

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Marburg.)

Encephalitisfolgen und Ehescheidung.

Von
Prof. G. Stertz,
Direktor der Klinik.

Die organischen Hirnerkrankungen geben wegen ihres in begrenzter Zeit fortschreitenden Verlaufs und ihrer tödlichen Prognose zu Ehescheidungsprozessen auf Grund des § 1569 relativ selten Veranlassung. Für die Encephalitisfolgen treffen die genannten Bedingungen zumeist nicht zu. Nachdem sie sich bis zu einer gewissen Höhe entwickelt haben, bleiben sie häufig stationär und bedrohen das Leben an sich nicht. Ihr Schwerpunkt liegt zwar auf neurologischem Gebiet, jedoch wird die Psyche besonders in 2 Gruppen von Folgezuständen in Mitleidenschaft gezogen: bei den Fällen von Parkinsonismus und bei gewissen Defektzuständen, die sich vorwiegend in Wesens- bzw. Charakterveränderungen, gewöhnlich in Verbindung mit einer Schwächung der höheren geistigen Leistungen bei leidlich erhaltenen Elementarfunktionen ausdrücken.

Die Fälle von Parkinsonismus stellen uns unter Umständen vor ein schwieriges Problem, denn ähnlich wie etwa bei den Aphasischen ist es oft nicht leicht, die seelischen Fähigkeiten und Eigenschaften im ganzen Umfange zu beurteilen, wenn auch die Schwierigkeiten, welche dem Eindringen in die Psyche des Kranken entgegenstehen, auf anderem Gebiet liegen, wie bei den genannten Hirnkranken.

Man könnte auch bei den Amyostatischen, die uns nicht selten von den Angehörigen als „verblödet“ eingeliefert werden, zweifeln, ob die geistigen Fähigkeiten und Möglichkeiten, die wir mit großer Geduld ans Licht bringen, während sie für gewöhnlich verdeckt oder gebunden sind, wirklich den praktisch brauchbaren Maßstab für die Beurteilung der Ehescheidungsfrage liefern. Das wird sich nur von Fall zu Fall entscheiden lassen.

Bei der 2. Gruppe von Fällen, die übrigens eine Domäne kindlicher und jugendlicher Altersklassen sind, selten aber auch bei Erwachsenen beobachtet werden, ist die Problematik insofern geringer, als die mehr aktiven, den schweren Psychopathien ähnelnden Veränderungen unverhüllt vor Augen liegen, jedoch läßt auch hier erst eine genaue Analyse der interessantesten, uns noch nicht lange bekannten Zustände das Für und Wider des Zutreffens des § 1569 BGB. beurteilen.

Über einen solchen Fall habe ich folgendes Gutachten beigefügt. Es handelt sich um die Frage: Ist der Beklagte in Geisteskrankheit verfallen, hat die Krankheit während der Ehe mindestens 3 Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist? (§ 1569 BGB.)

Das Gutachten stützt sich auf eine seit 7 Monaten durchgeführte klinische Beobachtung durch den Unterzeichneten sowie Angaben der Ehefrau über die Entwicklung des Leidens und die Krankengeschichte der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten in Gießen, in welcher K. sich vorher vom 31. XII. 1921 bis zum 19. IV. 1923 zum Zwecke der Behandlung befunden hat.

Aus der Vorgeschichte geht folgendes hervor. K. stammt aus gesunder Familie. Er entwickelte sich normal, zeigte eine gute intellektuelle Begabung, besuchte zuerst die Volksschule, dann die Oberrealschule, praktizierte bei Krupp, besuchte in Hagen die Ingenieurschule. 1915 trat er in die Leitz-Werke als Ingenieur in Wetzlar ein. 1918 verheiratete er sich, der Ehe entstammt ein gesundes Töchterchen.

Bezüglich seines Wesens gibt seine Frau an, daß K. immer eigenartig gewesen sei, ernst, still, zurückgezogen, dabei sehr fleißig, ehrgeizig, intelligent. Er habe mit großer Liebe an Frau und Kind gehalten. Die Ehe sei bis zu seiner Erkrankung durchaus harmonisch gewesen.

Der *Krankheitsbeginn* ist in das Jahr 1918 zu verlegen. Damals trat zum erstenmal ein vorübergehender Zustand von Doppeltsehen auf. Im Frühjahr 1919 hatte K. im Anschluß an eine Erregung einen kurzen Anfall von Sprachverlust, was sich noch zweimal wiederholte. Frühjahr 1920 trat wiederum ein Zustand von Doppeltsehen auf, im September 1920 abermals ein Anfall von Sprachverlust, diesmal verbunden mit einer Schwäche des rechten Armes. Erbrechen und Bewußtlosigkeit leiteten den Anfall ein. Das linke Auge erblindete fast vollkommen. Im Dezember 1920 trat wieder ein Ohnmachtsanfall auf und um Weihnachten ein unklar-triebhafter Zustand, in welchem er eine zwecklose Reise unternahm. Kurze Zustände von „Verwirrtheit“ waren schon vorher aufgetreten.

Die Sprachstörung ging nach dem 2. Anfall nur sehr unvollkommen zurück, die Lähmung des rechten Armes besserte sich weitgehend. Im August 1922 wurde auch einmal eine Einengung des rechten temporalen Gesichtsfeldes für Farben festgestellt, die aber nur vorübergehend war.

Psychische Veränderungen reichen in das Jahr 1920 zurück. K. wurde nervös und reizbar, infolge seiner Empfindlichkeit mußte er mit ganz besonderer Geduld behandelt werden. Seine Tätigkeit mußte er aufgeben. Im Dezember 1921 wurde er in die Psychiatrische Klinik in Gießen aufgenommen. Hier fiel seine unmotivierte Heiterkeit auf, er hatte gar kein Gefühl für die Schwere der Erkrankung, machte allerlei Faxen und Streiche. Andererseits war er erregbar und empfindlich. Sein hemmungsloses, lautes Verhalten war oft störend. Die körperlichen bzw. neurologischen Symptome waren damals ungefähr die gleichen wie jetzt und brauchen hier nicht besonders aufgezählt zu werden. Eine Lumbalpunktion ergab eine leichte Lymphocytose, negative Wassermann-Reaktion im Blutserum und im Liquor. Es wurde an eine Gehirngeschwulst gedacht und am 21. VI. 1922 eine Trepanation über der linken Hirnhälfte vorgenommen. Abgesehen von einer chronischen Entzündung der weichen Häute fand sich aber nichts. Im weiteren Verlauf traten vereinzelt optische Halluzinationen auf (Schlangen), welche mit ängstlichen Reaktionen sich verknüpften. Im übrigen benahm sich K. nach wie vor auffällig, gegen Ärzte plump vertraulich, burschikos, taktlos, sprach sie mit „Du“ an, hängte sich an den Arm, bettelte allenthalben um Zigaretten, läppische

Züge wechselten mit kindlichem Trotze ab. Sein ganzes Verhalten ließ auf eine hochgradige egozentrische Einengung schließen, er kannte kaum etwas anderes als die Befriedigung seiner kleinen Wünsche und Bedürfnisse. Es wurde eine ausgesprochene Labilität der Affekte festgestellt, er lachte und weinte ohne genügende Motivierung. Im Laufe der Zeit bildeten sich allerlei kindische Gewohnheiten aus, so stellte er sich bei der Visite oft schlafend, oder er schrie die Ärzte mit seinem Gruß geradezu an.

Allmählich nahm die geistige Schwäche zu. Er zeigte nun auch geringes Interesse für die Besuche seiner Frau, fragte nicht mehr nach dem Kinde, nach den Eltern, den häuslichen Verhältnissen. Er benahm sich taktlos gegen die Frau in Anwesenheit dritter Personen, vernachlässigte seinen Anzug, vergriff sich an den Küchenmädchen, zeigte keinerlei nützliche Initiative mehr.

Am 29. IV. 1923 wurde K. in die hiesige Klinik aufgenommen.

Es bestand eine starke Fettleibigkeit, auffallend plumpe Gesichtszüge und Ausdrucksbewegungen, an der früheren Trepanationsstelle eine reizlose Narbe, keine Pulsation, keine Vorwölbung, die Pupillen waren gleich weit. Die linke war starr auf Licht bei direkter Beleuchtung, reagierte aber konsensuell. Geringer Strabismus divergens. Augenbewegungen frei, kein Nystagmus. Gesichtsnerv im Mundast links etwas schwächer als rechts. Links bestand eine genuine Opticus-atrophie: die ganze Pupille war porzellanweiß. In den Armen war keine Verschiedenheit zwischen beiden Seiten festzustellen. Die Sehnen- und Hautreflexe waren allenthalben normal. Kein Babinski. Es bestand eine sehr unvollkommen zurückgebildete motorische Aphasie. Der sprachliche Ausdruck war äußerst mühsam, langsam von einer etwas krampfhaften Beschaffenheit. Der Wortschatz war gering, Patient rang, um sich verständlich zu machen, oft vergeblich nach Worten, die Worte wurden ohne syntaktische Verbindung nebeneinandergestellt (Agrammatismus). Beim Nachsprechen ihm nicht geläufiger Worte kam es zu allerhand Entstellungen derselben (literale Paraphasie), die auch zuweilen in der Spontansprache unterliefen. Ähnlich grobe Störungen weist das Schreiben und Lesen auf. Dagegen war das Sprachverständnis intakt. Ein Brief vom 17. IX. 1923 lautet z. B.: „Liebe Hede und Itzen! Ich bin bis Weihnacht gesund so deim ich wieder zu Euch kommes kann. Bin Besunnt ich bald einmer. Bald Ziegarrent!! miet bringen Zum Schluß Sachen. Herzlich Hede, Itzen, Papa, Mama.“ An dem körperlichen Befund hat sich während der ganzen Beobachtungsdauer nichts Wesentliches geändert.

Über die *psychischen Funktionen* ist folgendes zu sagen:

Zunächst ist es infolge der schweren Beeinträchtigung des sprachlichen Ausdrucks nicht ganz leicht, sich ein vollständiges Bild seines Innenlebens zu verschaffen, jedoch zeigt die Untersuchung und Beobachtung einwandfrei, daß auch, abgesehen von der teilweisen Einbuße eines so wichtigen seelischen Werkzeuges, wie es die Sprache ist, gewisse Defekte vorhanden sind.

Sie beziehen sich weniger auf die Elementarleistungen. Die Auffassung ist im Rahmen seiner Gesamtintelligenz ganz gut, man vermag seine Aufmerksamkeit für irgendeine Leistung eine Weile in Anspruch zu nehmen und rege zu erhalten. Das Gedächtnis ist vor allem für die weiter zurückliegenden Anteile seines Lebens gut, er vermag über seinen Lebensgang bis zur Erkrankung lückenlos Auskunft zu geben. Unsicher ist die Erinnerung für die jüngere Vergangenheit. Über die Entstehung seiner Krankheit hat sich eine Erinnerungsfälschung ausgebildet, derzufolge er durch die Explosion eines Zünders am Kopfe verletzt worden sei. Die Zeitschätzung im Bereich der letzten Jahre ist mangelhaft, er hält auch wohl die Erlebnisse verschiedener Zeitabschnitte nicht scharf auseinander und hat mehr als durchschnittlich vergessen, wenn auch grobe Lücken nicht nachweisbar sind. Die Merkfähig-

keit für neue Eindrücke erweist sich bei der darauf gerichteten Untersuchung nur in geringem Grade herabgesetzt. Die Schulkenntnisse sind ungleichmäßig, lückenhaft; relativ gut ist das Rechnen, das eine früher von ihm besonders geübte Funktion darstellt. Zeitlich ist er ungenau, örtlich stets orientiert, er zeigt auch ein gewisses Situationsverständnis, betont öfter, daß er hier sei, um gesund zu werden. Diese Krankheitseinsicht bezieht sich lediglich auf die Sprachstörung. Im übrigen hält er seine Leistungen für „tadellos“.

In seinem gewöhnlichen Verhalten tritt nun eine sehr erhebliche geistige Schwäche zutage. Er hat keinerlei Drang zu irgendeiner geordneten Tätigkeit, liegt oft bis gegen Mittag im Bett, geht und steht herum, unterhält sich wohl etwas, betrachtet eine Zeitschrift, versucht sich mit geringem Erfolg an einem Rätsel oder dergleichen. Für das Alltägliche und Nächstliegende zeigt er wohl etwas Teilnahme oder vielmehr eine Art kindlicher Neugierde, aber für das Geschehen jenseits der Klinikgrenzen hat er kein Interesse, er liest keine Zeitung und kein Buch, hat keine erkennbare Freude an der Natur, regt niemals einen Spaziergang an, verschmäht die Beschäftigung der Sehenswürdigkeiten der Stadt, in deren unmittelbarer Nähe er sich befindet.

Über die politische und wirtschaftliche Lage ist er ebenfalls ganz ununterrichtet; die Erschütterungen des Wirtschaftslebens, das große und schwere Ringen Deutschlands geht spurlos an seiner Seele vorüber. Er fragt nie, wer seinen Aufenthalt in der Klinik bezahlt, was es kostet. An Frau und Kind hängt er zweifellos, in gewissen Zwischenräumen spricht er viel von der Rückkehr nach Hause und setzt Termine seiner Entlassung fest. Er hat eine diffuse Vorstellung, daß er dann auch wieder arbeiten und verdienen müsse, wie dies aber schon rein äußerlich geschehen soll, nachdem die Familie, wie ihm wiederholt gesagt worden ist, nach Berlin übersiedelt ist, darüber macht er sich gar keine Vorstellung. Von seiner in Essen lebenden Mutter spricht er selten, von seinen Brüdern gar nicht, wobei allerdings berücksichtigt werden muß, daß auch diese keine Verbindung mit ihm unterhalten. Anderweitige Gefühlsbindungen sind nicht erkennbar. Mit einer gewissen Energie, aber nur mäßigem Erfolg betreibt er Sprachübungen.

Die Stimmung trägt durchschnittlich den Stempel einer schwachsinnigen Heiterkeit und Sorglosigkeit, doch ist sie labil, so daß kleine Anlässe zu krampfhaften Ausbrüchen des Weinens wie umgekehrt ein Scherz oder dergleichen zu übertriebener Heiterkeitskundgebungen Anlaß geben. Beides geht infolge der gesteigerten Suggestibilität leicht ineinander über, wenn man ihn mit ein paar Worten von der einen auf die andere Vorstellungsreihe bringt. So haben die Affekte nach kindlicher Art meist den Charakter kurzer Wellen ohne Nachwirkungen. Jedoch ist er empfindlich, leicht beleidigt, und die daraus entspringenden Gemütsreaktionen haben manchmal einen eigentümlichen Verlauf, er zieht sich, auch wenn der Anlaß selbst längst vergessen ist, tagelang zurück, bleibt im Bett, schließt bei der klinischen Visite die Augen und läßt sich nicht sprechen oder lehnt alle Aufforderungen mit einem barschen „Nein“ ab. Plötzlich ist dann die alte Stimmungslage wieder da. Die Verstimmungen sind hier stets harmloser Art gewesen, haben einen zornigen Charakter nicht angenommen, dagegen bekommt das ganze Wesen dadurch eine unberechenbar launische, kindisch-trotzige Note.

Der unangemeldete Besuch der Frau löst wohl Freude aus, aber merkwürdigerweise, obgleich es sich schon mit Rücksicht auf die räumliche Entfernung um ein seltenes Ereignis handelt, gar keine Verwunderung. Er erkundigt sich gar nicht nach den besonderen Veranlassungen oder Begleitumständen des Besuches, vergißt etwa nach dem Kinde zu fragen und zeigt kaum ein rechtes Interesse an dem Gang der häuslichen Verhältnisse. Er hat gar nichts Besonderes mitzuteilen oder zu besprechen, nichts Wichtiges in Erfahrung zu bringen, stellt keine Fragen über die

wirtschaftlichen Verhältnisse der Seinen. Was ihm spontan mitgeteilt wird, davon nimmt er mit einiger Teilnahme wohl Kenntnis, ohne aber die Zusammenhänge zu erfassen. Auch läßt sich feststellen, daß er schon am nächsten Tage selbst wichtige Mitteilungen wieder vergessen hat. Das Verhalten gegenüber anderen Patienten und dem Personal ist durch oberflächliche Gutmütigkeit, durch plumpe Vertraulichkeit, durch völlige Nivellierung in seinen geselligen Bedürfnissen gekennzeichnet; er verfolgt gelegentlich die Ärzte ins Untersuchungszimmer und Laboratorium, setzt sich ebenso in die Küche, ins Pförtnerzimmer usw. Mit niemand gewinnt er ein näheres Verhältnis, Schicksal und Krankheit der anderen Patienten steht er völlig interesse- und verständnislos gegenüber, mit Kleinigkeiten ist seine Sympathie zu gewinnen. Sein Leben wird dementsprechend nur von dem Allernächstliegenden ausgefüllt. Dazu treten nun auch eine Anzahl schrulliger Gewohnheiten oder Faxen, die sich im Laufe der Krankheit entwickelt haben, und die etwas Bizarres in das Krankheitsbild bringen. Dazu gehören übertriebene laute und groteske Höflichkeitsbezeichnungen oft militärischer Form, ein Vergnügen daran, sich zu verstecken oder sonst eine kleine plumpe Überraschung hervorzurufen, er verletzt oft den Takt durch aufdringliches Verfolgen irgendeines zufälligen Wunsches, bittelt ungeniert um Tabak und dergleichen. Allenthalben wirkt er unfreiwillig komisch, nur als Kranker, gar nicht als Persönlichkeit.

Die körperlichen Funktionen vollziehen sich geregelt. Subjektive Beschwerden wurden während des Aufenthalts in der Marburger Klinik nicht beobachtet.

Der Zustand konnte im großen und ganzen als stationär bezeichnet werden, indem weder eine deutliche Neigung zur Besserung noch zur Verschlechterung erkennbar war.

Zusammenfassung.

Es handelt sich also um eine organische Hirnerkrankung von schubweisem Verlauf, die einerseits zu herdförmigen Ausfallserscheinungen, vor allem einer motorischen Sprachstörung und linksseitiger Sehnervenentartung, andererseits zu einem eigenartigen geistigen Schwächezustand geführt hat. Die Art dieser Erkrankung, d. h. ihre Diagnose, ist nicht ganz leicht festzustellen. Man würde in erster Linie an Paralyse oder Hirnsyphilis denken, aber angesichts des negativen Ausfalls der Wassermannschen Reaktion und mancher anderer Momente, muß man diese Vermutung fallen lassen, auch eine Hirngeschwulst kommt nach dem Verlauf des Leidens nicht in Betracht, für das Bestehen einer vorzeitigen Arteriosklerose ist ebensowenig ein Anhaltspunkt zu gewinnen. Mit Rücksicht auf den schubweisen Verlauf käme eine atypische multiple Sklerose in Betracht, aber einerseits fehlen die sämtlichen Kardinalsymptome dieses Leidens, während die vorhandenen, besonders auch die totale Opticusatrophie, nicht zu ihrem Bilde passen wollen. Die höchst eigenartige Wesensveränderung, der Defektzustand, der viel weniger die Elementarfunktionen als die höheren komplizierten Leistungen umfaßt, kann vielleicht den Hinweis auf die Natur der Krankheit geben. Wir sehen ganz ähnliche, durch Triebhaftigkeit, zeitweise Unruhe, Unberechenbarkeit und Hartnäckigkeit der Impulse, Takt- und Rücksichtslosigkeit gekennzeichnete Wesensveränderungen als Folgezustände der epidemischen Encephalitis besonders im jugendlichen Alter.

In selteneren Fällen aber kommen sie auch bei Erwachsenen vor. Der Verlauf in Schüben ist der Encephalitis nicht selten eigen. Nur spielt sich der Prozeß im Gegensatz zu der Mehrzahl der Fälle bei K. mehr in der Hirnrinde als im Hirnstamm ab. Opticusatrophie ist bei der Encephalitis gelegentlich beobachtet worden.

Eine Hirnpunktion ergab im Gebiet des Stirnhirns und des Broca'schen Sprachzentrums schwere degenerative Vorgänge in den nervösen Elementen, die wohl mit dem chronischen Folgezustand einer Encephalitis in Einklang zu bringen waren, wenn sie auch nicht als Beweis dafür dienen konnten.

Gutachten.

Die erste Teilfrage, ob der Beklagte in Geisteskrankheit verfallen ist, muß bejaht werden. Zwar handelt es sich nicht um eine mit Wahnideen und Sinnestäuschungen einhergehende Psychose, wohl aber um eine zwar eigenartige, jedoch auch wieder vorgeschrittene Verblödung. Aus der eingehenden Besprechung des Defektzustandes ergibt sich ohne weiteres, daß der Kranke infolge seiner Erkrankung völlig außerstand gesetzt ist, seine beruflichen oder staatsbürgerlichen Verpflichtungen nach irgendeiner Richtung zu erfüllen, seine finanziellen Angelegenheiten zu besorgen, seine und der Familie Rechte im Falle irgendeiner Bedrohung von außen wahrzunehmen, bei der Erziehung seines Kindes mitzuwirken. Er ist daher unbedingt als geisteskrank im Sinne des § 6 des BGB. zu betrachten.

Die zweite Teilfrage nach der Dauer der Krankheit ist folgendermaßen zu beantworten. Die ersten Symptome des gegenwärtigen Leidens gehen in das Jahr 1918 zurück, allerdings handelte es sich zunächst nur um rein körperliche Symptome wie Doppeltsehen, Anfälle von Sprachstörung, zwischen denen Patient noch gesund erschien. Aber etwa seit 1920 treten nervös-psychische Erscheinungen mehr und mehr in den Vordergrund, gegen Ende 1920 gröbere geistige Störungen, zwecklose Reisen, und Patient büßte seine Arbeitsfähigkeit ein. Der geistige Rückgang muß sich dann ziemlich rasch vollzogen haben, denn als K. Ende 1920 in die Gießener Klinik eingeliefert wurde, bestand im großen und ganzen bereits ein ähnlicher Grad geistiger Schwäche wie jetzt. In jedem Falle läßt sich sagen, daß die Krankheit während der Ehe der Parteien mindestens drei Jahre gedauert hat.

Wir kommen nun zur Frage der Aufhebung der geistigen Gemeinschaft zwischen den Ehegatten. Obgleich dieser Begriff in mancher Beziehung unbestimmt und dehnbar ist, läßt meines Erachtens das Ergebnis der eingehenden und langdauernden Beobachtung, das ich oben im einzelnen geschildert habe, im vorliegenden Falle eine Beantwortung der Frage im bejahenden Sinne zu. Denn noch über die

wichtigen Belange hinaus, die den Patienten als geisteskrank im Sinne des § 6 des B.G.B. erscheinen lassen, ist zu sagen: K. ist eine geistige Ruine, die zwar noch den einen oder anderen Baustein einstiger guter Anlagen erkennen läßt, aber keine Persönlichkeit mehr darstellt. Der Kreis des Denkens, Fühlens, Wollens ist so weitgehend egozentrisch eingeengt, in allen seinen Äußerungen so primitiv, daß man von einem etwas höheren Standpunkt aus sein Leben ein Dahinvegetieren nennen kann.

Wenn die geistige Gemeinschaft zwischen Ehegatten in einem gegenseitigen Geben und Nehmen, in der tätigen Teilnahme an der Schicksalsgestaltung, in der Einfühlungsmöglichkeit in die Ideen und Interessen des Partners besteht, wenn sie die Wahrung und Förderung des gemeinsamen Familieninteresses, der Erziehung der Kinder umfaßt, so kann in allen diesen Beziehungen K. infolge seiner geistigen Erkrankung nichts mehr sein. Zu den mehr passiven kommen dann noch die aktiven Seiten der Wesensänderung des K., die Unberechenbarkeit seiner Launen, die Empfindlichkeit, der Trotz, die Taktlosigkeiten, das unfreiwillig Komische, Eigenschaften, die im Rahmen des Anstaltslebens noch gedämpft sind, in der Freiheit aber wahrscheinlich sehr viel rücksichtsloser sich auswirken würden, so daß der Ehefrau auch aus diesem Grunde ein Zusammenleben mit dem Patienten nicht zugemutet werden könnte. In der Tat erscheint K. gegenwärtig und bis auf weiteres anstaltspflegebedürftig.

Ist nun, so lautet die letzte Teilfrage, die Aussicht auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft ausgeschlossen?

Sie muß nach meinem Dafürhalten bejaht werden. Selbst wenn der immerhin mögliche Fall, daß nämlich neue Krankheitsschübe eine weitere Verschlechterung des Zustandes mit sich bringen, nicht eintreten würde, so kann nach dem bisherigen Verlauf mit einer erheblichen Besserung nicht mehr gerechnet werden.

Der Verblödungszustand besteht nun in gleicher Form und Schwere schon seit 2 Jahren; er beruht, wie sicher feststeht, auf einer organischen Veränderung des Gehirns; so muß man nach allen, uns zu Gebote stehenden Erfahrungen annehmen, daß sich daran im Sinne einer Besserung nichts Wesentliches mehr ändern kann. Diese Annahme hat sich im weiteren Verlauf bestätigt. Nach einer im August 1925 über den Kranken eingezogenen Erkundigung ist eine Veränderung erheblicher Art nicht eingetreten.

Mithin sind nach meiner Ansicht die Bedingungen des § 1569 des B.G.B. im vorliegenden Falle erfüllt. Das Gericht schloß sich dem Gutachten an und gab dem Antrag der Ehefrau statt.
