtigen und eine Prognose stellen muss. Hierbei, so ABENHEIMER, darf er nicht eigene Konflikte in den Patienten hinein projizieren. Der Gutachter ist entsprechend auszuwählen. Eine schematische Ablehnung jeglicher Ansprüche ist abzulehnen. Unter der Berücksichtigung des oben Gesagten ist der derzeitige Rechtsstand „erträglich“: Patienten, die ohne eigenes Zutun in eine Neuroselage geraten, erhalten Hilfe, ohne dass unberechtigte Ansprüche gewährt werden.

2.9.5.3 Vergleich

Zur Differenzierung zwischen ersatzpflichtigen Unfallfolgen und nicht ersatzfähigen Unfallneurosen siehe „Allgemeiner Teil Haftung nach Unfällen“ und „Allgemeiner Teil Rentenneurose.“ Die von ABENHEIMER aufgestellten Grundsätze Nr.1 bis 8 haben auch heute noch ihre Gültigkeit.

Bezüglich des Mitverschuldens ist zu bemerken, dass der § 254 BGB weiterhin Bestand hat, und der Schadensersatzanspruch dem entsprechend gekürzt werden kann. Dies betrifft sowohl die Unterlassung der Schadensminderungspflicht, z.B. durch eine Behandlungsverweigerung, als auch eigenes Fehlverhalten, dass z.B. den Unfall mit verursacht hat. Das Mitverschulden muss dem Geschädigten jeweils zurechenbar sein.¹⁰⁸

¹⁰⁸ Venzlaff S. 419.

2.9.6 Clauss, L.: Sozialpolitische Bemerkungen zu einem Fall von Unfallneurose

Ludwig Clauss, Nervenabteilung der Ludolf-Krehl-Klinik, Heidelberg
Der Nervenarzt, 1936, S. 29-33

2.9.6.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Es wird der Fall eines 40-jährigen Bauschlossers geschildert, der nach einem Arbeitsunfall arbeitsunfähig war und auf Anraten der Ärzte einen Rentenanspruch stellte, welcher abgelehnt wurde. Die Beurteilung von CLAUSS führt zum dem Ergebnis, dass hier ein Fall einer „Rentenneurose“ vorliegt, diese aber von den Ärzten und den Versicherungsträgern ausgelöst wurde. Im Vergleich mit VENZLAFF zeigt sich, dass hier keine „klassische Rentenneurose“ vorliegt, und ein Rentenanspruch hier durchaus in Betracht kommen könnte.

2.9.6.2 Artikelbeschreibung

Vorgeschichte

Zunächst schildert CLAUSS die Vorgeschichte des 40jährigen Bauschlossers M. Dessen Kindheit war unauffällig, vor dem Weltkrieg hatte er eine verantwortungsvolle Stellung, im Krieg war er aktiver Soldat und erarbeitete sich danach eine lebenslange Stelle als Vorarbeiter. Im Jahre 1925 heiratete er, und hatte drei Kinder, er war gesellig, sympathisch und arbeitsfreudig. Im Juni 1931 stürzte er vier Meter tief von einem Gerüst und war mehrere Minuten bewusstlos. Nach der Primärversorgung ging M. trotz angeblicher schwerer Leibscherzen zu Fuß in seine Firma, von dort wurde er mit dem Auto nach Hause gefahren. Zu Hause legte er sich ins Bett. Er berichtete, auf ein schweres Eisenrohr gefallen zu sein und von Brettern, die ihm auf den Rücken gefallen waren. Am nächsten Tag klagte er über starke Rückenschmerzen, mit einer Unbeweglichkeit der Beine sowie Leib- und Kopfschmerzen, nach einem Vierteljahr konnte M. wieder gehen. Nach acht Wochen arbeitete M. auf Wunsch seines Chefs, gegen den ärztlichen Rat, für ein Vierteljahr

als Aufseher ohne jegliche körperliche Belastung, bei vollem Lohn. Insgesamt kam es bei gleichzeitiger Behandlung zu keiner Besserung, vielmehr traten Durchfälle, Atemnot und Herzbeschwerden zusätzlich auf. Daraufhin ließ sich M. wieder krankschreiben, bei einer erneuten Untersuchung im Krankenhaus wurde M. arbeitsfähig entlassen. Er arbeitete weiter ohne körperliche Belastung und zog jeweils noch einen Nerven- und Ohrenarzt zur Behandlung hinzu. Gegenüber der Unfallversicherung machte M. den Unfall geltend, ohne Rentenansprüche zu stellen. Diese schloss dann Ansprüche selbst aus, wogegen M. auf Anraten der Ärzte Berufung einlegte. In zwei Gutachten wurde dann eine organische Unfallfolge ausgeschlossen, die noch bestehenden Beschwerden seien rein neurotischer Natur. Eine unfallbedingte Zahnbehandlung wurde nur zum Teil ersetzt. Gegen beide Vorgehensweisen legte M. wieder auf Anraten diverser Ärzte Widerspruch ein. Daraufhin wurde die Zahnbehandlung komplett beglichen, die Rente jedoch weiterhin abgelehnt. Abermals legte M. auf ärztliches Anraten Berufung ein. Das Oberversicherungsamt lehnte die Rente wiederum ab. M. arbeitete daraufhin wie gehabt weiter und setzte die Behandlung fort. Bei einem Besuch eines Vertrauensarztes sagte dieser zu M., dass er eine Rente verdiene. Im Oktober 1932 wurden die Beschwerden schlimmer, M. wollte sich in der Universitätsklinik behandeln lassen, was die Unfallversicherung jedoch ablehnte. Im Februar 1933 teilte diese mit, dass alle Ansprüche erloschen seien. Im weiteren Verlauf wurde M. entlassen, ferner wurden noch mehrere Ärzte zur Behandlung hinzugezogen, und ein Gutachten aus der Universitätsklinik Heidelberg schloss eine organische Unfallfolge aus, entließ M. aber arbeitsunfähig. Im August 1933 stellte die Krankenkasse ihre Zahlungen ein. M. wandte sich an das OVA, dieses verwies ihn an die Unfallversicherung, die weiterhin jede Zahlung ablehnte und gleichzeitig die Invalidisierung vorschlug. Ein Beamter der Invalidenversicherung vermutete wieder Unfallfolgen. Bei der erneuten Untersuchung in Rahmen der Invalidenversicherung in Heidelberg wurde M. darauf hingewiesen, dass er, abgesehen von einem Zahnverlust, keine Unfallfolgen hätte. Zwei Tage später klagte der Patient über Kieferbeschwerden.

Hauptteil

Die Autor beginnt damit, dass M. vor dem Unfall niemals neurotisch reagiert hätte. Eine Rente nach dem Unfall hätte höchstens ein Drittel seines Arbeitseinkommens ausgemacht, somit kann hier keine typische „Rentenneurose“ vorliegen. Man hat

vielmehr den Eindruck, M. würde den Rechtskampf nicht für sich, sondern für andere führen. Dies zeigt sich vor allem beim Arbeitgeber, der sich um M. kümmert und ihn aus Gefälligkeit zur Unterstützung des Rentenbegehrens „entlässt.“ M. stand bei seinem Chef in einer moralischen Schuld, der er sich nur durch die Krankheit entziehen konnte. Ferner fällt auf, dass M. als Spielball diverser Sozialversicherungsträger benutzt wird, die jeweils den anderen als zuständig bezeichnen. Dies alles führte dazu, dass M. innerhalb von drei Jahren auf der untersten Stufe des wirtschaftlichen Abstieges angekommen ist. Und da jetzt erstmals wieder Unfallfolgen auftreten, die Zahneiterung, nachdem organische Unfallfolgen ausgeschlossen worden sind, besteht nun die Gefahr, dass der ganze Streit erneut beginnt, und ein Behandlungserfolg auf lange Sicht nicht zu erwarten ist. Dies ist umso bedenklicher, so CLAUSS, da auch die Zahneiterung psychogen ist.

Ergebnis

M. kämpft um sein vermeintliches Recht, so gesehen hat er eine „Rentenneurose.“ Eine Heilung ist durch eine richterliche Entscheidung nicht zu erwarten, wenngleich sie eine notwendige Vorbedingung ist. Dies ist laut dem Autor der einzige Weg, auch wenn eine therapeutische Krise entstehen könnte. Der Zustand des M. ist zu einem großen Teil auf das Verhalten diverser Ärzte und Sozialversicherungen zurückzuführen. Dies könnte nur durch eine Zusammenlegung von Versicherungssystemen in der Zukunft vermieden werden.

2.9.6.3 Vergleich

Die Beurteilung, ob dem Patienten eine Rente zustehen würde oder nicht, richtet sich in der heutigen Zeit nach den im „Allgemeiner Teil Haftung nach Unfällen“ genannten Voraussetzungen. Aufgrund der geschilderten Beschwerden könnte der Patient hier auch eine dauerhafte organische Schädigung erlitten haben, auch wenn diese durch zwei Gutachten ausgeschlossen wurde. Anhand des Artikels lässt sich dies jedoch nicht beweisen. Für eine „klassische Rentenneurose“ fehlt es hier an dem *eigenen* Wunsch nach einer Rente (sogenanntes „Nicht-mehr-Wollen“)¹⁰⁹. Hier ist die treibende Kraft nicht der Patient (vgl. Allgemeiner Teil Rentenneurose), sondern das „Umfeld.“ Somit entfällt hier die Frage, ob ein Rentenanspruch aufgrund einer

¹⁰⁹ Venzlaff S. 487.

Rentenneurose abzulehnen ist. Das Hauptproblem, welches der Autor hier anspricht, ist der Umstand, dass Patienten oft zum Spielball der verschiedenen Versicherungsträger werden, wenn diese jeweils versuchen, sich einer Zahlungspflicht zu entziehen, indem sie ihre Zuständigkeit ablehnen und diese einem anderen Versicherungsträger zuweisen. Diese Problematik besteht auch heute noch, da alle Versicherungsträger versuchen, ihre Kosten so gering wie möglich zu halten. Das klassische Beispiel dafür ist eine Krankenkasse, die einem Langzeitkranken zu einem Rentenantrag rät beziehungsweise auffordert, damit sie das Krankengeld nicht mehr zahlen muss. Zudem weist der Autor auf die Gefahr der Beeinflussung durch Dritte hin, die den Patienten in einen „neuroseähnlichen“ Zustand treiben können. Im Prinzip ist der Unfall hier nicht mehr die primäre Ursache für die „Neurose,“ sondern das Verhalten der Dritten, welches dann zur „Neurose“ führt. Auch diese Gefahr besteht in der heutigen Zeit weiterhin, und ihr kann durch eine entsprechende Patientenführung und -beratung entgegengetreten werden. Unter Berücksichtigung dieser Beeinflussung von dritter Seite könnte auch argumentiert werden, dass die psychische Störung des Patienten, sofern überhaupt eine vorliegt, von eben dieser dritten Seite ausgelöst wurde, und der Patient daran keinerlei eigenes „Verschulden“ (Willenselement, siehe oben) trägt. Somit könnte diese psychische Störung als anspruchsbegründende Krankheit (haftungsausfüllende Kausalität, siehe Allgemeiner Teil Haftung nach Unfällen) angesehen werden.¹¹⁰ Eine Rentengewährung wäre demnach in heutiger Zeit denkbar.

¹¹⁰ Venzlaff S. 487.

2.9.7 Christian, P.: Rechtswissenschaft, Ursachenbegriff und Neurosenfrage

Zum gleichnamigen Heft der sozialmedizinischen Schriftenreihe aus dem Gebiet des Reichsarbeitsministeriums: „Arbeit und Gesundheit,“ Nr. 39, Leipzig 1941

Herausgegeben von Prof. Dr. Martineck

P. Christian, Nervenabteilung der Ludolf-Krehl-Klinik Heidelberg

Der Nervenarzt, 1941, S. 315-320

2.9.7.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Als Hintergrund des Artikels dienen die Differenzen bezüglich des Neurosebegriffes zwischen der Ärzteschaft und der Rechtsprechung. Die verschiedenen Standpunkte der beiden genannten Gruppen werden dargestellt, die Argumentation wird zu Gunsten der Ärzte geführt. Im Ergebnis fordert CHRISTIAN ein Entgegenkommen von beiden Seiten. Der Vergleich geht auf die immer noch bestehende Problematik der fehlenden medizinischen Definition der Rentenneurose ein.

2.9.7.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

Seine Einleitung beginnt CHRISTIAN mit der Feststellung, dass über das Wesen der Neurose zwischen der ärztlichen Wissenschaft und den Gerichten ein Konsens besteht, nur das Reichsgericht schließt sich von dieser Einigkeit aus. Die Grundsätze des Reichsgerichts, die mit denen des Reichsversorgungsamtes beziehungsweise Reichsversorgungsgerichts übereinstimmen, sind an sich geeignet, eine Übereinstimmung mit der Ärzteschaft zu erzielen. Die Anwendung diese Grundsätze jedoch ist falsch, sie beruht in einer nicht korrekten psychologischen Auffassung der Neurose, und dies ist, laut dem Autor, dem Reichsgericht nicht ausreichend bewusst geworden.

Hauptteil

Das Problem besteht laut dem Autor darin, dass das Reichsgericht „Übergriffe“ von Seiten der Ärzte auf die Rechtsprechung verhindern will, die Ärzte wiederum sehen hier einen „Übergriff“ der Rechtsprechung auf die Medizin. Positiv ist, dass einige Juristen bereits versucht haben, eine Einigkeit zu erzielen, dennoch bestehen bei der richterlichen Entscheidungsfindung Probleme, die wiederum den Ärzten bei der Gutachtenerstellung nicht bewusst sind. Die grundlegenden Fragen nach Krankheit, Arbeitsfähigkeit und ursächlichem Zusammenhang beantwortet der Richter, indem er diese Begriffe als „Rechtsbegriffe“ ansieht und auslegt. Der Arzt beurteilt diese Begriffe dagegen „biologisch.“ Bei der Krankheit und der Arbeitsunfähigkeit sind hier regelmäßig keine größeren Schwierigkeiten gegeben, Richter und Arzt kommen hier trotz ihrer unterschiedlichen Ansätze fast immer zum gleichen Ergebnis. Problematisch wird es jedoch beim ursächlichen Zusammenhang. Hier tritt die Frage auf, ob bei einer Neurose ein organischer Schaden vorliegen muss, beziehungsweise ob generell ein nicht erfassbarer organischer Schaden vorliegt. Eine Kausalität zwischen Rentenneurose und Unfall besteht regelmäßig nicht, es wird lediglich eine „Determination,“ das heißt eine Motivation hervorgerufen. Ein solcher Zusammenhang ist nach geltendem Recht als Begründung für einem Schadensersatzanspruch unzulässig (mit einigen Ausnahmen außerhalb des Rentenrechts). Es stellt sich die Frage, was der ursächliche Zusammenhang ist. Dafür gibt es laut KNOLL keine Definition. Wenn ein Richter nun einen Zusammenhang sieht, entscheidet er sich für eine von unzähligen Möglichkeiten im Rahmen seines rechtlichen Spielraums. Andererseits ist die konsequente Trennung von Unfall und Neurose durch eine strikte Differenzierung ebenso fragwürdig, da es auch rechtliche Kausalketten gibt, bei denen kein naturwissenschaftlicher Zusammenhang besteht (z.B. ersatzfähige Schäden, die keine Unfallfolge sind). Innerhalb des naturwissenschaftlichen Kausalbegriffes wird zwischen Ursache, Wirkung und Bedingungen, welche benötigt werden, damit die Ursache eine Wirkung haben kann (z.B. Schienen bei Zugfahrten), unterschieden. Die Begrenzung auf den „reinen“ Ursachenbegriff ist daher unangebracht. In der Rechtsprechung kommt als Ursache die „conditio sine qua non“ - Formel zur Anwendung, eine ausschließlich praktische Lösung. Im StGB gilt sie uneingeschränkt, ansonsten wird sie durch die Adäquanztherorie eingeschränkt, welche besagt, dass keine rechtlich beachtliche Ursache besteht, wenn die Möglichkeit besteht, dass das ursächliche Ereignis das Mitereignis und entsprechende Folgen auslösen oder nicht auslösen konnte.

Zunächst muss gemäß v. WEIZÄCKER vor einer „rechtlich-begrifflichen Stabilisierung“ des Zusammenhangsproblems festgestellt werden, dass der Ursachenbegriff in die Naturwissenschaft gehört, seine Anwendung auf seelische Zusammenhänge erkenntnistheoretisch unzulässig ist, und es dem Richter verboten sein muss, andere als die naturwissenschaftlich möglichen Zusammenhänge kausal anzunehmen. Würde stets ein striktes, erkenntnistheoretisches Schema angewandt werden, ohne den jeweiligen Einzelfall genau zu betrachten, so würden viele Tatbestände falsch entschieden werden. Bei einem sinnvollen Zusammenhang müssen sowohl Richter als auch Arzt die Möglichkeit haben, die Neurose als Unfallfolge zu sehen (v. WEIZÄCKER). CHRISTIAN bemerkt, dass dem Reichsgericht zuzustimmen ist, wenn es versucht, Schemata zu vermeiden, und die Ansicht vertritt, dass es verflochtene Ursachen und Wirkungen gibt, die nicht in mechanisch und rationell getrennt werden können. Es ist auch richtig, dass Neurosen sowohl Krankheiten als auch Unfälle zur Ursache haben können, und die Krankheit den Unfall als Ursache rechtlich nicht ausschließt, und ebenso, dass ein innerer Zusammenhang zwischen Unfall und Neurose rechtlich keinen organischen Schaden erfordert. Was nun in einem bestimmten Fall vorliegt, ist eine reine Tatsachenfrage. Ein Sachverständiger wird mit seinem Verständnis für das Wesen der Neurose und den Auffassungen des Reichsgerichtes fast immer zu dem Schluss kommen, dass zwischen Neurose und Unfall kein innerer Zusammenhang besteht. Dass das Reichsgericht trotzdem zu einer anderen Ansicht gelangt, liegt in der falschen Würdigung von Tatsachen, aber gerade diese, so CHRISTIAN, liegen unbestritten im Aufgabengebiet des Sachverständigen, der dann den Zusammenhang von Unfall und Folge herausarbeiten kann. Daraus kann nun der oben genannte „sinngemäße Zusammenhang“ interpretiert werden, ein Kausalprinzip im klassischen Sinn (vgl. KANT), eine notwendige Denkform und kein an der Erfahrung nachprüfbarer Satz. Dies gilt aber nur für eine rein „objektive“ Naturwissenschaft, die Subjekt und Objekt strikt trennt. Dies ist aber de facto nicht möglich, so dass dieses „reine“ Kausalprinzip hier nicht anwendbar ist. Die Kausalität in der Realität orientiert sich nicht nur am Zweck, sondern auch am Sinn. Ein Unfall ist immer auch ein Erlebnis, durch „Sinnsetzung“ geregelte Beziehungen, die mit den körperlichen Unfallfolgen verflochten sind. Diese Verflechtungen wieder zu trennen stellt eine unangebrachte Vereinfachung dar, für die der Begriff der psychischen Kausalität ein typisches Beispiel ist. Dies ist unter allen Umständen zu vermeiden.

Die Kritik des Reichsgerichts, die auf die stetige Ablehnung von Unfallneurose durch Unfall abzielt und eine Einzelfallprüfung fordert, ist, unter Berücksichtigung des oben Gesagten, „überflüssig, weil selbstverständlich.“ Das Reichsgericht muss jedoch auch einsehen, dass es die Tatsachenüberprüfung den Sachverständigen überlassen muss.

Im Anschluss geht CHRISTIAN noch auf die Problematik des unterschiedlichen Sprachgebrauchs von Ärzten und Juristen ein, welche häufig zu Missverständnissen führt. Die richtige Terminologie und die Kenntnis der juristischen Denkweise können hier dem Arzt helfen, Probleme zu vermeiden.

Ergebnis

In seinem Schlusssatz verweist CHRISTIAN darauf, dass ein gegenseitiges Entgegenkommen in Form von „Notbehelfen“ die „Duplizität von Begriffen“ zugunsten der Wahrheit beseitigen könnte.

2.9.7.3 Vergleich

Die hier von CHRISTIAN angesprochene Problematik, die juristische Definition der Rentenneurose und des Fehlens dieser Definition auf medizinischer Seite, besteht auch heute noch. Allerdings hat die Rechtsprechung durch die Haftungsbegrenzung beziehungsweise den Haftungsausschluss bei den echten Rentenneurosen den Streit um die Kausalität dahingehend bedeutungslos gemacht, dass diese zwar vorliegt, jedoch nicht automatisch zu einem Rentenanspruch führt (vgl. Allgemeiner Teil Rentenneurose). Dies ist hier der Vorwurf CHRISTIANs, der von medizinischer Seite den Rentenanspruch für meist nicht gegeben hält. Dass die Beurteilung stets am Einzelfall anhand der Tatsachen durch einen Sachverständigen erfolgt, ist heute selbstverständlich. CHRISTIAN versucht mit seinem Artikel das strikte Kausaldenken der Gerichte zu durchbrechen, alternativ möchte er ein Entgegenkommen von Seiten der Gerichte bewirken. Letztere Alternative hat sich in der heutigen Zeit durch die regelmäßige Rechtsprechung etabliert.

2.9.8 Zusammenfassung

In den Artikeln zur Rentenneurose zeigen sich hauptsächlich theoretische Überlegungen zur Problematik, nur im Artikel von CLAUSS wird ein Fall konkret ausgearbeitet. Der Artikel von v. WEIZSÄCKER stellt die Ausgangsbasis für die folgenden Artikel dar, erkennbar ist dies unter anderem daran, dass die folgenden Autoren häufig auf gerade diesen Artikel Bezug nehmen. Interessant ist, dass es v. WEIZSÄCKER offensichtlich nicht um die absolute Richtigkeit seiner Aussagen ging, sondern um die Anregung der Forschung und intensivierte Auseinandersetzung im Gebiet der Rentenneurose. Inhaltlich geht es den meisten Autoren darum, den Begriff der Rentenneurose zu definieren und die verschiedenen Erscheinungsformen einzuordnen. Hierbei gehen die Autoren in verschiedene Richtungen. Auffällig ist auch, dass die Begriffsbestimmungen und Anwendungen auch so gestaltet beziehungsweise ausgelegt werden, dass das vom Autor für richtig angesehene Ergebnis sich als Lösung ergibt, vergleiche hierzu besonders den Artikel von JOSSMANN. Teilweise greifen diese Begriffsauslegungen bereits in die rechtliche Ebene ein, siehe CHRISTIAN, die, gemäß dem auch damals bereits gültigen Rollenverständnis zwischen Gutachter und Gericht, verständlicherweise dem Aufgabenbereich der Juristen zuzurechen ist. Insgesamt ist in den Artikeln eine konstante Entwicklung in der Begriffsbildung und der Beurteilung der Rentenneurosen zu erkennen. Zum einen gehen einzelne Autoren auf verschiedene Teilprobleme der Rentenneurose ein, zum anderen ist eine Veränderung beziehungsweise eine differente Auffassung im Bezug auf die Rentenneurose an sich erkennbar. Hierbei scheint fast jeder Autor seine eigene Auffassung bezüglich dieses Themas zu haben. Viele der gewonnen Erkenntnisse, der aufgestellten Thesen und vertretenen Meinungen sind heute noch gültig und werden noch so verwendet oder sind noch in Grundzügen in den heutigen Auffassungen zur Rentenneurose enthalten. Somit lässt sich zusammenfassend sagen, dass die hier vorgestellten Artikel mit zu den grundlegenden Ausgangspunkten für das moderne Verständnis der Rentenneuroseproblematik gehören.

2.10 Simulation

2.10.1 Allgemeiner Teil

Das Problem der Simulation besteht in der psychiatrischen Begutachtung im Bereich des Sozialrechts nach wie vor.¹¹¹ Unter Simulation wird die bewusste Vortäuschung von nicht vorhandenen Krankheitssymptomen und die bewusste Erzeugung von Krankheitserscheinungen verstanden.¹¹² Die Vermutung einer Simulation entsteht beim Gutachter oft dann, wenn er das Gefühl hat, dass der Proband Symptome schildert, welche unecht und falsch wirken. Charakteristisch ist auch der Simulationsakt selbst, oft wird hier von einer Inszenierung der Simulation gesprochen. Gerade diese Selbstinszenierung führt im Rahmen der Gegenübertragung zu negativen Gefühlen (Zorn, Ärger, Ablehnung) auf Seiten des Gutachters.¹¹³ Dies ist bereits schon ein Hinweis auf eine Simulation. Weitere Hinweise sind eine Diskrepanz zwischen Verhalten und Beschwerdeschilderungen oder zwischen Intensitätsangaben und Symptomschilderung des Probanden, ungenaue Angaben zum Krankheitsverlauf, Verzicht auf Therapien, fehlende Beeinträchtigung im Alltag, appellartige, demonstrative oder theatralische Vorbringung der Symptome sowie Abweichen von Informationen von dritter Seite.¹¹⁴ Letztendlich benötigen Simulanten ein ausgeprägtes Einfühlungsvermögen, um die Inszenierung gegenüber einem Sachverständigen durchzuführen. Gerade dieses Einfühlungsvermögen fehlt einer psychisch erkrankten Person¹¹⁵. Insgesamt sind Simulationen eher selten, die Erklärung hierfür ist, dass die Fälle, in denen die Simulationen erfolgreich waren, in einem Gutachten verständlicherweise nicht als diese erscheinen.¹¹⁶

¹¹¹ Venzlaff S. 510.

¹¹² Venzlaff S. 88.

¹¹³ Venzlaff S. 510.

¹¹⁴ Venzlaff S. 89.

¹¹⁵ Venzlaff S. 510.

¹¹⁶ Venzlaff S. 88.

2.10.2 Hildebrandt, K. und Balluff, F.: Kohlenoxydvergiftung oder Simulation?

Dr. Kurt Hildebrandt und Dr. Fritz Balluff, Wittenauer Heilstätten

Der Nervenarzt, 1928, S. 605-612

2.10.2.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

Es wird ein Fall einer Kohlenoxydvergiftung mit einer Beobachtungsdauer von zwölf Jahren vorgestellt, bei der mehrmals eine Simulation angenommen wurde. Zur Beurteilung werden die vorhandenen Akten und Gutachten dargestellt und analysiert. Im Ergebnis zeigt sich, dass im vorliegenden Fall keine Simulation vorliegt. Der Vergleich mit der heutigen Zeit führt zu dem Schluss, dass aufgrund des heutigen Wissensstandes die vorherige „Fehldiagnose“ einer Simulation höchstwahrscheinlich nicht erfolgt wäre.

2.10.2.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

Die Autoren stellen einen Fall von schwerer Kohlenoxydvergiftung mit einem Beobachtungszeitraum von zwölf Jahren dar, welcher ein theoretisches und praktisches Interesse für die Rentenbegutachtung hat. Von drei Fachärzten wurde hier eine Simulation entgegen dem Gutachten diagnostiziert. Die Publikation soll helfen, solche Fehldiagnosen, welche keine Einzelfälle sind, zu verhindern. Die Autoren weisen ausdrücklich darauf hin, dass hier kein Arzt getadelt werden soll, auch will niemand Stimmung gegen Rentenneurotiker und Simulanten machen, vielmehr soll hier ein von vorne herein bestehendes Misstrauen verhindert werden. Die drei Gutachter verneinten eine organische Störung, und kamen zu dem Schluss, dass es sich hier um eine teilweise beziehungsweise reine Simulation handelte, eine Auffassung, welche die Autoren nicht teilen.

Gutachten

In der Vorgeschichte des Patienten E. findet sich ein 100%-iger Rentenbezug ab 01.09.1918 wegen Geisteskrankheit in Folge einer Gehirnerschütterung und Rauchvergiftung. Ab 1921 wurden alle Versorgungsansprüche abgelehnt. Der erste Gutachter schreibt nach einer einmaligen Untersuchung am 12.07.1921, dass E. alle Fragen absichtlich falsch beantwortet hat, um für geisteskrank gehalten zu werden. Er tut dies, um sein Rentenbegehren durchzusetzen, und es ist zu erwarten, dass dieses Verhalten schwindet, wenn er erfolglos ist. Der zweite Gutachter schloss sich dieser Meinung am 22.12.1922 an, ebenso der Dritte 1923, gestützt auf Widersprüche des E., wie z.B. Alexie bei gesundem Augenbefund. Das nächste Gutachten erfolgte 1927 durch HENNEBERG, der den Patienten bereits 1919 untersucht und die ursprüngliche Diagnose gestellt hatte. Dieser kam wieder zur Diagnose Geisteskrankheit durch Gehirnerschütterung und Gasvergiftung. Er fand keinen Anhalt für eine hysterische Reaktion, die Lese- und Schreibstörungen des Patienten deuten vielmehr auf eine organische Erkrankung hin. Dazu liegt noch eine von E. unbemerkte Orientierungsschwäche vor, ferner zitiert er, dass E. zur Rente gedrängt wurde. Eine Simulation scheidet daher aus. Als Ursache der Erkrankung kann eine kriegsbedingte Verletzung durch eine Detonation am 07.02.1916 gesehen werden, bei der E. bewusstlos aus einem gasverseuchten Stollen gerettet wurde. Die körperlichen Verwundungen verheilten gut, der Geisteszustand nach der Lazarettentlassung wurde als unruhig, stumpf, verwirrt, gehemmt sowie zeitlich und örtlich unorientiert beschrieben. Er war arbeitsuntauglich, eine KDB wurde jedoch ausgeschlossen. Am 04.05.1919 gab HENNEBERG sein rentenbegründendes Urteil ab. Die Angehörigen berichteten, dass E. bis zum Krieg völlig unauffällig war, danach wirkte er unzurechnungsfähig. Ab 1918 trat eine leichte Besserung in seinem Verhalten ein, jedoch ist er stets nachlässig und unkonzentriert, zeitweilig sogar verwirrt. Eine Untersuchung vom 16.01.1928 bis 13.02.1928 durch die Autoren ergab Folgendes: E. war teilnahmslos, konnte laut eigener Aussage nicht mehr lesen. Die Tagesroutine meisterte er problemlos. Bei den eigentlichen Untersuchungen wirkte er verlangsamt und hatte Schwierigkeiten beim Entkleiden. Die körperliche Untersuchung war unauffällig, sein Gedächtnis in Bezug auf seinen Geburtstag eingeschränkt, sonst war er über sein alltägliches Leben orientiert. Bei den allgemeinen Fragen, der Merkfähigkeit und dem Rechnen zeigten sich massive Defizite bis hin zum völligen Versagen, Schreibversuche misslangen ebenfalls. Das

räumlich-optische Denken war gestört, Gegenstände konnten nicht benannt werden. Farberkennung und Tastsinn waren erhalten. Auch bei der Bedienung einfacher Gegenstände hatte E. große Probleme. Es konnte insgesamt kein Lerneffekt bei der Wiederholung von Übungen ausgemacht werden, das Verhalten war immer gleichbleibend, die Ergebnisse einzelner Untersuchungen variierten stark.

Es fällt auf, dass sich bei den Untersuchungen des E. immer wieder Widersprüche ergaben. Auf dies, so die Autoren, haben die drei Gutachter ihre Annahme der Simulation gestützt. Auf die Ideen, dass es sich hier um eine organische Gehirnerkrankung mit einer speziellen Lokalisation handeln könnte, sind diese nicht gekommen (GOLDSTEIN 1927). Für eine solche Herdkrankheit spricht bei E. die absolute Lese- und Schreibunfähigkeit. Auch die anderen Symptome deuten darauf hin, z.B. die Orientierungslosigkeit oder das fehlende räumliche Verständnis, welches verhindert Bilder in Gegenstände umzusetzen. Die Vorgutachter haben aufgrund der Widersprüche in dem Verhalten des E. eine Simulation angenommen, was sich nur durch eine Voreingenommenheit erklären lässt. In Falle des E. dürfte die Störung in der Angularisgend und vor allem im Hinterhauptlappen liegen, was die optisch-agnostischen Störungen erklären würde. Diese Zentren liegen eng beieinander, welches die gemeinsame Schädigung häufig macht. Auch wird die Sprachstörung durch diese Lokalisation erklärt. Die Autoren geben zu, dass hier sich nicht eine typische Herdstörung vorliegt, sondern gerade lange und intensive Kohlenoxydvergiftungen führen zu sogenannten Mischformen vom herdförmigen und diffusen Hirnschädigungen,. Dies stellt die Diagnose für E. laut der Autoren dar, eine Simulation schließen sie somit aus. Alle Widersprüche im Verhalten des E. können mit dieser Diagnose erklärt werden. An der Vorgeschichte besteht aufgrund von Augenzeugen kein Zweifel. Auch liegt hier kein typischer Verlauf einer Rentenhysterie vor, leichtes Trauma mit stetig zunehmenden Beschwerden, ist es hier gerade gegensätzlich. Demnach war die Anerkennung einer KDB und der Rente rechtens, und die Aberkennung unzulässig. Das erste Gutachten ist völlig abzulehnen, es ist objektiv-sachlich unmöglich, eine Beurteilung aufgrund einer einmaligen 20-minütigen Untersuchung zu treffen.

Ergebnis

Die Autoren kommen mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit zu dem Ergebnis, dass es sich hier um eine organische Erkrankung des Gehirns aufgrund einer Kohlenoxydvergiftung handelt. Dies kann durch die Literatur, vgl. LEWIN oder A. MEYER, untermauert werden. E. ist durch diese Erkrankung zu 100% erwerbsunfähig.

2.10.2.3 Vergleich

Die drei Gutachter, die im obigen Fall eine Simulation annahmen, stützten dies auf die Widersprüche im Verhalten des Probanden sowie auf dessen scheinbar bewusst falschen Antworten. Diese führten im Rahmen der Übertragung zu einer Abwehrhaltung bei diesen Gutachtern. So gesehen lagen hier, den oben genannten Ausführungen folgend, deutliche Hinweise auf eine Simulation vor, so dass diese Annahme sehr naheliegend war. Dass diese Widersprüche im Verhalten und den Aussagen keine waren, haben die Gutachter nicht erkannt, beziehungsweise nicht gewusst. Es mutet dagegen etwas seltsam an, dass die Autoren diese Unwissenheit, die zur Fehldiagnose führte, hier „anprangern“ und dies mit einer Veröffentlichung von 1937 begründen, einer Veröffentlichung, die erst vier Jahre nach dem letzten „Fehlurteil“ erfolgte. In der heutigen Zeit dürfte der beschriebene Fall aufgrund des heutigen Wissens über die Kohlenmonoxidvergiftung gleich richtig diagnostiziert werden. Ohne dieses Wissen jedoch wäre auch heute noch die Annahme einer Simulation unter den erwähnten Gesichtspunkten nicht abwegig.

2.10.3 Thiele, R.: Zwei Gutachten zur Frage der Scheinblindheit

Rudolf Thiele, Psychiatrische und Nervenlinik der Charité zu Berlin,

Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bonhoeffer

Der Nervenarzt, 1932, S. 302-309

2.10.3.1 Kurzbeschreibung des Inhaltes

In zwei Gutachten werden Erscheinungsformen der Scheinblindheit beschrieben. Zunächst wird der Fall einer 32-jährigen Angestellten beschrieben, danach der eines 33-jährigen Rentenempfängers. Beide Fälle werden direkt nach der Beschreibung beurteilt. Im ersten Fall ergibt sich hierbei eine hysterische Sehstörung, im zweiten Fall eine reine Simulation. Im Vergleich zeigt sich, dass in beiden Fällen nach heutigen Kriterien wahrscheinlich eine Simulation vorgelegen haben dürfte, woraufhin ein Rentenanspruch ebenfalls ausgeschlossen wäre.

2.10.3.2 Artikelbeschreibung

Einleitung

Die folgenden zwei Gutachten ähneln sich im äußeren Erscheinungsbild, in den inneren Motiven unterscheiden sie sich jedoch gravierend. Die hier beschriebene Scheinblindheit kommt jeweils zu einer anderen Beurteilung.

Hauptteil

Das erste Gutachten, welches der Autor beschreibt, handelt von der 32-jährigen kaufmännischen Angestellten Sch. und der Frage nach deren Berufsfähigkeit. Den Akten war zu entnehmen, dass Sch. 1919 erstmalig einen Antrag für ein Heilverfahren gestellt hat, welchem stattgegeben wurde. Ein weiterer Antrag folgte im Jahre 1923, dieser wurde abgelehnt. Die Diagnose lautete auf hochgradige Nervenschwäche und Verdacht auf eine angeborene Psychopathie. Im Jahre 1927 stellte Sch. einen Antrag auf Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit. Nach einer Bescheinigung war sie 1927 blind, und es beständen Bläschen auf der Hornhaut. Nach einer Behandlung konnte sie sich wieder im Wohnraum „orientieren.“ Ein Augenarzt gab an, dass Sch. seit dem 15. Lebensjahr Probleme mit den Augen

hätte, und bereits 1923 nach einer Elektrobehandlung in der Augenklinik sechs Wochen auf dem linken Auge blind war. Im weiterem Verlauf traten die Bläschen wieder auf, und die Sehkraft der Sch. schwand zunehmend. Ein Gutachten von 1928 bestätigte die Bläschen anhand von Narben auf der Hornhaut, die Sehstörung dagegen wurde als rein psychogen beschrieben, es liege ein für die Hysterie typisches eingeengtes Gesichtsfeld vor. Im März 1930 soll Sch. aufgrund einer Hirnhautentzündung völlig erblindet sein. Diese konnte jedoch nicht nachgeprüft werden. Ab August 1930 konnte die Patientin zunehmend wieder Licht wahrnehmen. Ihr Vater gab ergänzend an, dass die Kindheit von Sch. unauffällig war, 1919 hatte sie erstmals Nervenbeschwerden. Ferner berichtete er über zwei Gehirnhautentzündungen 1928 und 1929, jeweils mit Bewusstlosigkeit. Die Patientin selbst gibt Druck-, Benommenheits- und Schwindelgefühle an, seelisch geht es ihr nicht schlecht, ihr Sehvermögen nehme wieder zu. Die allgemeine körperliche Untersuchung war unauffällig, die Augen waren abgesehen von kleinen Narben auf den Hornhäuten äußerlich normal. Das Gesichtsfeld war bis auf einen nasalgelegenen Bezirk stark eingeengt. Wenn man eine Untersuchungsmethode anwandte, bei der die einzelnen Augen nicht unterschieden werden konnten, wurden auch im schläfenwärtigen Bezirk Lichter wahrgenommen. Die Untersuchung des Nervensystems zeigt einen Klopfeschmerz im Bereich des gesamten Schädels, eine Kraftminderung im linken Bein, Sensibilitätsstörungen in Bereich der linken Bauchseite und Lidflattern bei zusammengestellten Füßen. Der Liquor war gelblich, sonst nicht pathologisch, der Luesnachweis negativ, das Schädelröntgen war normal, in der Encephalographie zeigten sich in der Scheitelgegend breite, mit Luft gefüllte Spalten im Subarachnoidalraum. Bei der ersten psychischen Untersuchung im Frühjahr 1930 war die Patientin kooperativ, isolierte sich aber weitgehend. Zum Schreiben benutzte sie die „Wagnersche Blindentafel.“ In den Gesprächen war sie emotionslos, wirkte distanziert und starrte geradeaus. Bei der zweiten Untersuchung im November 1930 war Sch. ebenfalls passiv und ging unsicherer, wenn sie sich beobachtet fühlte.

In seiner Beurteilung schreibt THIELE, dass sich durch die objektive Untersuchung der Augen und des Sehnervs keine Erklärung für die Sehstörungen gefunden hätte. Es stellt sich die Frage, ob eventuell ein Schaden an den zentralen Sehbahnen oder den entsprechenden Hirnzentren vorliegen könnte. Im Zentralnervensystem und der Peripherie finden sich keine Hinweise auf eine organische Erkrankung. Auffällig sind

dagegen der Liquor und die Encephalographie. Den Befund der letzteren deutet der Autor dahingehend, dass es sich hier um eine geringgradige Entwicklungsstörung des Gehirns handelt, die keine klinische Bedeutung hat, und nicht etwa um einen atrophischen Prozess. Auf keinen Fall lasse sich hieraus eine Beeinträchtigung des Sehvermögens ableiten, dazu müsste die Hinterhauptgegend betroffen sein. Der Gelbfärbung des Liquors misst er bei fehlender Eiweißvermehrung keine pathologische Bedeutung bei. Insgesamt fehlen hier, abgesehen von den Hornhautnarben, sämtliche Hinweise auf eine organische Erkrankung, die für eine Sehschädigung verantwortlich sein könnten. Das Verhalten der Patientin alleine kann auch keinen Aufschluss darüber geben, ob eine organische oder psychische Störung vorliegt. Im vorliegenden Fall ist diese Beurteilung besonders schwierig, da Sch. hier verschiedene Verhaltensmuster zeigt, je nachdem, ob sie sich beobachtet fühlt oder nicht. Nimmt man alle Ergebnisse jedoch zusammen, bestehen hier, laut THIELE, keine Zweifel an der psychogenen Natur der Sehstörungen. Auffällig ist bei der Patientin, wie sie ihre Blindheit in Szene setzt, was einem hysterischem Verhalten entspricht. Es stellt sich nun die Frage, was das Motiv für dieses Verhalten ist, und warum die Patientin gerade eine Blindheit demonstriert. Den Grund für diese „hysterische Ausdruckswahl“ sieht der Autor in der Vorgeschichte der Patientin, die wiederholte Augenleiden seit dem 15. Lebensjahr aufweist. Durch diese Leiden kam es zu einer Störung ihres sozialen Lebens, sie sucht bei Problemen Zuflucht in „hysterischen Darbietungen“ und ärztlichen Behandlungen. Bei Klinikaufenthalten hatte sie Kontakt mit anderen Augenhysterikern und daraus entwickelte sie die Krankheitsdarbietung des Blindseins. Das Motiv sei einfach, so der Autor, es liege in dem „sekundären Krankheitsgewinn“ und dem Wunsch der Lebenssicherung durch eine Rente. Die Schwere der hysterischen Störung und ihre lange Bestehensdauer bei einer degenerativen Persönlichkeit geben wenig Aussicht auf eine Heilung. Alle therapeutischen Maßnahmen sind bisher fehlgeschlagen, ihr subjektives Sehvermögen wird weiterhin ihren psychopathischen Bedürfnissen entsprechen. Zusammenfassend besteht bei einer Sch. psychogene (hysterische) Sehstörung bei schwerer Psychopathie, sie ist derzeit berufsunfähig und eine Wiederherstellung ist nicht zu erwarten.

Im zweiten Gutachten beschreibt THIELE den Fall des 33-jährigen Rentenempfängers O. W., bei dem die Fürsorgestelle um Beurteilung ersucht. Aus den Akten ergibt sich, dass W. sein Augenleiden auf einen Gewehrstreifschuss aus

dem Jahre 1916 auf der linken Kopfseite zurückführt. Anschließend wurde er mehrmals an den Augen im Kriegslazarett behandelt. Ab 1922 verbüßte er eine längere Gefängnisstrafe wegen diverser Vermögensdelikte, bei der Aufnahme nannte er sich „Freiherr v. Sch.“ In Jahre 1928 wurden Hornhautnarben nach durchgemachter Keratitis parenchymatosa festgestellt, die Behauptung des W., dass er völlig blind sei, wurde als Simulation abgetan. Im Juni 1928 wurde er in eine Blindenpflegeanstalt gebracht. Von dort aus wandte er sich an verschiedene Wohlfahrtsorganisationen und Privatleute zwecks Unterstützung. Dazu machte er wiederholt falsche Angaben über seine Person und Verhältnisse. Die Schuld für seine Situation gab er allein dem Kopfschuss. Nach eigenen Angaben ist W. seit 1928 blind, starkes Licht nehme er zwar wahr, er könne aber nichts erkennen. Die ersten Sehstörungen seien 1924 aufgetreten. Seine Kindheit ist unauffällig, seit 1924 ist er arbeitslos, seine Straftaten erklärten sich aus der „Nachkriegszeit,“ im Nachhinein halte er seine „Namensänderung für „blöde.“ Der körperliche Befund zeigte eine ca. drei Zentimeter lange Narbe im Bereich der linken Scheitelgegend, welche druckschmerzhaft sein soll. Das Schädelröntgen ist unauffällig, ebenso die Luesserologie. Die Augenuntersuchung ergab außer Hornhautvernarbungen keinen pathologischen Befund, eine organisch bedingte Blindheit konnte mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Das Nervensystem war ebenfalls ohne pathologischen Befund. Das psychische Verhalten des W. ist ruhig und nur gelegentlich gereizt. Stets macht er den Eindruck eines Blinden.

In seiner Beurteilung schreibt THIELE, dass neben dem Ausschluss einer organischen Ursache für die Blindheit durch die Augenklinik auch kein Hinweis auf eine zentrale Gehirnerkrankung gegeben ist, dies ergibt sich aus dem Schädelröntgen und der Gesamtbeurteilung der Narbe durch den Streifschuss. Der Autor stellt nun die Frage nach den Gründen für das Verhalten des W. In Betracht kommen hierbei Simulation und Hysterie. Ersteres wäre im Falle einer reinen Zweckerreichung anzunehmen, letztere im Falle einer den W. betreffenden Krankheitsvorstellung, die er, ohne sich der seelischen Abläufe bewusst zu sein, darbietet. Die Wahrheit wird zwischen diesen beiden Polen zu finden sein. Die letztendliche Beantwortung ist schwierig, je nachdem wie psychopathisch der Patient wirkt, desto größer ist der hysterische Anteil. Im vorliegenden Fall findet sich bei W. kaum ein Anhaltspunkt für ein psychopathisches Verhalten. Sowohl die Straftaten als auch die Namensänderung zielten nur darauf ab, Vermögen zu erlangen, allenfalls

kann hier eine gewisse Geltungssucht angenommen werden. Alle Aktionen des W. wirken wie wohl durchdachte Zweckmanöver und sind auch als solche anzusehen. Zusammenfassend ergibt sich, dass der Scheinblindheit des W. eher ein zweckgebundener Charakter, als eine schwere seelische Abartigkeit zugrunde liegt. Das W. gerade die Scheinblindheit für seine Simulation gewählt hat, ist bei der Vorgeschichte naheliegend. THIELE hält W. für objektiv und subjektiv für sehtüchtig.

2.10.3.3 Vergleich

Zur heutigen Beurteilung von Simulation siehe „2.10.2 Kohlenoxydvergiftung oder Simulation?“

Im ersten vorgestellten Fall fand der Autor objektiv keine Befunde welche die von der Probandin geschilderten Beschwerden erklärten. Ferner hat er verschiedene Verhaltensmuster festgestellt, abhängig davon, ob die Probandin sich beobachtet fühlte oder nicht. Dies spricht hier für eine bewusste Selbstinszenierung. Somit sprechen die hier vorliegenden Hinweise nach heutigen Maßstäben für eine Simulation. Der Zweck liegt hier, wie vom Autor erwähnt, in der Durchsetzung eines Rentenbegehrens. An dieser Stelle kann eine rentenbedingende psychische Störung diskutiert werden.

Im zweiten Gutachten hat der Proband bereits vor der erfolgten Begutachtung mehrfach falsche Angaben gemacht. Auch hier wurde keine organische Erkrankung gefunden, welche die Blindheit des Patienten erklären würde. Ebenfalls beschreibt der Autor eine Selbstinszenierung des Probanden. Die vorliegenden Hinweise sprechen auch in diesem Fall nach dem heutigen Wissenstand für eine Simulation. Das Motiv ist hier abermals die Erlangung einer Rente, was in diesen Fall gut mit den bereits begangenen Vermögensstraftaten korreliert. Heutzutage würde hier, wie schon der Autor andeutet, höchstwahrscheinlich der Versuch eines Betruges angenommen werden, ein rein psychisch begründeter Rentenanspruch wäre bei dieser Vorgeschichte des Probanden eher unwahrscheinlich.

In beiden Fällen liegt hier mit größter Wahrscheinlichkeit eine Simulation vor. Demnach sind hier von dieser Seite keinerlei Rentenansprüche gegeben. Diese könnten sich allenfalls aus einer psychischen Störung ergeben, wobei diese im zweiten Fall nicht vorliegen dürfte. Dieser Anspruch wird nach heutiger Ansicht nicht als gegeben angesehen, wenn die psychische Störung nur in der Erlangung eines

Rentenanspruches besteht¹¹⁷ (s.a. 2.9 Rentenneurosen). Nach der Entfernung der Simulation der Scheinblindheit bleibt hier nur noch dieses Begehren in ersten Fall übrig, und trotz der Entwicklungsstörung der Probandin wäre hier jeglicher Anspruch abzulehnen. In zweiten Fall müsste dies wohl genauso beurteilt werden, vorausgesetzt man nimmt nicht in erster Linie einen Betrugsversuch an.

¹¹⁷ Venzlaf S. 487.

2.10.4 Zusammenfassung

Die Simulation ist, wie eingangs gezeigt, ein auch heute bestehendes Problem. Durch den höheren medizinischen Wissensstand und die deutlich besseren diagnostischen Möglichkeiten ist die Aufdeckung von Simulation in der heutigen Zeit im Vergleich zum angegebenen Zeitraum, in welchem die beiden Artikel veröffentlicht wurden, deutlich vereinfacht worden. Das Problem der falschen Annahme einer Simulation wird besonders in ersten Artikel deutlich. Aber auch die Feststellung einer Simulation löst das Problem nicht, wie der erste Fall des zweiten Artikels zeigt. Insgesamt ergibt sich, dass die Simulation bereits zum damaligen Zeitpunkt ein Problem darstellte, und dem auch heute noch so ist. Jedoch ist der Umgang mit Simulanten heute bedachter, und Simulationen an sich sind selten. Dieser spezielle Umgang mit Simulanten fehlt in beiden Artikeln, vielmehr geht es nur um die richtige Diagnosestellung. Entsprechend kann hier auch nicht von wegweisenden Artikeln gesprochen werden.

3. Diskussion

Die dargestellten Artikel lassen sich nun anhand der in der Einleitung genannten Fragen beurteilen.

Zum einen wurde die Frage gestellt, ob *Der Nervenarzt* seinem Grundkonzept treu geblieben ist. Hierzu können die Artikelanzahl, die Verteilung auf die einzelnen Gebiete und die jeweiligen Jahre, die Artikelart usw. in Form einer statistischen Auswertung der 32 Artikel als Basis dienen.

Als zweites wurde gefragt, ob die Artikel in der heutigen Zeit noch Bestand hätten, ob sie einem nicht mehr bestrittenen Weg der Medizin folgten, oder die Grundlagen für die zukünftigen medizinischen und gegebenenfalls juristischen Erkenntnisse bildeten. Dies erfordert eine inhaltliche Gesamtbetrachtung der Artikelvergleiche mit besonderem Augenmerk auf die Wissenschaft.

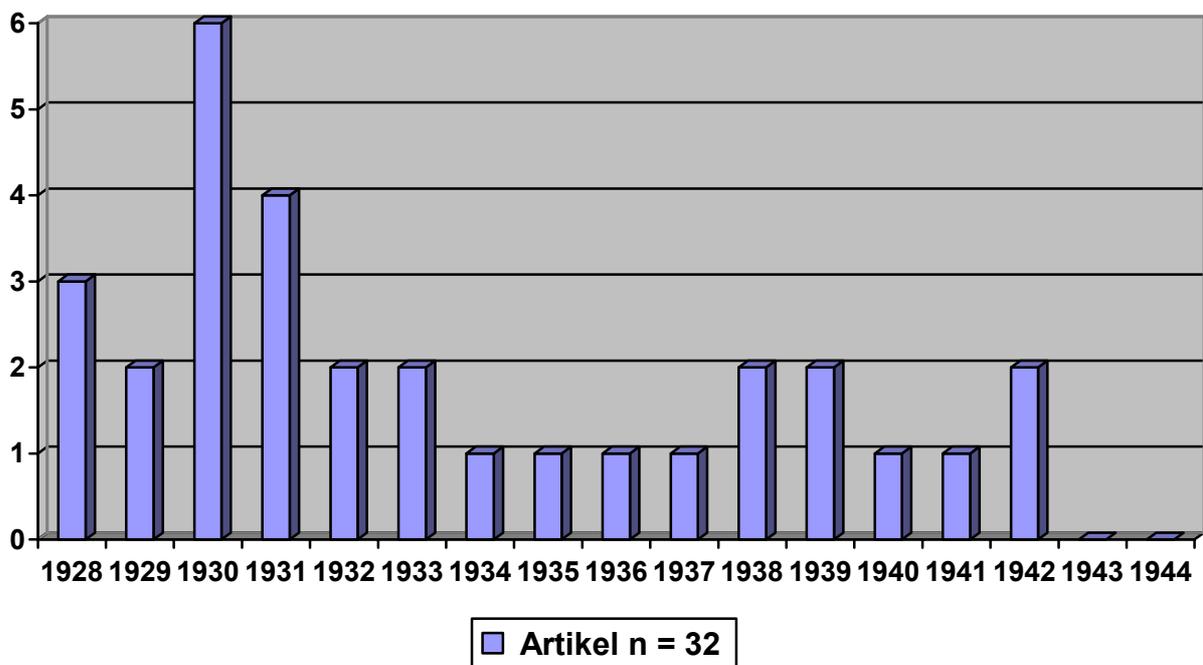
Die auf diese Weise gefunden Erkenntnisse werden abschließend als Ergebnis in ihrer Gesamtheit wiedergegeben.

3.1 Statistische Betrachtung

Entsprechend den in der Einleitung aufgezeigten Kriterien wurden im Zeitraum der Jahre 1928 bis 1944 insgesamt 32 Artikel gefunden, welche sich mit den Problemen der gutachterlichen Tätigkeit beziehungsweise Gutachten befassen. Es fällt auf, dass sich in den ersten Jahren des Erscheinens des Fachblattes *Der Nervenarzt* ab 1928 deutlich mehr Artikel mit Gutachten auseinandersetzen, als in den Folgejahren, vgl. **Diag. 1**. Die Jahre 1943 und 1944 sind zur Vollständigkeit auch aufgeführt, eine Wertung dieser Jahre ist jedoch nicht sinnvoll, da die Zeitschrift *Der Nervenarzt* nur in einem minimalen Umfang erschien. Eine offensichtliche Erklärung für den erwähnten Rückgang ist nicht ersichtlich, ein Zusammenhang mit der politischen Entwicklung und der daraus resultierenden Prioritätssetzung sowie dem Zweiten Weltkrieg ist jedoch naheliegend. Interessanterweise hat in den Jahren 1940 bis 1942 GRUHLE gleich drei Artikel veröffentlicht, wobei auffällt, dass sich diese Veröffentlichungen alle in gleichen beziehungsweise nahen Themengebieten bewegen. Bei dem bereits reduzierten Umfang der Zeitschrift bedeutet dies zudem eine relative starke Repräsentation von gutachterlichen Artikeln. Die Gründe hierfür sind eher in der Art der Artikel, welche keine konkrete Kasuistik beziehungsweise längere Studie erforderten, sowie eventuell bei dem Autor, unter Berücksichtigung

des Regimes und des Krieges, zu suchen. Insgesamt ist jedoch der Rückgang der Artikelzahlen beziehungsweise der Begutachtungen als konstante Entwicklung zu erkennen.

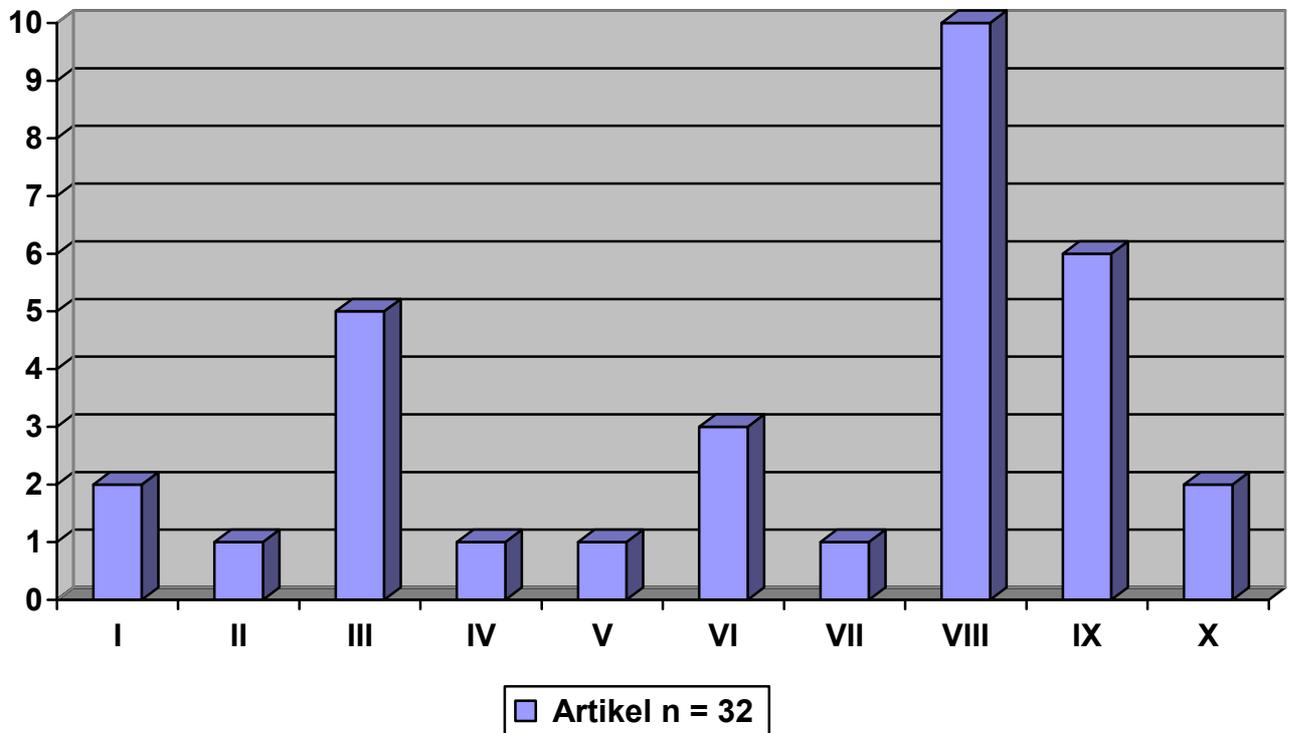
Diagramm 1: Anzahl der Artikel pro Jahr



3.1.1 Artikel pro Kapitel

Die Anzahl der Artikel in jedem Kapitel lässt sich direkt aus dem Hauptteil ersehen, zur Verdeutlichung dient dazu auch **Diag. 2**. Auffällig ist hierbei die hohe Anzahl von Artikeln in den Bereichen der Unfallhaftung und Rentenneurose. Noch aussagekräftiger ist die Zahl, wenn man diese beiden Kapitel zusammen mit dem der Simulation betrachtet. Dieses Kapitel ist eine spezielle Unterform der Rentenneurose beziehungsweise der Unfallhaftung, das Kapitel Rentenneurose wiederum ist ein Spezialfall der Unfallhaftung. Zusammen enthalten diese Kapitel 18 der 32 Artikel, entsprechend 56% aller Artikel. Hieraus lässt sich die Bedeutung und die Wichtigkeit der Klärung von Haftung beziehungsweise Rentenfragen nach Unfällen erkennen. In anderen Gebieten der Medizin wird diese Zahl wahrscheinlich noch höher anzusetzen sein.

Diagramm 2: Anzahl der Artikel pro Kapitel



- I = Probleme der Begutachtung
- II = Beurteilung von Zeugenaussagen
- III = Zurechnungsfähigkeit
- IV = Entmündigung
- V = Ehetauglichkeit
- VI = Eheanfechtung
- VII = Sterilisation
- VIII = Haftung nach Unfall
- IX = Rentenneurose
- X = Simulation

3.1.2 Artikeltyp

Bei der Aufteilung in theoretische und fallbezogene Artikel zeigt sich ein deutliches Übergewicht zugunsten der fallbezogenen Artikel. Mit einer Anzahl von 23 sind sie mehr als doppelt so häufig wie die theoretischen Artikel mit 9 Veröffentlichungen

vertreten, siehe auch hierzu **Diag. 3**. Hieraus lässt sich eine enge Verbindung der Autoren zu real anzuwendenden medizinischen Problemen erkennen. Betrachtet man hierzu nun die Verteilung innerhalb des Beobachtungszeitraums von 1928 bis 1944, fällt auf, dass in den Jahren 1940 mit 1944 keine fallbezogenen Artikel mehr veröffentlicht wurden, vgl. **Diag. 4**. Dies dürfte seine Ursachen im Zweiten Weltkrieg haben, auch wenn noch genügend Daten von interessanten Fällen vorhanden gewesen sein dürften, so ist jedoch davon auszugehen, dass hier auf Grund der Probleme des Krieges kein Interesse an der Auswertung dieser Daten bestanden haben dürfte. Auch der Umstand, dass alle „Praktiker“ anderweitig im Einsatz waren, und nur vereinzelte „Theoretiker“ noch Zeit hatten, Artikel zu schreiben beziehungsweise zu veröffentlichen, ist denkbar. Hierbei ist unter „Praktiker“ ein hauptsächlich praktizierender Arzt (hier vor allem bezogen auf die gutachterliche Tätigkeit) und unter „Theoretiker“ ein mehr wissenschaftlich orientierter Arzt zu verstehen. Das letzte echte Gutachten wurde im Jahr 1939 veröffentlicht und befasste sich mit der Ehetauglichkeit (BECKER, Ein Beitrag zur psychiatrischen Begutachtung der Ehetauglichkeit (Ein Gutachten)).

Diagramm 3: Fallbezogene und theoretische Artikel gesamt

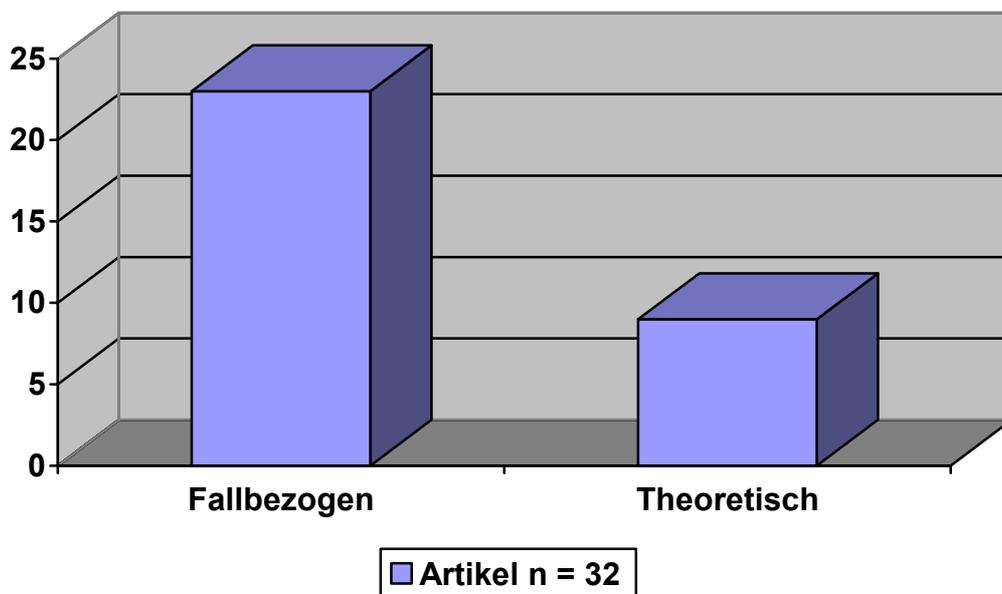
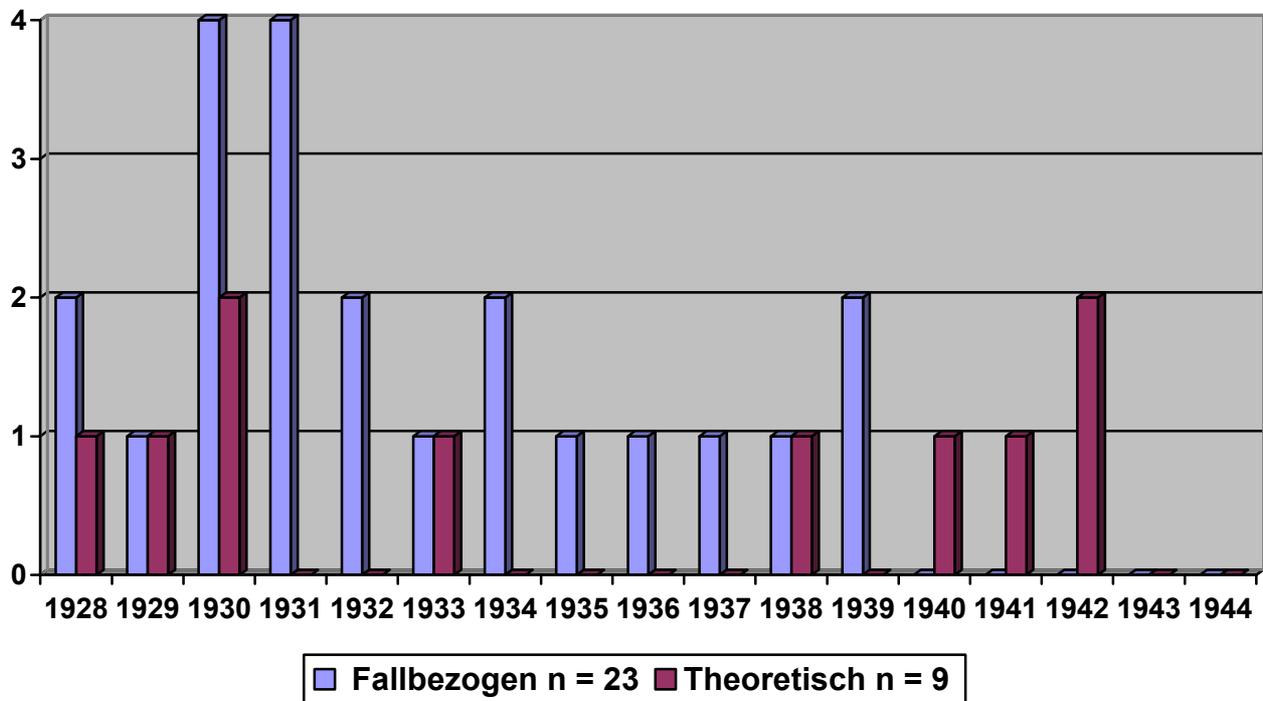


Diagramm 4: Fallbezogene und Theoretische Artikel pro Jahr



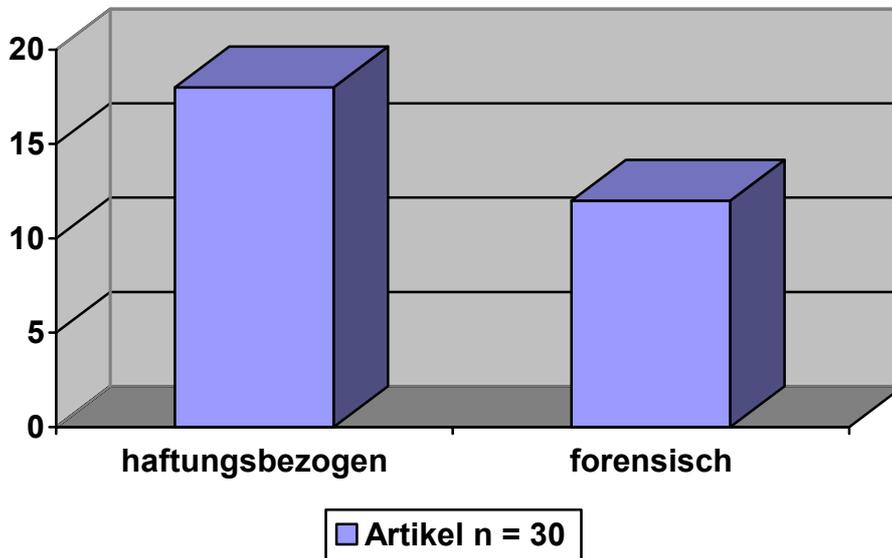
3.1.3 Artikelart

Die klassische forensische Psychiatrie, das heißt hier die Beantwortung von Fragen von Gerichten und Behörden, welche nicht sozial- beziehungsweise haftungsrechtlichen Ursprungs sind,¹¹⁸ stellt hier zwölf Veröffentlichungen, vgl. **Diag. 5**. Ausgenommen sind hier die Kapitel Sterilisation und Ehetauglichkeit, bei welchen nur Wahrscheinlichkeiten diskutiert werden, jeweils ein Artikel. Es fällt auf, dass sich in der anfangs genannten Kategorie nur zwei Artikel auf einen konkreten Straftatbestand beziehen. Weitere zwei Artikel behandeln Fälle aus den Bereichen Eheanfechtung und Entmündigung. Die restlichen Artikel dieser Kategorie beziehen sich auf allgemeine Fragen, zum Teil verdeutlicht an Einzelbeispielen (z.B. im Bereich der Zeugenaussagen). Diese Konstellation zeigt, dass sich die Forensik in dieser Zeit in einer speziellen Entwicklungsphase befand (Fortwirkung der „überzogenen Propagierung“ durch z.B. HOCHÉ und BINDING).¹¹⁹

¹¹⁸ Neodopil, N.: Forensische Psychiatrie, Stuttgart, 1996, S. 2.

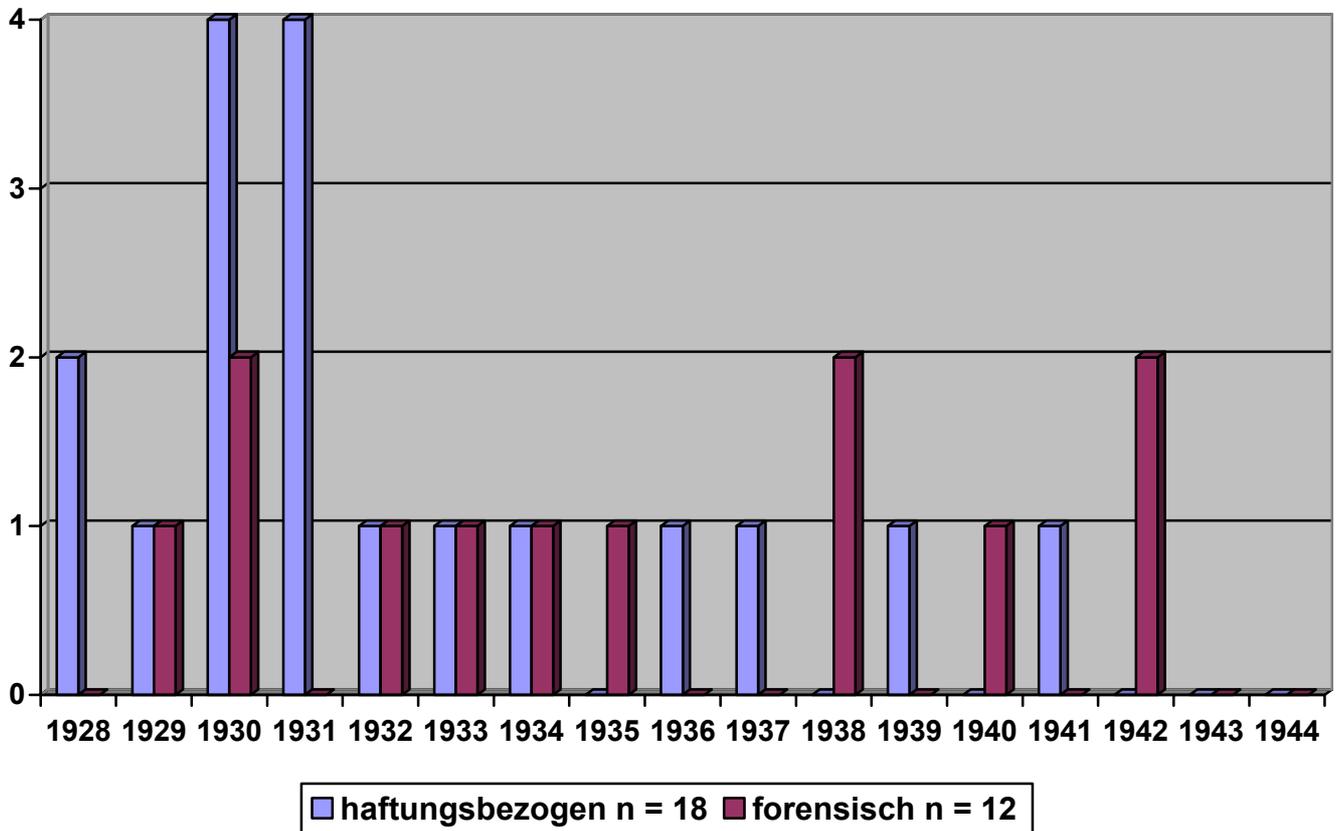
¹¹⁹ Neodopil, N.: Forensische Psychiatrie, Stuttgart, 1996, S. 6.

Diagramm 5: Haftungsbezogene und forensische Artikel



Die Beurteilung der Artikel der einzelnen Kapitel bezogen auf ihre Verteilung im Betrachtungszeitraum ist wenig sinnvoll, die Anzahl der Artikel in vielen Kapiteln ist dazu zu gering. Möglich ist jedoch eine Gegenüberstellung von 18 haftungsbezogenen Artikeln, Kapitel 8 - 10, und 12 forensischen Artikeln, Kapitel 1 - 4 und 6. Wie sich aus **Diag. 6** erkennen lässt, ist die Verteilung insgesamt recht gleichmäßig über die Jahre. Auffällig ist dabei allerdings die hohe Zahl der haftungsbezogenen Artikel in den ersten fünf Jahren der Betrachtungszeitraums (bis 1932). Dies lässt vermuten, dass in dieser Zeit besonders viele Entschädigungsanträge gestellt wurden. Dies würde mit der äußerst schlechten wirtschaftlichen Situation dieser Periode zusammen passen, welche die Menschen dazu veranlasst haben könnte, sich auf diese Weise ein Einkommen zu sichern.

Diagramm 6: Haftungsbezogene und forensische Artikel pro Jahr



Unabhängig von den soeben genannten Verteilungen fällt auf, dass Artikel, die sich in einer beliebigen Form mit der Ehe befassen, erst ab dem Jahr 1932 veröffentlicht wurden. Dies mag auf die politische Entwicklung in dieser Zeit zurückzuführen sein, in der „gesunde“ Nachkommen als sehr wichtig angesehen wurden.

Auch im Bereich der Rentenurose gibt es eine Auffälligkeit. In den Jahren 1929 - 1930 erschienen gleich drei Artikel dieser Art. Dies dürfte hier an dem grundlegenden Charakter des Artikels von v. WEIZÄCKER gelegen haben, der hier weitere Stellungnahmen in Form von Artikeln nach sich zog.

3.1.4 Artikel nach medizinischen Gebiet

Besonders auffällig ist unter diesem Gesichtspunkt der Artikel von SCHROEDER, „Versorgungsärztliche Beurteilung eines Kranken mit Osteodystrophia fibrosa.“ Dieser Artikel behandelt weder ein psychiatrisches, noch ein neurologisches Problem sondern eine internistisch/orthopädische Kasuistik. So gesehen liegt hier ein klassischer Ausreißer aus den Beurteilungsmaßstäben vor. Dies ist auch der Grund, warum bei der Gebietseinteilung zwischen psychiatrisch und neurologisch eigentlich nur 31 Artikel aufgezählt sein dürften. Fraglich ist nun, weshalb dieser Artikel trotz der offensichtlichen Fehlplatzierung in der neurologischen Fachzeitschrift publiziert wurde. Zu bemerken ist, dass es eine Verbindung über dem Morbus Recklinghausen gibt, der sich aus der Neurofibromatosis (generalisata), eine als neurologisch zu wertenden Krankheit, und der Osteodystrophia fibrosa (generalisata) zusammensetzt.¹²⁰ Tatsache ist, dass die Osteodystrophia fibrosa in den dreißiger Jahren des 20. Jahrhundert als neurologische Erkrankung angesehen wurde, wie es aus dem Standardwerk vom BUMKE - FOERSTER „Handbuch der Neurologie“ XV. Band erkennbar ist.¹²¹ Ursächlich dafür waren wahrscheinlich die neuropsychiatrischen Symptome. In der heutigen Zeit wird die Osteodystrophia fibrosa in Neurologie-Werken nur noch am Rande erwähnt,¹²² behandelt wird sie in der in der Orthopädie¹²³ beziehungsweise in der Ursache in der Inneren Medizin.¹²⁴ Somit ist die Veröffentlichung in *Der Nervenarzt* völlig zu Recht erfolgt. Insgesamt liegen bei dieser Betrachtung bei 32 Artikeln 23 weitestgehend psychiatrische Themen und Erkrankungen, und 9 neurologische Probleme vor, vgl. **Diag. 7**. Dies überrascht, da bei der Betrachtung des Zeitschriftentitels „*Der Nervenarzt*“ man eigentlich den Schwerpunkt im Bereich der Neurologie erwarten würde. Dennoch steht dies nicht im Widerspruch mit den Zielen des Nervenarztes. Die Aufschlüsselung nach Jahren zeigt eine relativ gleichmäßige Verteilung von psychiatrischen und neurologischen Artikel, gemessen an der jeweiligen Gesamtzahl der entsprechenden Artikel in diesem Gebiet, vgl. **Diag. 8**.

¹²⁰ s. z.B. Pschyrembel, W.: Klinisches Wörterbuch, 257. Auflage, Berlin & New York, 1994, S. 1298.

¹²¹ Bumke, O.; Foerster, O.: Handbuch der Neurologie, 15. Band, Spezielle Neurologie VII, Berlin, 1937, S. 240ff.

¹²² Brandt, T.; Dichgans, J.; Diener, H. C.: Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen, 4. Auflage, Stuttgart, 2003, S. 1328, S. 1377ff.

¹²³ Rössler, H.; Rüter, W.: Orthopädie, 18. Auflage, München & Jena, 2000, S. 79ff.

¹²⁴ Classen, M.; Diehl, V.; Kochsiek, K.: Innere Medizin, 3. Auflage, München & Wien & Baltimore, 1994, S. 796ff.

Diagramm 7: Psychiatrische und neurologische Artikel

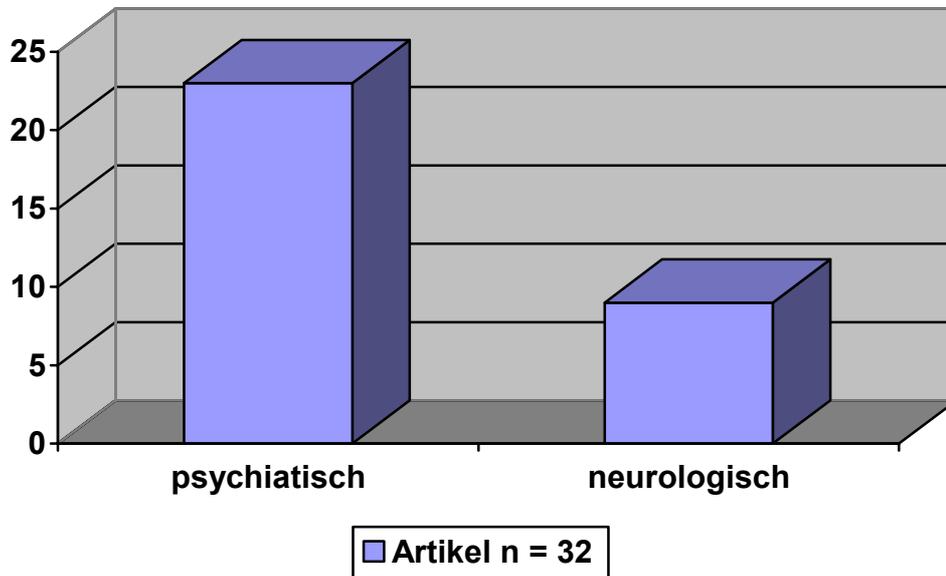
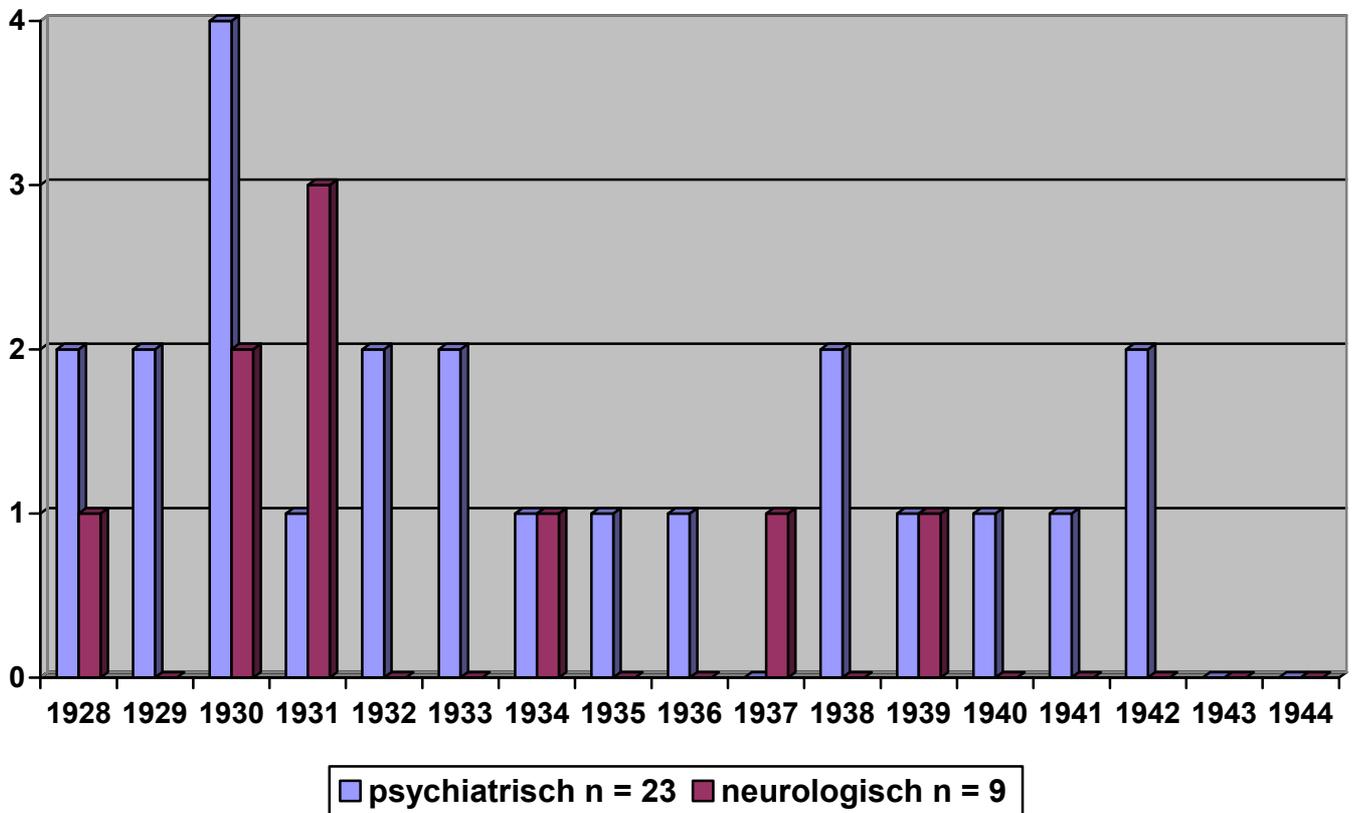


Diagramm 8: Psychiatrische und neurologische Artikel pro Jahr



3.1.5 Autoren

Die 32 Artikel wurden von insgesamt 27 Autoren verfasst, wobei der Artikel „Kohlenoxidvergiftung oder Simulation?“ zwei Erstautoren hat. Vier Autoren haben mehr als einen Artikel im Beobachtungszeitraum veröffentlicht: HOCHÉ und GRUHLE mit drei, MINKOWSKI und BERINGER mit zwei Artikeln. Betrachtet man die Autoren selbst, so zeigt sich, dass die meisten dieser in bibliographischen Lexika und Enzyklopädien bedeutender Mediziner beziehungsweise Neurologen und Psychiater wiederzufinden sind¹²⁵. Am bekanntesten sind u.a.: K. BERINGER, L. BINSWANGER, H. GRUHLE, A. HOCHÉ, V. v. WEIZÄCKER, um nur einige zu nennen. Bei BERINGER als Herausgeber und bei BINSWANGER und v. WEIZÄCKER als Beiräte der Zeitschrift *Der Nervenarzt*¹²⁶ versteht sich die Veröffentlichung von Artikeln von selbst. Aber auch die Publikationen anderer bekannter Ärzte dieser Zeit deuten auf eine bedeutsame Stellung der Zeitschrift hin. Interessant ist auch die Veröffentlichung von drei Artikeln von GRUHLE in den Jahren 1940 bis 1942. Was die genauen Gründe dafür waren, kann heute kaum noch nachvollzogen werden, Tatsache ist jedoch, dass GRUHLE während des Nationalsozialismus massiv in seiner Karriere behindert wurde.¹²⁷ Die Veröffentlichung seiner Artikel könnte als eine kritische Haltung zu dem damaligen Regime verstanden werden. Unterstützt wird diese Vermutung auch von den Ergebnissen der Artikel „Die Stellung psychischer Erleiden im neuen Ehegattengesetz“ und „Ein Beitrag zur psychiatrischen Begutachtung der Eheauglichkeit,“ in denen latent die Gesetze über die Ehe wegen Untauglichkeit angegriffen werden. All dies jedoch kann hier, wie gesagt, nur vermutet werden. Eine weitere Auffälligkeit ist, dass auch Nichtmediziner Artikel in dieser medizinischen Zeitschrift veröffentlicht haben. Namentlich haben hier EBERMAYER und ABENHEIMER als Juristen ihre Publikation beigesteuert. Interessant ist besonders, dass EBERMAYER als Nichtmediziner in einem Lexikon für Neurologen und Psychiater aufgeführt ist.¹²⁸ Dies ist vor allem auf seine wichtigen Veröffentlichungen aus dem Überschneidungsgebiet von Medizin und Rechtswissenschaft zurückzuführen.

¹²⁵ Kreuter, A.: Deutschsprachige Neurologen und Psychiater, Band 1, Band 2, München New Providence London Paris 1996; Engelhardt, D.: Biographische Enzyklopädie deutschsprachiger Mediziner, Band 1, Band 2, München 2002; in diesen Werken finden sich Kurzbiographien von 19 der 27 Autoren.

¹²⁶ von Baeyer: 50 Jahre „Der Nervenarzt“, *Nervenarzt* 50, 1979, S. 1.

¹²⁷ Kreuter, A.: Deutschsprachige Neurologen und Psychiater, Band 1, München New Providence London Paris 1996, S. 482.

¹²⁸ s. Fn. 127, S. 267.

Insgesamt zeigt sich, dass die ausgewerteten Veröffentlichungen größtenteils von bekannten und etablierten Autoren verfasst wurden, was für eine hohe „Qualität“ des Publikationsorgans *Der Nervenarzt* im betrachteten Gebiet und Zeitraum spricht.

3.2 Inhaltlich wissenschaftliche Beurteilung

Es stellt sich die Frage, inwieweit die inhaltlichen Aussagen der einzelnen Artikel auch heute bedeutsam sind. Diese Beurteilung ist äußerst schwierig, denn es ist stets zu bedenken, dass hier keine Wertung erfolgen soll. Es gibt bei dieser Betrachtung kein Richtig oder Falsch. Die Ursache der Thesen, die heute nicht mehr so vertreten werden, kann in den fehlenden technischen Möglichkeiten der damaligen Zeit liegen, ferner im geänderten Verständnis der heutigen Zeit, einer geänderten Gesetzeslage oder in einem Ansatz, der in die falsche Richtung ging. Hierbei ist jedoch zu bemerken, dass auch ein falscher Ansatz einen Wert hat, nämlich den, dass dieser Weg nicht weiter beschritten werden kann und muss, das sogenannte Ausschlussprinzip. Die Aussagen der einzelnen Artikel wurden in der Arbeit in vier Kategorien eingeteilt – noch bedeutsam, teilweise noch bedeutsam, ansatzweise bedeutsam, nicht mehr bedeutsam – stets unter dem Aspekt des oben gesagten und dem Bewusstsein, dass es hier auch eine subjektive Komponente gibt. Unter diesen Voraussetzungen ergibt sich, dass 11 Artikel noch bedeutsam sind, 9 teilweise noch bedeutsam, 7 ansatzweise noch bedeutsam und 5 heute nicht mehr bedeutsam sind, siehe auch **Diag. 9**. Bei der Betrachtung der Bedeutsamkeit über den Beobachtungszeitraum, **Diag. 10**, zeigt sich bis 1939 wiederum eine gleichmäßige Verteilung der vier verschiedenen Kategorien. Auffällig ist jedoch, dass alle Artikel ab 1940 der Kategorie „noch bedeutsam“ zuzurechnen sind. Bedenkt man hier den geschichtlichen Hintergrund, so erscheint dies verwunderlich. Andererseits sind die Themen der Artikel theoretischer und allgemeiner Natur, und berühren sich nicht mit erb- und rassenbiologischen Ansichten des Regimes der damaliger Zeit. Denkbar ist, dass hier bewusst Konflikte vermieden werden wollten (siehe auch 3.1.4). Sichtbar ist auch, dass alle Artikel, welche die Ehe in irgendeiner Art betreffen, geschlossen keine Bedeutung mehr haben. Dies ist jedoch nicht weiter verwunderlich, die grundlegende Gesetzgebung wurde aus dem BGB gestrichen beziehungsweise das entsprechende Gesetz wurde nach dem Dritten Reich aufgehoben. Auch sind die Gedankengänge, die zum Teil hinter diesen Artikeln stehen, heute ethisch nicht mehr vertretbar und entsprechend auch nicht mit den Art.

1, 2, 3 und 6 des Grundgesetzes vereinbar. In dem Betrachtungszeitraum waren dies jedoch sehr aktuelle Fragen, welche beantwortet werden mussten.

Des Weiteren stellt sich die Frage, wie sich die Bedeutsamkeit in den drei Gruppen medizinisches Gebiet, Typ und Art, die in der Statistik betrachtet wurden, verhält.

Diagramm 9: Bedeutsamkeit aller Artikel heute

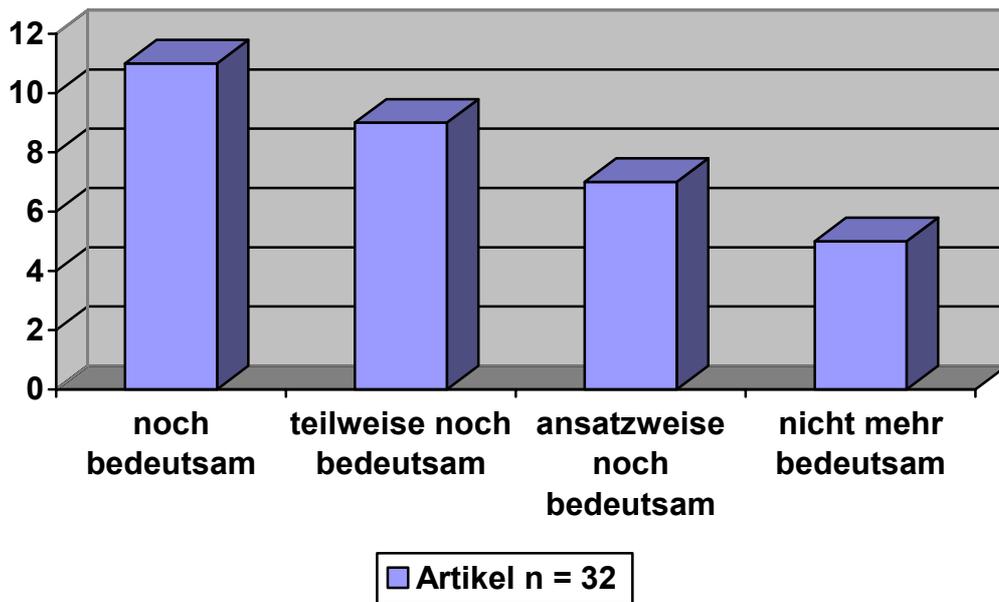
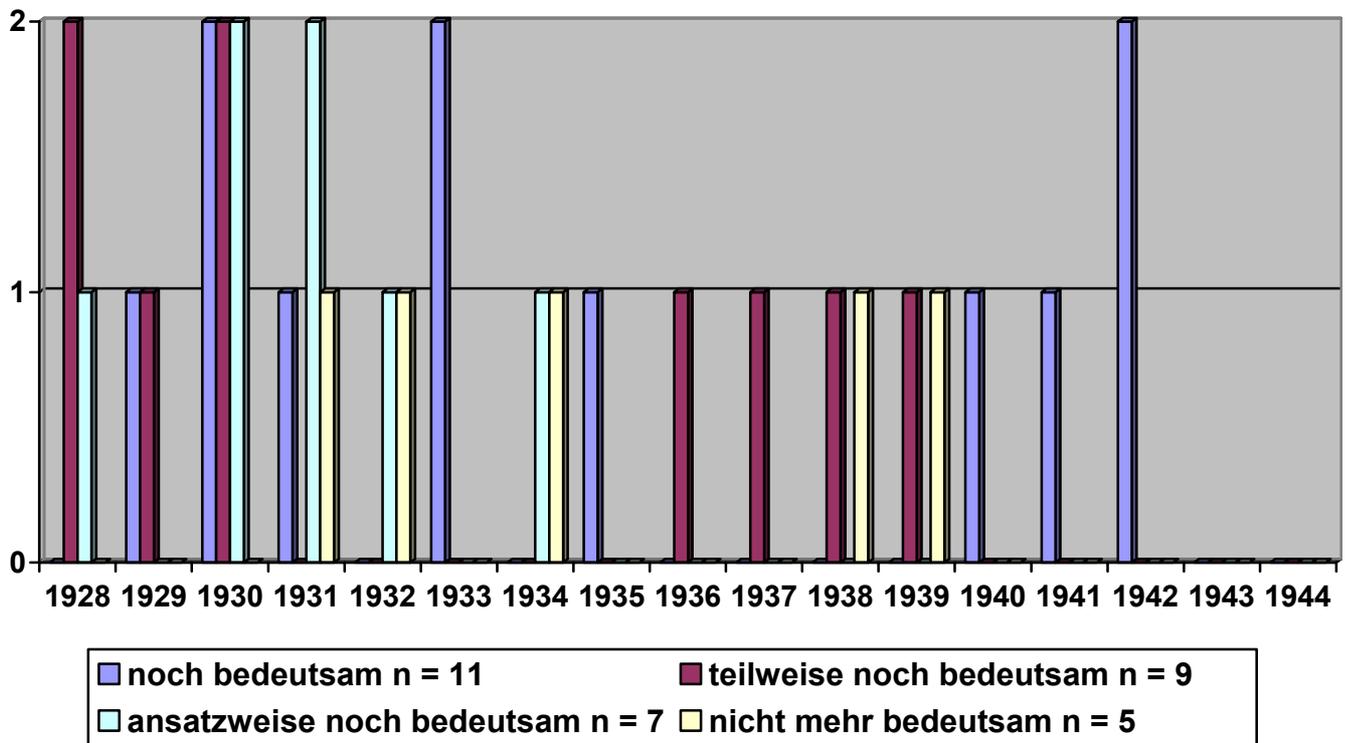


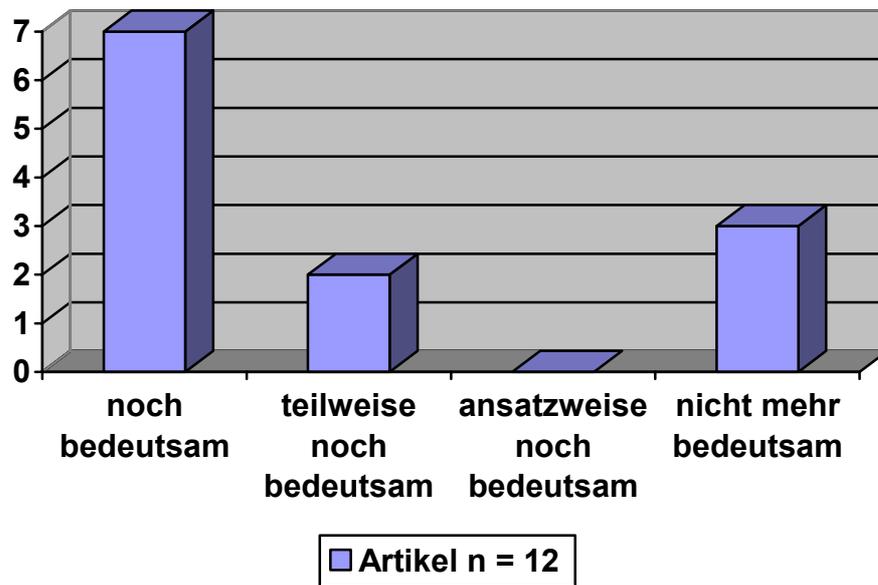
Diagramm 10: Bedeutsamkeit aller Artikel pro Jahr



3.2.1 Artikeltyp

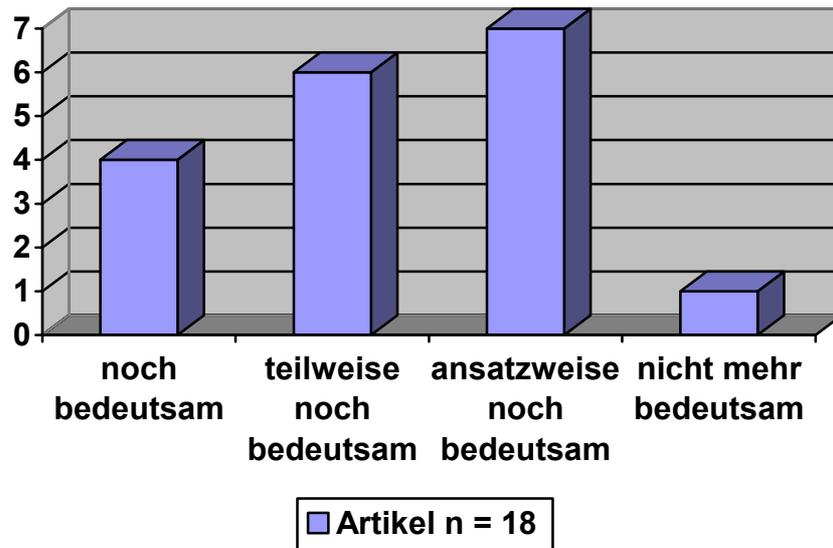
Die Betrachtung der Bedeutsamkeit zeigt bei den forensischen Artikeln ein starkes Übergewicht der heute noch relevanten Artikel, siehe **Diag. 11**. Noch deutlicher wird dies, wenn man berücksichtigt, dass die drei nicht mehr gültigen Artikel alle aus dem Bereich der Eheanfechtung stammen, vgl. dazu oben. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass hier diverse allgemeine Probleme bei der Erstellung und Bewertung von Gutachten bearbeitet wurden (z.B. Zeugenaussagen, Zurechnungsfähigkeit), die auch heute noch in dieser Art Bestand haben. Hier spielte die technische Entwicklung keine allzu große Rolle.

Diagramm 11: Bedeutsamkeit der forensischen Artikel heute



Die haftungsbezogenen Artikel ergeben ein ausgewogenes Bild, vgl. **Diag. 12**. Bemerkenswert ist jedoch, dass trotz der wissenschaftlichen Weiterentwicklung vier Artikel auch heute noch genauso beurteilt würden. Dies deutet auf eine fortschrittliche Denkweise beziehungsweise auf einen hohen Wissensstand der Verfasser hin. Auch ist hier zu bedenken, dass sich in dieser Gruppe die gesamte Rentenproblematik wiederfindet, bei der die verbesserten Diagnosemethoden in Hinblick auf die Neurose an sich wenig Verbesserung mit sich brachten, somit sind die Beurteilungen immer noch stark vom Gutachter selbst abhängig.

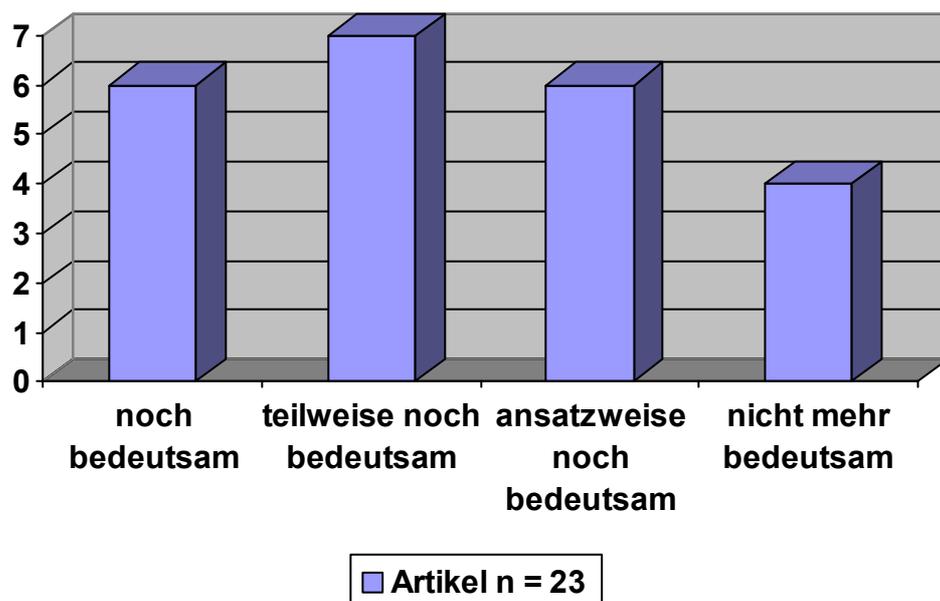
Diagramm 12: Bedeutsamkeit der haftungsbezogenen Artikel heute



3.2.2 Artikelart

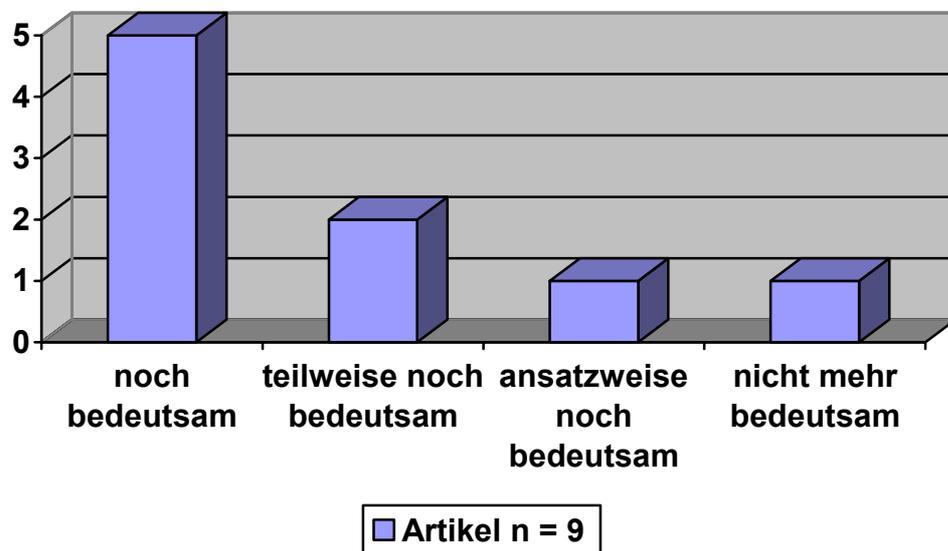
Die fallbezogenen Artikel zeigen eine einheitliche Verteilung hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit, siehe auch **Diag. 13**. Unter Nichtberücksichtigung der ehebezogenen Artikel würde sich hier ergeben, dass fast alle Artikel zumindest ansatzweise noch eine Bedeutung haben.

Diagramm 13: Bedeutsamkeit der fallbezogenen Artikel heute



Ein ganz anderes Bild liefern die theoretischen Artikel, vgl. **Diag. 14**. Trotz der geringen Anzahl ist offensichtlich, dass die meisten Veröffentlichungen heute noch ihre Gültigkeit haben. Die Hälfte der Publikationen fällt unter diese Kategorie, obwohl der Artikel bezüglich des Ehegattungsgesetzes von 1938 eigentlich außer Acht gelassen werden müsste. Hier ergibt sich, dass die aufgestellten Theorien und Thesen sehr fundiert und durchdacht waren. Dies führte dazu, dass sie heute noch gültig sind beziehungsweise als Grundlagen angesehen werden können.

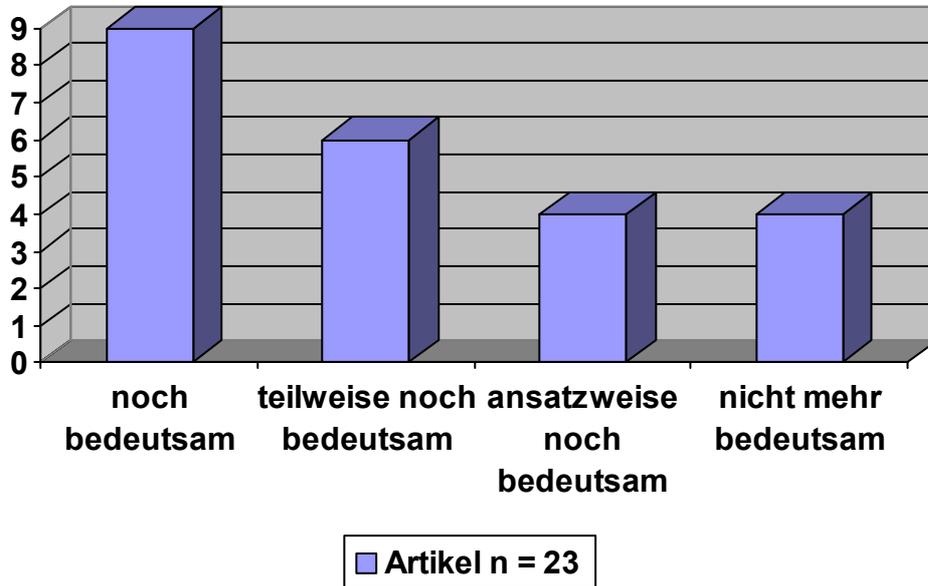
Diagramm 14: Bedeutsamkeit der theoretischen Artikel heute



3.2.3 Artikel nach medizinischen Gebiet

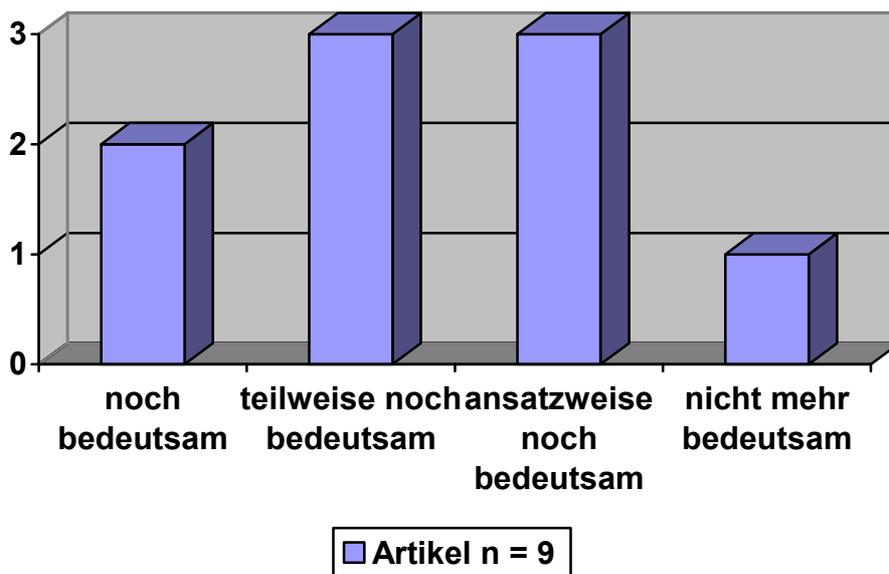
Bei der Klassifizierung der Artikel nach behandelten medizinischen Gebieten, Neurologie oder Psychiatrie, fällt auf, dass im Bereich der Psychiatrie ein großer Teil der Veröffentlichungen heute noch gültig beziehungsweise teigültig sind, verdeutlicht in **Diag. 15**. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass die Psychiatrie ein sehr klinisches Fachgebiet ist, bei der die Diagnose nicht so stark, gemessen an anderen Gebieten der Medizin, von speziellen technischen Diagnoseverfahren abhängt. Zudem befinden sich in dieser Gruppe alle theoretischen Artikel, von denen, wie oben gezeigt, überproportional viele noch bedeutsam sind. Zuletzt ist auch hier auf die Artikel der Eheproblematik zu verweisen, von denen sich alle in dieser Gruppe befinden, und die man eigentlich nicht mit einbeziehen kann.

Diagramm 15: Bedeutsamkeit der psychiatrischen Artikel heute



Bei den neurologischen Artikeln zeigt sich ein ausgewogenes Bild, **Diag. 16**, eine Beurteilung ist aufgrund der niedrigen Anzahl kaum möglich. Entsprechend wird hier darauf verzichtet.

Diagramm 16: Bedeutsamkeit der neurologischen Artikel heute



3.2.4 Zusammenfassung

Der medizinische Wert, generell gesehen, ist auch heute noch gegeben, siehe oben, auch wenn sich die Diagnose- und Behandlungsmethoden deutlich weiterentwickelt haben. Eine detaillierte Beurteilung eines jeden einzelnen Kapitels ist bei den zum Teil geringen Artikelzahlen nicht repräsentativ, bei einigen Kapiteln beziehungsweise Kapitelgruppen ist eine solche Gegenüberstellung jedoch sinnvoll. Dies trifft auf die Kapitel Zurechnungsfähigkeit, Kapitel 3, und die haftungsbezogenen Kapitel 8 bis 10 als Einheit, siehe oben, zu.

In Hinsicht auf die Zurechnungsfähigkeit, fünf Artikel, sind die veröffentlichten Erkenntnisse und Aussagen auch heute noch fast komplett zutreffend, vgl. Zusammenfassung 2.03.07, entsprechend hoch ist ihr medizinischer Wert anzusehen.

Bei den haftungsbezogenen Artikeln liegt dagegen kein einheitliches Bild vor. Bezüglich der Unfallproblematik hat sich die Fragestellung zum Teil grundlegend aufgrund neuer Diagnoseverfahren und Erkenntnisse geändert, bei der Simulation fehlte zur Erscheinungszeit noch die heutige Art und Weise, mit der man heute Simulanten diagnostiziert und therapiert. Im Bereich der Rentenneurose wiederum sind die meisten Aussagen als grundlegend ansehen, auf deren Basis eine weitere Entwicklung stattfand. Hier zeigen sich drei Aspekte der medizinischen Wertung, die Grundlage, die Fehlrichtung und die Veralterung, vgl. oben. So gesehen besteht auch hier ein medizinischer Wert, wenn auch nicht so hoch wie im Bereich der Zurechnung. Dies verwundert nicht, bedenkt man, dass die Aussagen im Bereich der Zurechnung von „theoretischer“ Natur sind und allenfalls von Gesetzesänderungen stärker beeinflusst werden als von technischen Neuerungen.

In den anderen Kapitel zeichnet sich generell fast die gleiche Verteilung bezüglich der aufgezeigten „Arten“ des medizinischen Wertes: identisch zu heute bei gleicher Gesetzeslage zeigt sich das Kapitel der Entmündigung, grundlegend bei den Zeugenaussagen und den allgemeinen Problemen bei der Begutachtung, Veralterung bei der Sterilisation aufgrund von Gesetzesänderungen. Eine direkte Fehlrichtung ist in diesen Artikeln nicht zu erkennen. Unbeachtet bleiben hierbei die Artikel bezüglich der Ehe, die wie bereits oben erwähnt nicht wertbar sind.

Insgesamt fällt jedoch auf, dass die betrachteten Artikel größtenteils als medizinisch wichtig angesehen werden können. Erkennbar ist das auch in den Vergleichen der Beurteilungen von damals mit denen anhand des heutigen Wissens gemessenen.

Dies gilt in besonderem Maße für die Merkmale psychiatrische, theoretische beziehungsweise forensische Publikation, **Diag. 11, 14, 15**. Es zeigt sich, dass die geschilderten Kasuistiken heute in vielen Fällen noch genauso beurteilt werden würden wie sie damals beurteilt wurden. Als Beispiel erscheinen hier die Artikel „Entmündigungsgutachten“ und „Gutachten über den Priester R.“ Gleiches gilt auch für viele der theoretischen Artikel und die darin enthaltenen Aussagen und Thesen, vgl. z.B. „Tat und Zurechnungsfähigkeit, Geschäft und Geschäftsfähigkeit“ und „Zivilrechtliche Haftung für Unfallneurosen.“ Im Gegensatz dazu stehen die Artikel, die heute völlig anders beurteilt würden, z.B. „Paralyse und Unfall“ und „Zwei Gutachten zur Scheinblindheit,“ und die Artikel, die heute gar nicht mehr beurteilt werden können beziehungsweise würden, die Artikel bezüglich der Ehe. Der überwiegende Teil der Artikel fällt jedoch in die Kategorie der noch genauso beziehungsweise fast genauso zu beurteilen Artikel, siehe oben und **Diag. 10**. Insgesamt kann gesagt werden, dass bei der Betrachtung aller 32 Artikel die wissenschaftliche Bedeutung und der medizinische Wert erkennbar und gegeben, und gegenüber den „Ausreißern“ überwiegend, sind.

3.3 Ergebnis

Vergleicht man diese Zahlen und Erkenntnisse mit den eingangs gestellten Fragen, das heißt mit den Zielen der Zeitschrift *Der Nervenarzt* und der Bedeutsamkeit der Artikel in der heutigen Zeit, so zeigt sich zunächst bezogen auf den *Der Nervenarzt*, dass die meisten beziehungsweise fast alle Ziele und der selbst gegebene Rahmen eingehalten wurden.

Die wissenschaftliche Information und der Erfahrungsaustausch sind hier unstrittig zugegen, ohne diese Voraussetzungen wäre ein Publikationsorgan wie *Der Nervenarzt* keine medizinische Zeitschrift. Interessanter ist hier schon die Idee der Möglichkeit der Diskussion. Als gutes Beispiel kann hier das Kapitel „Rentenneurosen“ genannt werden. Beginnend mit der Artikel „Über Rechtsneurosen“ von v. WEIZSÄCKER folgten kurz darauf zwei weitere Artikel über diese Problematik und im weiteren Verlauf noch mehr Artikel, in denen auf die vorherigen Artikel eingegangen wurde, wobei v. WEIZSÄCKERS Publikation meist als Grundlage im Vordergrund stand. Somit liegt hier genau so eine Diskussion vor, wie sie sich die Gründer der Zeitschrift erhofft hatten.

Ein weiteres Ziel war die Praxisorientiertheit der Veröffentlichungen. Wie oben gezeigt, haben hier die praxisbezogenen Artikel einen Anteil von über 2/3 an allen betrachteten. Dies zeigt deutlich, dass dieses Ziel ebenfalls erreicht wurde.

Auch der wissenschaftliche Fortschritt sollte vom *Der Nervenarzt* dargestellt werden. Auch dies lässt sich wiederum gut am Kapitel der „Rentenneurosen“ darstellen. Hier wurden über den gesamten Beobachtungszeitraum immer wieder neue Arbeiten veröffentlicht, in denen stets auf die neusten Entwicklungen eingegangen und neuere Ideen vorgetragen wurden. Auch die Auswahl der Autoren, von denen viele zu den bekanntesten auf ihrem Gebiet zu dieser Zeit zählten, zeigt hier den Wunsch der Herausgeber der Zeitschrift, sich dem wissenschaftlichen Fortschritt zu widmen. Dies zeigt zuletzt auch der Anteil der theoretischen Veröffentlichungen, hier ca. 1/3 aller Publikationen.

Auch das Gleichgewicht der einzelnen Gebiete war ein Anliegen der Gründer des Fachblattes *Der Nervenarzt*. Hierbei kommen zwei Verteilungsmuster im Rahmen der Begutachtung in Betracht: zum einen das Verhältnis zwischen neurologischen und psychiatrischen Veröffentlichungen, zum anderen die Gewichtung in den einzelnen Kapiteln. Zu Ersterem fällt auf, dass die psychiatrischen Publikationen ein deutliches Übergewicht haben, hier wurden das selbst gesteckte Ziel eindeutig verfehlt, was um so mehr verwundert, da man bei dem Titel *Der Nervenarzt* primär an die Neurologie denken muss. Eine ähnliche Disproportionalität zeigt sich auch bei der Gewichtung in den einzelnen Kapiteln. Hier jedoch von einer „Zielverfehlung“ zu sprechen, wäre falsch. Erstens hängt diese Verteilung stark von aktuellen Problematiken ab, des Weiteren treten einige dieser häufiger auf als andere, z.B. Entmündigung verglichen zu Fragen der Unfallhaftung. Zuletzt ist auch noch zu berücksichtigen, dass eine andere Gewichtung direkt mit einem anderen Ziel der Zeitschrift kollidieren würde, nämlich dem der Darstellung des wissenschaftlichen Fortschrittes, welcher nie auf allen Gebieten gleich schnell voranschreitet.

Abschließend muss noch das Ziel der fachübergreifenden Darstellung geprüft werden. Wie oben bereits erwähnt, wurden zwei der 32 Artikel nicht von Medizinern, sondern von Juristen veröffentlicht. Entsprechend zeigen diese Arbeiten eine juristische Sichtweise der Medizin, hier jeweils im Grenzgebiet zwischen Medizin und Rechtswissenschaft, und verlassen gerade hier das Fach der Medizin. Auch wenn hier keine philosophischen Aspekte verarbeitet wurden, so wurde doch der Wunsch

nach einer über die Medizin hinaus gehenden Betrachtungsweise hier im Bereich der Begutachtung erfüllt.

Zusammenfassend ergibt sich in Bezug auf die Frage, ob *Der Nervenarzt* seine Ziele erreichen konnte, im Gebiet der ärztlichen Begutachtung, dass dies nur bei der Verteilung zwischen Neurologie und Psychiatrie nicht gelang. Bei allen anderen Aspekten: der Information, dem Erfahrungsaustausch, der Diskussion, dem wissenschaftlichen Fortschritt und dem Wunsch nach fachübergreifenden Publikationen sind diese Ziele eindeutig vollbracht worden.

Der medizinische Wert der Publikationen wurde im vorangegangenen Abschnitt eingehend dargestellt. Wie bereits oben erwähnt, sind viele der Artikel als grundlegend für die weitere Entwicklung anzusehen, einige Aussagen und Erkenntnisse sind heute noch fast unverändert auf die entsprechende Problematik anwendbar. Die eingangs gestellte Frage, ob die Erkenntnisse bezüglich der medizinischen Begutachtung heute noch Bedeutung haben, ist damit beantwortet. Stets ist hierbei der Zeitraum zu berücksichtigen, in dem die Artikel veröffentlicht wurden, in dem der Sozialdarwinismus seinen Höhepunkt erreichte¹²⁹. Um so auffälliger ist, dass sich dieses Gedankengut in den Artikeln kaum niederschlägt beziehungsweise indirekt kritisiert wird. Diese versteckte „oppositionelle Haltung“ auf dem Gebiet der Begutachtung mag mit einer der Gründe sein, warum die Inhalte der Artikel zu einem großen Teil auch heute noch einen medizinischen Wert haben.

Insgesamt ist festzustellen, dass im direkten Bezug auch die zwei in der Einführung gestellten Fragen, zum Einen die Bedeutsamkeit der ausgewerteten Artikel größtenteils auch heute noch Bestand hat, und als eine der Grundlagen für den heutigen Wissenstand im Bereich der neurologischen/psychiatrische ärztlichen Begutachtung anzusehen ist. Zum Zweiten zeigte sich, dass *Der Nervenarzt* bis auf eines, alle seine von ihm selbst vorgegeben Ziele im Rahmen des Gebietes der ärztlichen Begutachtung im Beobachtungszeitraum erreicht hat.

¹²⁹ Möller, H.-J.; Laux, G.; Kapfhammer, H.-P.: Psychiatrie und Psychotherapie, 2. Auflage, Berlin Heidelberg New York, 2003, S. 20.

4. Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund der Bedeutung der medizinischen Begutachtung wurde eine historische Auswertung auf dem Gebiet der neurologischen und psychiatrischen Begutachtung auf Basis der Zeitschrift *Der Nervenarzt* aus den Jahren 1928 bis 1944 (Jg.1 bis Jg.17) durchgeführt. Der Zeitrahmen wurde hierbei durch das erste Erscheinungsjahr der Zeitschrift und durch den Zweiten Weltkrieg begrenzt. Die Fragestellung war, ob die Artikel im Rahmen der ärztlichen Begutachtung auch heute noch eine wissenschaftliche Bedeutung haben, und wenn ja, welche Art der Bedeutung. Hinzu kam die Frage, ob *Der Nervenarzt* die von ihm selbst vorgegebenen Ziele erreicht beziehungsweise eingehalten hat. Folgende Ziele wurden hierbei zugrunde gelegt: Information, Erfahrungsaustausch, Diskussion, Praxisorientierung, wissenschaftlicher Fortschritt, gleichmäßige Verteilung der einzelnen medizinischen Gebiete und fachübergreifende Gesamtdarstellung.

Zur Beantwortung dieser Fragen wurde zunächst unter dem Gesichtspunkt der Zuordnung der Rubrik „gutachterliche Tätigkeit“ beziehungsweise inhaltlicher Zusammenhang zur ärztlichen Begutachtung 32 Artikel ausgewählt, welche in zehn Kapitel eingeteilt wurden:

1. Probleme der Begutachtung,
2. Beurteilung von Zeugenaussagen,
3. Zurechnungsfähigkeit,
4. Entmündigung,
5. Ehetauglichkeit,
6. Eheanfechtung,
7. Sterilisation,
8. Haftung nach Unfall,
9. Renten neurosen,
10. Simulation.

Die Anordnung der Kapitel erfolgte vom Allgemeinen zum Speziellen. Zu jedem Kapitel wurde ein Allgemeiner Teil erstellt, der den heutigen Stand der Wissenschaft wiedergibt. Die Artikel selbst wurde zusammengefasst und mit dem heutigen Wissenstand im Allgemeinen, siehe oben, im Speziellen bezogen auf den Artikel selbst verglichen. Als Hauptvergleichsliteratur dienten hierbei für die Psychiatrie:

VENZLAFF – FOERSTER: „Psychiatrische Begutachtung,“ und für die Neurologie (Kapitel „Haftung nach Unfällen“): FRITZE: „Die ärztliche Begutachtung.“

In der Diskussion wurden die Artikel zunächst nach folgenden Kriterien statistisch ausgewertet: Anzahl aller Artikel pro Jahr; Artikelart; theoretische vs. fallbezogene und haftungsbezogene vs. forensische; Artikel nach medizinischen Gebiet; neurologische vs. psychiatrische; Artikel pro Kapitel. Anschließend wurde noch auf die Autoren der Veröffentlichungen eingegangen. Es zeigte sich eine Häufung von Artikeln zu Beginn des Beobachtungszeitraums, bei der Verteilung zwischen theoretischen und fallbezogenen Artikeln, zeigte sich ein Verhältnis von 10 zu 22, ähnlich liegt die Verteilung von forensischen und haftungsbezogenen Artikeln, 18 zu 12, wobei zwei Artikel sich hier nicht klassifizieren lassen. Ein gleiches Bild zeigt sich bei den neurologischen und psychiatrischen Artikeln, 9 zu 23. Bei der Anzahl der Artikel fallen die häufigeren Anzahlen in die Kapiteln „Haftung nach Unfall“ und „Rentenneurosen,“ insgesamt 16 Publikationen, das heißt 50% der Gesamtartikel. Bei den Autoren zeigte sich, dass viele bedeutende Autoren dieser Zeit im *Der Nervenarzt* Artikel veröffentlicht haben und, dass nicht alle Autoren Mediziner waren. Anschließend wurde die medizinische Bedeutung bezogen auf die heutige Zeit beurteilt. Hierbei zeigte sich, dass ein großer Teil der Artikel auch heute noch als bedeutsam oder größtenteils als bedeutsam anzusehen sind. Dies gilt vor allem bei den Artikeln bezüglich allgemeiner Fragen (z.B. Zurechnung) und grundlegend bei den Artikeln im Bereich der Rentenneurosen. Kaum noch eine Bedeutung beziehungsweise gar keine Bedeutung haben die Artikel im Bereich der Eheproblematiken, wie Anfechtung und Tauglichkeit. Hier hat sich das Gesetz grundlegend geändert, ebenso wie die soziale Einstellung zu diesen Themen. Insgesamt wurde von den 32 Artikeln 11 als weiterhin bedeutsam, 10 als teilweise bedeutsam, 6 als kaum noch bedeutsam und 5 als nicht mehr bedeutsam eingestuft. Hierbei bezieht sich die Bedeutsamkeit auf die fortdauernde Gültigkeit der Aussagen und Thesen der Artikel. Bei der artikeltyp- bezogenen Bewertung der Bedeutsamkeit zeigte sich bei den forensischen Artikeln ein Überwiegen der bedeutsamen Veröffentlichungen, die haftungsbezogenen Artikel dagegen sind ausgewogen. Im Bereich der Artikelart verhält es sich ähnlich, die fallbezogenen Artikel sind ausgewogen, die theoretischen überwiegend bedeutsam. Eben so ist das Verhältnis bei der Psychiatrie, überwiegend bedeutsam, und der Neurologie, gleichmäßig verteilt.

Im Ergebnis zeigt sich nun, dass in Hinblick auf die eingangs gestellten Fragen Folgendes gesagt werden kann: in Bezug auf die Frage, ob *Der Nervenarzt* seine Ziele erreicht hat, ergibt sich, dass im Bereich der ärztlichen Begutachtung alle Ziele, bis auf die ausgewogene Verteilung von neurologischen und psychiatrischen Artikeln, eingehalten wurden. Die Frage, ob die ausgewerteten Artikel auch heute noch eine wissenschaftliche Bedeutung haben, führte zu dem Ergebnis, dass der überwiegende Teil der Artikel heute noch als bedeutsam angesehen werden kann und/oder als Grundlage für den heutigen Wissenstand dienen. Nur ein kleiner Teil der Artikel ist heute nicht mehr von Relevanz, was auf die geänderten sozialen und gesetzlichen Strukturen sowie den erweiterten medizinischen Wissenstand zurückzuführen ist.

5. Anhang

Tabelle 1: Artikelübersicht in zeitlicher Reihenfolge

Nr.	Titel	Autor	Jahr	Kapitel
1	Sterilisation und Gesetz	Ebermayer	1928	Sterilisation
2	Funikuläre Myelitis und Dienstbeschädigung	Leppmann, F.	1928	Haftung nach Unfall
3	Kohlenoxydvergiftung oder Simulation?	Hildebrandt, K. Balluff, F.	1928	Simulation
4	Gutachten über den Priester R.	Hoche, A.	1929	Zurechnungsfähigkeit
5	Über Rechtsneurosen	v. Weizsäcker, V.	1929	Rentenneurose
6	Zur Frage der Behandlung von „Unfallneurosen“	Lottig, H.	1930	Rentenneurose
7	Gutachten über einen Fall von kindlicher Aphasie nach Trauma	Minkowski, M.	1930	Haftung nach Unfall
8	Rentenneurose und Arbeitsfähigkeit	Jossmann, P.	1930	Rentenneurose
9	Gutachten über einen Fall von amyotrophischer Lateralsklerose nach Erkältungstrauma bei einem Diabetiker	Minkowski, M.	1930	Haftung nach Unfall
10	Gutachten Anneli L. (Kindliche Anschuldigung gegen den Vater wegen Sexualdelikts)	Wenger, M.	1930	Beurteilung von Zeugenaussagen
11	Gutachten über einen Fall von sexueller Hörigkeit bei einer Jugendlichen	Villinger, W.	1930	Zurechnungsfähigkeit
12	Gutachten über die Frage des ursächlichen Zusammenhanges von Hemiplegie und elektrischem Unfall	Schwarz, H.	1931	Haftung nach Unfall
13	Über den Begriff „schweres Nervenleiden“ in den Versicherungsbedingungen der privaten Unfallversicherungen	Steiner, G.	1931	Haftung nach Unfall
14	Selbstmord nach Unfall; der Begriff „organisch“ in der Privatversicherung	Hoche, A.	1931	Haftung nach Unfall
15	Versorgungsärztliche Beurteilung eines Kranken mit Osteodystrophia fibrosa	Schroeder, E.	1931	Haftung nach Unfall
16	Zwei Gutachten zur Frage der Scheinblindheit	Thiele, R.	1932	Simulation
17	Die Frage der Veranlagung zur Geisteskrankheit als Eheanfechtungsgrund (§1333 BGB)	Hoche, A.	1932	Eheanfechtung
18	Über die Beurteilung psychoanalytischer Aufzeichnungen durch den Richter	Maier, H.	1933	Probleme der Begutachtung
19	Zivilrechtliche Haftung für Unfallneurosen	Abenheimer, K.	1933	Rentenneurose
20	Gutachten über Eheanfechtung bei einer schizophrenieartigen Erkrankung nach Encephalitis epidemica	v. Baeyer	1934	Eheanfechtung
21	Behandlung und Metalues. KDB-Frage	Beringer, K.	1934	Haftung nach Unfall
22	Entmündigungsgutachten	Binswanger, L.	1935	Entmündigung
23	Sozialpolitische Bemerkungen zu einem Fall von Unfallneurose	Clauss, L.	1936	Rentenneurose
24	Paralyse und Unfall	Säker	1937	Haftung nach Unfall
25	Anatomische Bemerkungen zur Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit bei bestehender organischer Hirnschädigung	Peters, G.	1938	Zurechnungsfähigkeit
26	Die Stellung psychischer Erbleiden im neuen Ehegattengesetz	Beringer, K.	1938	Eheanfechtung
27	Ein Beitrag zur psychiatrischen Begutachtung der Ehetauglichkeit (Ein Gutachten)	Becker, P.	1939	Ehetauglichkeit
28	Progressive Muskeldystrophie und Trauma	Struppler, T.	1939	Haftung nach Unfall
29	Partielle Geschäftsunfähigkeit, Partielle Zurechnungsunfähigkeit	Gruhle, H.	1940	Zurechnungsfähigkeit
30	Rechtswissenschaft, Ursachenbegriff und Neurosenfrage	Christian, P.	1941	Rentenneurose
31	Das Verstehen des Verbrechers	Gruhle, H.	1942	Probleme der Begutachtung
32	Tat und Zurechnungsfähigkeit, Geschäft und Geschäftsfähigkeit	Gruhle, H.	1942	Zurechnungsfähigkeit

Tabelle 2: Bewertung der Artikel in Reihenfolge der Kapitel

Kapitel	Titel	Jahr	Gebiet	Typ	Art	Wertung
Probleme der Begutachtung	Über die Beurteilung psychoanalytischer Aufzeichnungen durch den Richter	1933	Psych.	Fallb.	For.	b
Probleme der Begutachtung	Das Verstehen des Verbrechers	1942	Psych.	Theo.	For.	b
Beurteilung von Zeugenaussagen	Gutachten Anneli L. (Kindliche Anschuldigung gegen den Vater wegen Sexualdelikts)	1930	Psych.	Fallb.	For.	tb
Zurechnungsfähigkeit	Gutachten über den Priester R.	1929	Psych.	Fallb.	For.	b
Zurechnungsfähigkeit	Gutachten über einen Fall von sexueller Hörigkeit bei einer Jugendlichen	1930	Psych.	Fallb.	For.	b
Zurechnungsfähigkeit	Anatomische Bemerkungen zur Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit bei bestehender organischer Hirnschädigung	1938	Psych.	Fallb.	For.	tb
Zurechnungsfähigkeit	Partielle Geschäftsunfähigkeit, Partielle Zurechnungsunfähigkeit	1940	Psych.	Theo.	For.	b
Zurechnungsfähigkeit	Tat und Zurechnungsfähigkeit, Geschäft und Geschäftsfähigkeit	1942	Psych.	Theo.	For.	b
Entmündigung	Entmündigungsgutachten	1935	Psych.	Fallb.	For.	b
Ehetauglichkeit	Ein Beitrag zur psychiatrischen Begutachtung der Ehetauglichkeit (Ein Gutachten)	1939	Psych.	Fallb.	-	nb
Eheanfechtung	Die Frage der Veranlagung zur Geisteskrankheit als Eheanfechtungsgrund (§1333 BGB)	1932	Psych.	Fallb.	For.	nb
Eheanfechtung	Gutachten über Eheanfechtung bei einer schizophreneartigen Erkrankung nach Encephalitis epidemica	1934	Psych.	Fallb.	For.	nb
Eheanfechtung	Die Stellung psychischer Erbleiden im neuen Ehegattengesetz	1938	Psych.	Theo.	For.	nb
Sterilisation	Sterilisation und Gesetz	1928	Psych.	Theo.	-	tb
Haftung nach Unfall	Funikuläre Myelitis und Dienstbeschädigung	1928	Neur.	Fallb.	Haft.	ab
Haftung nach Unfall	Gutachten über einen Fall von kindlicher Aphasie nach Trauma	1930	Neur.	Fallb.	Haft.	b
Haftung nach Unfall	Gutachten über einen Fall von amyotrophischer Lateralsklerose nach Erkältungstrauma bei einem Diabetiker	1930	Neur.	Fallb.	Haft.	tb
Haftung nach Unfall	Gutachten über die Frage des ursächlichen Zusammenhanges von Hemiplegie und elektrischem Unfall	1931	Neur.	Fallb.	Haft.	b
Haftung nach Unfall	Über den Begriff „schweres Nervenleiden“ in den Versicherungsbedingungen der privaten Unfallversicherungen	1931	Neur.	Fallb.	Haft.	ab
Haftung nach Unfall	Selbstmord nach Unfall; der Begriff „organisch“ in der Privatversicherung	1931	Psych.	Fallb.	Haft.	ab
Haftung nach Unfall	Versorgungsärztliche Beurteilung eines Kranken mit Osteodystrophia fibrosa	1931	Neur.	Fallb.	Haft.	nb
Haftung nach Unfall	Behandlung und Metalues. KDB-Frage	1934	Neur.	Fallb.	Haft.	ab
Haftung nach Unfall	Paralyse und Unfall	1937	Neur.	Fallb.	Haft.	tb
Haftung nach Unfall	Progressive Muskeldystrophie und Trauma	1939	Neur.	Fallb.	Haft.	tb
Rentenneurose	Über Rechtsneurosen	1929	Psych.	Theo.	Haft.	tb
Rentenneurose	Zur Frage der Behandlung von „Unfallneurosen“	1930	Psych.	Theo.	Haft.	ab
Rentenneurose	Rentenneurose und Arbeitsfähigkeit	1930	Psych.	Fallb.	Haft.	ab
Rentenneurose	Zivilrechtliche Haftung für Unfallneurosen	1933	Psych.	Theo.	Haft.	b
Rentenneurose	Sozialpolitische Bemerkungen zu einem Fall von Unfallneurose	1936	Psych.	Fallb.	Haft.	tb
Rentenneurose	Rechtswissenschaft, Ursachenbegriff und Neurosenfrage	1941	Psych.	Theo.	Haft.	b
Simulation	Kohlenoxydvergiftung oder Simulation?	1928	Psych.	Fallb.	Haft.	tb
Simulation	Zwei Gutachten zur Frage der Scheinblindheit	1932	Psych.	Fallb.	Haft.	ab

b = bedeutsam tb = teilweise bedeutsam ab = ansatzweise bedeutsam nb = nicht mehr bedeutsam

Diagrammnachweis

Diagramm 1: Anzahl der Artikel pro Jahr.....	167
Diagramm 2: Anzahl der Artikel pro Kapitel.....	168
Diagramm 3: Fallbezogene und theoretische Artikel gesamt.....	169
Diagramm 4: Fallbezogene und Theoretische Artikel pro Jahr.....	170
Diagramm 5: Haftungsbezogene und forensische Artikel.....	171
Diagramm 6: Haftungsbezogene und forensische Artikel pro Jahr.....	172
Diagramm 7: Psychiatrische und neurologische Artikel.....	174
Diagramm 8: Psychiatrische und neurologische Artikel pro Jahr.....	174
Diagramm 9: Bedeutsamkeit aller Artikel heute.....	177
Diagramm 10: Bedeutsamkeit aller Artikel pro Jahr.....	178
Diagramm 11: Bedeutsamkeit der forensischen Artikel heute.....	179
Diagramm 12: Bedeutsamkeit der haftungsbezogenen Artikel heute.....	180
Diagramm 13: Bedeutsamkeit der fallbezogenen Artikel heute.....	180
Diagramm 14: Bedeutsamkeit der theoretischen Artikel heute.....	181
Diagramm 15: Bedeutsamkeit der psychiatrischen Artikel heute.....	182
Diagramm 16: Bedeutsamkeit der neurologischen Artikel heute.....	182

6. Literaturverzeichnis

Ausgangsliteratur

Der Nervenarzt, Band 1-15, 1928-1942

Abenheimer, K.: „Zivilrechtliche Haftung für Unfallneurosen.“ *Der Nervenarzt* 6, 1933, S. 525-533.

v. Baeyer: „Gutachten über Eheanfechtung bei einer schizophrenieartigen Erkrankung nach Encephalitis epidemica.“ *Der Nervenarzt* 7, 1934, S. 246-251.

Becker, P. E.: Ein Beitrag zur psychiatrischen Begutachtung der Eheauglichkeit (Ein Gutachten), *Der Nervenarzt* 12, 1939, S. 250-252.

Beringer, K.: „Behandlung und Metalues. KDB-Frage.“ *Der Nervenarzt* 6, 1933, S. 566-568.

Beringer, K.: „Die Stellung psychischer Erbleiden im neuen Ehegattengesetz.“ *Der Nervenarzt* 11, 1938, S. 553-562.

Binswanger, L.: Entmündigungsgutachten, *Der Nervenarzt* 8, 1935, S. 470-478.

Christian, P.: „Rechtswissenschaft, Ursachenbegriff und Neurosenfrage. Zum gleichnamigen Heft der sozialmedizinischen Schriftenreihe aus dem Gebiete des Reichsarbeitsministeriums: „Arbeit und Gesundheit“, Nr.39. Herausgegeben von Prof. Dr. Martineck.“ *Der Nervenarzt* 14, 1941, S. 315-320.

Clauss, L.: „Sozialpolitische Bemerkungen zu einem Fall von Unfallneurose.“ *Der Nervenarzt* 9, 1936, S. 29-33.

Ebermayer: „Sterilisation und Gesetz.“ *Der Nervenarzt* 1, 1928, S. 417-419.

Gruhle, H. W.: „Partielle Geschäftsunfähigkeit, Partielle Zurechnungsunfähigkeit.“
Der Nervenarzt 13, 1940, S. 544-549.

Gruhle, H. W.: „Das Verstehen des Verbrechers.“ *Der Nervenarzt* 15, 1942,
S. 53-58.

Gruhle, H. W.: „Tat und Zurechnungsfähigkeit, Geschäft und Geschäftsfähigkeit.“
Der Nervenarzt 15, 1942, S. 164-166.

Hildebrandt, K.; Balluff, F.: „Kohlenoxydvergiftung oder Simulation?“
Der Nervenarzt 1, 1928, S. 605-612.

Hoche, A.: „Gutachten über den Priester R.“ *Der Nervenarzt* 2, 1929, S. 153-158.

Hoche, A.: „Selbstmord nach Unfall; der Begriff „organisch“ in der
Privatversicherung.“ *Der Nervenarzt* 4, 1931, S. 482-486.

Hoche, A.: „Die Frage der Veranlagung zur Geisteskrankheit als
Eheanfechtungsgrund (§1333 BGB).“ *Der Nervenarzt* 5, 1932, S. 575-579.

Jossmann, P.: „Rentenneurose und Arbeitsfähigkeit“, *Der Nervenarzt* 3, 1930,
S. 474-481.

Leppmann, F.: „Funikuläre Myelitis und Dienstbeschädigung.“ *Der Nervenarzt* 1,
1928, S. 422-426.

Lottig, H.: „Zur Frage der Behandlung von „Unfallneurosen“.“ *Der Nervenarzt* 3, 1930,
S. 321-326.

Maier, H. W.: „Über die Beurteilung psychoanalytischer Aufzeichnungen durch den
Richter.“, *Der Nervenarzt* 6, 1933, S. 19-23.

Minkowski, M.: „Gutachten über einen Fall von kindlicher Aphasie nach Trauma.“
Der Nervenarzt 3, 1930, S. 411-416.

Minkowski, M.: „Gutachten über einen Fall von amyotrophischer Lateralsklerose nach Erkältungstrauma bei einem Diabetiker.“ *Der Nervenarzt* 3, 1930, S. 538-545.

Peters, G.: „Anatomische Bemerkungen zur Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit bei bestehender organischer Hirnschädigung.“ *Der Nervenarzt* 11, 1938, S. 441-448.

Säker: „Paralyse und Unfall.“ *Der Nervenarzt* 8, 1935, S. 470-478.

Schroeder, E.: „Versorgungsärztliche Beurteilung eines Kranken mit Osteodystrophia fibrosa.“ *Der Nervenarzt* 4, 1931, S. 589-592.

Schwarz, H.: „Gutachten über die Frage des ursächlichen Zusammenhanges von Hemiplegie und elektrischem Unfall.“ *Der Nervenarzt* 4, 1931, S. 157-160.

Steiner, G.: „Über den Begriff „schweres Nervenleiden“ in den Versicherungsbedingungen der privaten Unfallversicherungen.“ *Der Nervenarzt* 4, 1931, S.340-343.

Struppler, T.: „Progressive Muskeldystrophie und Trauma.“ *Der Nervenarzt* 12, 1939, S. 252-256.

Thiele, R.: „Zwei Gutachten zur Frage der Scheinblindheit.“ *Der Nervenarzt* 5, 1932, S. 302-309.

Villinger, W.: „Gutachten über einen Fall von sexueller Hörigkeit bei einer Jugendlichen.“ *Der Nervenarzt* 3, 1930, S.704-707.

v. Weizsäcker, V.: „Über Rechtsneurosen.“ *Der Nervenarzt* 2, 1929, S.569-581.

Wenger, M.: „Gutachten Anneli L. (Kindliche Anschuldigung gegen den Vater wegen Sexualdelikts).“ *Der Nervenarzt* 3, 1930, S. 598-607.

Vergleichsliteratur

Fritze, E.: „Die ärztliche Begutachtung.“ 6. Auflage, Steinkopff, Darmstadt, 2001.

Venzlaff, U.; Foerster, K.: „Psychiatrische Begutachtung.“ 3. Auflage, Urban & Fischer, München und Jena, 2000.

Sonstige Literatur

v. Baeyer, W.: „50 Jahre „Der Nervenarzt“.“ *Der Nervenarzt* 50, S. 1-2, Springer Verlag, Berlin, 1979.

„BGB Bürgerliches Gesetzbuch 1937.“ 35. Auflage, Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München und Berlin, 1936.

Brandt, T.; Dichgans, J.; Diener, H. C.: „Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen.“ 4. Auflage, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2003.

Bumke, O.; Foerster, O.: „Handbuch der Neurologie, 15. Band, Spezielle Neurologie VII.“ Verlag von Julius Springer, Berlin, 1937.

Classen, M.; Diehl, V.; Kochsiek, K.: „Innere Medizin.“ 3. Auflage, Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 1994.

Engelhardt, D.: „Biographische Enzyklopädie deutschsprachiger Mediziner, Band 1: A-Q.“ K. G. Saur, München, 2002.

Engelhardt, D.: „Biographische Enzyklopädie deutschsprachiger Mediziner, Band 2: R-Z Register.“ K. G. Saur, München, 2002.

Kreuter, A.: „Deutschsprachige Neurologen und Psychiater, Band 1: Abelsdorff-Gunzmann.“ K. G. Saur, München-New Providence-London-Paris, 1996.

Kreuter, A.: „Deutschsprachige Neurologen und Psychiater, Band 2: Haab-Otto.“
K. G. Saur, München-New Providence-London-Paris, 1996.

Marx, H. H.; Klepzig, Harald: „Medizinische Begutachtung innerer Krankheiten.“ 7.
Auflage, Thieme, Stuttgart und New York, 1997.

Möller, H.-J.; Laux, G., Kapfhammer, H.-P.: „Psychiatrie und Psychotherapie.“ 2.
Auflage, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 2003

Nedopil, N.: „Forensische Psychiatrie.“ Thieme Verlag, Stuttgart, 1996.

Palandt, O.: „Bürgerliches Gesetzbuch.“ 64. Auflage, Verlag C.H. Beck, München,
2005.

Pschyrembel, W.: „Klinisches Wörterbuch“ 257. Auflage, Walter de Gruyter, Berlin
und New York, 1994.

Rössler, H.; Rütger, W.: „Orthopädie.“ 18. Auflage, Urban & Fischer, München und
Jena, 2000.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt: „Sozialmedizinische
Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung.“ Springer Verlag, Berlin-
Heidelberg-New York, 2003.

7. Danksagung

An dieser Stelle danke ich besonders Herrn Prof. Dr. med. H.-J. Möller für die wohlwollende Überlassung des Themas.

Herrn Dr. med. A. Strauss danke ich für die freundliche Unterstützung und ständige Diskussionsbereitschaft, die sehr zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Mein herzlicher Dank gilt Elke Gräfin von Wurmbrand-Stuppach und Constanze Huther, deren ständige Motivation und sorgfältige Korrektur ebenfalls zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Abschließend danke ich meiner Familie, meinen Freunden sowie den Mitarbeitern des Archivs der Psychiatrischen Klinik der Innenstadt der Universität München, die mit Rat und Tat zur Seite standen.

8. Lebenslauf

S T E F A N H Ü B E L

PERSÖNLICHE ANGABEN

- Geburtsdatum: 14.08.1971
- Geburtsort: München
- Familienstand: Ledig
- Staatsangehörigkeit: Deutsch

AUSBILDUNG

6/90	Abitur Maria-Theresia-Gymnasium, München
11/90 - 5/97	Studium der Humanmedizin Technische Universität München
11/98 – 1/05	Studium der Rechtswissenschaften Ludwig-Maximilians-Universität München
seit 4/05	Rechtsreferendar im Bezirk des Oberlandesgericht München

BERUFSERFAHRUNG

7/97 - 12/98	Klinikum Rechts der Isar der Technischen Universität München, Chirurgische Klinik und Poliklinik, Abteilung für Gefäßchirurgie Vorstand: Univ.-Prof. Dr. med. P. C. Maurer
--------------	--

Funktion: Arzt im Praktikum

2/99 - 12/99 Praxis für Allgemeinmedizin Ingeborg R. Hübel
Funktion: Assistenzarzt

1/00 - 3/00 Praxis für Allgemeinmedizin Ingeborg R. Hübel
Funktion: ärztliche Alleinvertretung

4/00 Praxis für Allgemeinmedizin Dr. med. Simone Bustami
Funktion: Assistenzarzt

8/00 – 1/01 Medical Park Chiemsee, Bernau
Funktion: Assistenzarzt

2/01 – 7/01 Klinik Kronprinz, Prien am Chiemsee
Funktion: Assistenzarzt

11/01 – 9/02 Praxis für Chirurgie Werner Ponton
Funktion: Assistenzarzt

WEHR-/ERSATZDIENST

1/90 - 1/97 Technisches Hilfswerk München-Ost, Katastrophenschutz