

Transitorische Störungen unter der Geburt und ihre forensische Bedeutung¹.

Von

Dr. med. H. Willer, Würzburg.

Die Frage, ob und unter welchen Umständen gelegentlich transitorische Bewußtseinsstörungen bei Gebärenden auftreten können, begegnet von jeher einem nicht geringen forensischen Interesse darum, weil immer wieder einmal von Frauenspersonen, die der Kindstötung beschuldigt werden, oder von ihren Verteidigern der Einwand erhoben wird, daß zur Zeit der Tat, „in oder gleich nach der Geburt“, ein Verwirrheitszustand bestanden habe, der den unter den § 51 StGB. fallenden Störungen zuzurechnen sei. Aufgabe des medizinischen Sachverständigen ist es, festzustellen, ob wirklich ein solcher psychischer Ausnahmezustand vorgelegen hat. Die katamnestische Beurteilung ist häufig nicht leicht. Fast stets in diesen Fällen ist der Gutachter auf die Angaben der Angeschuldigten angewiesen, die gemeinhin darauf hinauslaufen, daß für den Entbindungsvorgang bzw. für die Tat oder für beide keine Erinnerung bestehe. Allein diese Angabe der völligen Amnesie kann, wie *Vorkastner* hervorhebt, nicht maßgend sein. Der Sachverständige muß nach allen Faktoren forschen, die möglicherweise den Eintritt einer vorübergehenden Bewußtseinsstörung verursachen oder begünstigen konnten. Finden sich etwa epileptische Antezedenzen und objektiv die Kennzeichen eines epileptischen Dämmerzustandes, oder finden sich schwere neuropathische Symptome, so wird unter Umständen die Frage leicht zu beantworten sein. Fehlen dagegen derlei Anhaltspunkte völlig, so erhebt sich die Frage, ob sich derartige vorübergehende Bewußtseinsstörungen auch bei psychisch völlig gesunden Frauen einstellen können, oder ob wir in allen Fällen, die irgendwelche Antezedenzen der angedeuteten Art vermissen lassen, den erhobenen Einwand zurückweisen sollen. Dies ist die Kernfrage des Problems.

¹ Nach einem am 23. IV. 1925 auf der 8. Jahresversammlung der Pommerschen Vereinigung für Neurologie und Psychiatrie in Stettin gehaltenen Vortrag. Sitzgsber. in Band 83 der Z. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med.

Die Arbeit ist zum großen Teil während meiner Assistentenzeit im Gerichtlich-medizinischen Institut zu Greifswald (Direktor: Prof. Dr. med. W. *Vorkastner*) entstanden.

Demnach würden zunächst einmal alle ähnlichen Störungen auf epileptischer Grundlage auszuschließen sein. Der Epilepsie sind transitorische Störungen eigen, in denen es zu den kompliziertesten Handlungen kommen kann, und es ist nicht abzulehnen, daß eine Frau, die an Epilepsie leidet, in hohem Maße der Gefahr ausgesetzt ist, ihr Kind zu töten, wenn sie das Unglück hat, unbeaufsichtigt während der Geburt etwa in einen Dämmerzustand zu verfallen. Wie Gravidität und Laktation den Anstoß geben können zum Ausbruch epileptischer Erscheinungen¹, so ist die Möglichkeit auch beim Geburtstrauma einzuräumen, und in der Tat sind in der Literatur auch bereits derartige Fälle beschrieben worden (*Siemerling* u. a.). Epileptische Störungen also müssen hier ausscheiden.

Ebenso gehören nicht hierher die auf hysterischem Boden gewachsenen Dämmerzustände, wie sie von *Theilhaber* als deliriöse Zustände hysterischer Natur während oder unmittelbar nach der Geburt bei $\frac{1}{4}$ stündiger Dauer beschrieben worden sind. Weiter sind auszuschließen alle Attacken des manisch-depressiven Irreseins oder des schizophrenen Formenkreises, selbständige psychotische Prozesse also, die zuweilen im Wochenbett beobachtet werden. Schließlich müssen auch jene Affektzustände abgetrennt werden, wie sie besonders bei schwachsinnigen oder psychopathischen Personen vorkommen können. Wir wissen, daß schon in der Gesundheitsbreite hinsichtlich der Affekte zwischen den einzelnen Menschen weitgehende Unterschiede bestehen. Auf das, was den einen noch gleichgültig läßt, reagiert der andere bereits in lebhafter Weise, und die Erfahrung lehrt, daß bei Schwachsinnigen und Psychopathen schon kleinste Anlässe lebhaft affekthandlungen auszulösen vermögen. Es ist auch bekannt, daß besonders gesteigerte Affekte mit einer mehr oder minder ausgesprochenen Bewußtseinstrübung einhergehen können; ja, diese Bewußtseinstrübung kann eine so hochgradige Form annehmen, daß für die Zeit des Affektzustandes in der Erinnerung eine Lücke klafft.

In allen soeben skizzierten Fällen wird es dem Gutachter — bald mit mehr, bald mit weniger Mühe — gelingen, aus der Anamnese und den Explorationen das Grundleiden, die Anlage festzustellen. Die Möglichkeit von Störungen der gekennzeichneten Art ist ohne weiteres einzuräumen. Ihre Beurteilung aus § 51 wird eine verschiedene sein.

Hier soll in erster Linie, wie bereits angedeutet wurde, die wichtige Frage Berücksichtigung finden, ob es vorübergehende Bewußtseinsstörungen gibt, die unter dem Gebärakt einsetzen, mit starker Erregung einhergehen und von kurzer Dauer (höchstens einigen Stunden) sind; und zwar bei Frauen, die bisher in ihrem Leben keinerlei Anzeichen psychischer Abart boten und auch in ihrer Aszendenz alles vermissen

¹ *Vorkastner*, Epilepsie. Dtsch. Klin.

lassen, was nach unseren Erfahrungen die Basis abgeben könnte zu andersartig bedingtem Auftreten solcher Störungen.

Die Literatur über den abzuhandelnden Gegenstand ist umfangreich. Sie reicht weit — bis in den Anfang des vorigen Jahrhunderts — zurück, und es ist vielleicht bezeichnend, daß mit dem Fortschreiten psychiatrischer Erkenntnis, mit der Verfeinerung der Diagnostik die Neigung, das Auftreten von idiopathischen transitorischen Störungen als möglich oder wahrscheinlich anzunehmen und sie zu exkulpierten, immer geringer geworden ist. Während die ältere Literatur fast durchweg sich für das Vorkommen solcher selbständiger Störungen ausspricht — allein *Tardieu* verhält sich ablehnend —, werden sie in neuerer Zeit vorwiegend zum mindesten stark angezweifelt. Aber auch jetzt noch sind die Meinungen keineswegs völlig übereinstimmend.

Gerade in den Jahren vor dem Kriege ist vielfach versucht worden, den Geisteszustand normal Gebärender zu analysieren, und, von diesen Ergebnissen ausgehend, nachzuprüfen, ob bei psychisch gesunden Frauen der Geburtsvorgang zu einem Trauma werden kann, das eine vorübergehende Sinnesverwirrung hervorruft. Es ist verständlich, daß derartige Versuche zu verschiedenen Beantwortungen der Frage gelangen mußten, je nachdem, welche Bedeutung der Autor dem Geburtsakt und seinem Einfluß auf die Psyche von vornherein zusprach. Hier stehen hauptsächlich die Meinungen von *König* und *Bischoff* einander gegenüber. Während *König* der Gravidität und dem Geburtsvorgang allein schon auch bei psychisch ganz gesunden Frauen einen sehr weitgehenden Einfluß einräumt und infolgedessen die Frage bejaht, kommt *Bischoff* zu dem Schluß, daß vorübergehende abnorme Geisteszustände bei Gebärenden äußerst selten sind und vorwiegend bei Disponierten auftreten.

Uns erschien es angezeigt, die vorhandene Literatur besonders im Hinblick auf die mitgeteilte Kasuistik einer Durchsicht zu unterziehen und weiter durch eine Umfrage an sämtliche deutschen, österreichischen und schweizerischen Universitäts-Frauenkliniken die bisherigen Ergebnisse zu ergänzen.

Bevor ich auf diesen Teil der Arbeit eingehe, möchte ich in aller Kürze aus der jüngeren Literatur das anführen, was mir wesentlich erscheint. Eine Besprechung des älteren Schrifttums erübrigt sich aus dem bereits erwähnten Grunde.

Ziehen stellt sich auf den Standpunkt, daß — allerdings in seltenen Fällen — der Gebärakt transitorische psychische Störungen hervorrufen kann, die er den Dämmerzuständen zurechnet. Ätiologisch kämen in Betracht die mit der Entbindung verbundenen Affekte, wie Angst vor dem Ausgang der Entbindung, Schreck bei Sturzgeburt, Scham und Sorge bei unehelicher Niederkunft. Neben diesen psychischen Faktoren nennt *Ziehen* als körperliche den Wehenschmerz und die plötzliche Umwälzung der Zirkulationsverhältnisse.

Einen ziemlich ablehnenden Standpunkt vertritt *Aschaffenburg* in *Hoches Handbuch der Gerichtlichen Psychiatrie*. „Psychologisch“, sagt er dort, „läßt sich allerdings wohl der Fall konstruieren, daß bei der Tötung eines unehelichen Kindes in oder gleich nach der Geburt der Geisteszustand der Gebärenden ein abnormer sein kann. Körperliche Schwäche, Blutverlust und Schmerzen, das Gefühl der Verlassenheit, Sorge um die Zukunft, Zerwürfnisse mit der Familie, Furcht vor der Schande, alle diese Eindrücke können sehr wohl in ihrem Zusammentreffen so übermächtige Motive werden, daß es zur Tötung des Kindes kommt. Insofern hat unser Gesetz mit guten Gründen die Strafe anders bemessen als beim Mord. Ob aber tatsächlich der Gemütszustand der Gebärenden — natürlich vorausgesetzt, daß keine sonstige Störung vorliegt — gelegentlich ein so abnormer werden kann, daß wir den § 51 zur Anwendung bringen können, ist nicht sicher.“ Den in der Literatur niedergelegten Fällen steht *Aschaffenburg* skeptisch gegenüber.

Auch *Haberda* warnt davor, den Einfluß des Geburtsaktes auf die Psyche zu überschätzen. Ausnahmsweise könne sich ja die Wirkung des Geburtsvorganges zu pathologischer Höhe steigern, doch dürfe das nicht als die Regel hingestellt werden, wie es so häufig im Gerichtssaal geschehe, und mit derselben Skepsis wie *Haberda* und *Aschaffenburg* verhält sich *v. Wagner-Jauregg* zu der vorhandenen Kasuistik. Er räumt zwar ein, daß Schwangere im Laufe der Entbindung oder im unmittelbaren Anschluß an diese durch den Schmerz und Blutverlust bei der Entbindung sowie durch Gemütsbewegungen (Scham und Furcht bei unehelich Gebärenden, Sorge wegen der Erhaltung des Kindes) in einen Affektzustand geraten können, der die Bedeutung einer vorübergehenden Bewußtseinsstörung erlangen und zur Tötung des Neugeborenen führen kann, weist jedoch darauf hin, daß es sich in den bekanntgewordenen Fällen nicht durchweg um geistig Gesunde, sondern um Geistesranke oder psychopathische Personen gehandelt habe; um Schwachsinnige, Hysterische, Degenerierte.

Sehr zurückhaltend äußert sich auch *von Sölder*. Er hält es nicht für sicher erwiesen, daß der Zustand von Gebärenden ohne krankhafte Momente die Bedeutung einer Sinnesverwirrung erlangen könne. Denselben Standpunkt vertritt *von Sury*. Auf Grund seiner Erfahrungen am Wiener Gerichtlich-Medizinischen Institut gibt er an, daß in der großen Mehrzahl der Fälle von Kindesmord eine Sinnesverwirrung durch den erschöpfenden Einfluß der Geburt auf das Gehirn oder durch gesteigerte Affekte unter starken Wehen bei geistig gesunden Frauen nicht zuzugeben sei. Ganz ähnlich lauten auch die Resultate in *Bischoffs* zusammenfassender Arbeit über den Geisteszustand der Schwangeren und Gebärenden. In seinen vergleichenden Studien über die Geburten in Wien (etwa 5500 im Jahr) kommt er zu dem Schluß, daß vorübergehende abnorme Geisteszustände bei Entbindenden selten sind und vorwiegend bei Disponierten auftreten. Auch *Runge*, der im übrigen die Möglichkeit einer Ohnmacht infolge stark anhaltender Schmerzen ohne weiteres zugibt¹, erscheint die Existenz von Verwirrheitszuständen bei psychisch intakten Frauen allein infolge des Geburtsschmerzes und der Aufregung sehr in Frage gestellt. Dagegen nimmt *König* an, daß die Gravidität als solche vorher ganz gesunde Frauen derart beeinflussen kann, daß ein Zustand hervorgerufen wird, der einer psychopathischen Veranlagung sehr nahe kommt, so daß das Auftreten von Verwirrheitszuständen unter der Geburt ermöglicht wird. Auch *König* jedoch betont ihre große Seltenheit.

Die Autoren, die mit *König* übereinstimmen, stützen ihre Auffassung auf die in der Literatur niedergelegte Kasuistik. Es existiert nämlich

¹ Die Bedeutung der „Ohnmacht in der Geburt“ ist jüngst erst von *Böhmer* in dieser Zeitschrift besprochen worden; Festschrift für F. Strassmann 12, 5 (1928).

eine Reihe scheinbar einwandfreier Beobachtungen. Ich habe einige 30 Fälle zusammenstellen können. Da ähnliche Untersuchungen wie die meine schon vorliegen — ich verweise besonders auf die Arbeit von *König* —, kann ich mich begnügen, bei meiner Besprechung die in der Literatur bisher als beweiskräftig beurteilten Fälle zu verwerten. Das kann ich um so mehr, als alle anderen beschriebenen, zu dieser Gruppe gerechneten Beobachtungen — zum größeren Teil liegen sie weit zurück — schon bei oberflächlicher Kritik versagen. Zu 2 Fällen, die *König* (1914) gelten läßt, kommen noch 5 von ihm nicht beachtete, von *Kirchberg* (1913) mitgeteilte Beobachtungen und ein Fall von *Kutzinski* (1912), der später besonders besprochen werden soll. Nur in einem dieser 8 Fälle wurde im Laufe der Geburt — jedoch, als die Gebärende bereits ihren Verwirrheitszustand hatte — die Anlegung der Zange nötig; die übrigen Fälle hatten einen normalen Graviditäts- und Geburtsverlauf. In allen diesen Fällen brach plötzlich, zum Teil während der im Gange befindlichen Geburt, teils kurz nach ihr, ein Verwirrheitszustand aus, der in übereinstimmendem Ablauf große motorische Unruhe, völlige Desorientiertheit und Sinnestäuschungen zeigte. Die Dauer des Zustandes in den einzelnen Fällen war verschieden, von einer halben Stunde bis zu 4 Stunden. Nur in einem Falle dauerte er länger an, und zwar etwa 12 Stunden. In allen 8 Fällen bestand vollkommene Amnesie.

In den beiden von *König* aus der älteren Literatur übernommenen Fällen wird auf Grund des mitgeteilten Befundes ein Zustand hysterischer und epileptischer Natur ausgeschlossen; desgleichen ein eklampthischer Anfall. Auf die Möglichkeit eklampthischer Verwirrheitszustände komme ich noch zurück. Über psychopathische Veranlagung erfahren wir nichts. In den 5 Fällen *Kirchbergs* wird ausdrücklich hervorgehoben, daß Heredität auszuschließen gewesen sei, und daß auch die persönliche Anamnese keine Anhaltspunkte ergeben habe für das Vorliegen einer geistigen Abnormität nach irgendeiner Richtung hin.

Es ergibt sich demnach die Frage, wie die in diesen Beobachtungen übermittelten Befunde aufzufassen sind. Stützen sie die Annahme, daß es selbständige transitorische Störungen unter der Geburt gibt, oder finden sich Anhaltspunkte, die eine Deutung in einer anderen Richtung zulassen?

Zu dieser Frage darf nicht unerwähnt bleiben, daß die bei weitem überwiegende Mehrzahl der aufgeführten Beobachtungen Gynäkologen zu Bearbeitern hat, und daß — wenigstens gilt das für die Veröffentlichungen — die Vorgeschichte in keinem einzigen Falle nach der psychiatrischen Seite befriedigt, da sie mit einem oder 2 Worten abgetan wird. Das muß ganz besonders für die letzteren 3 Fälle *Kirchbergs*¹ ausge-

¹ Es besteht kein Anlaß, die Fälle *Kirchbergs* hier im Wortlaut zu zitieren. Ich muß auf die Originalarbeit verweisen; siehe Literaturverzeichnis.

sprochen werden, die in der Originalmitteilung im ganzen jeder nur einige wenige Zeilen einnehmen. Wir wissen, wie wertvolle und wichtige Hinweise auf das Bestehen einer Epilepsie uns häufig gerade Mitteilungen über leichtere epileptische Erscheinungen geben; Mitteilungen über Krämpfe in der Kindheit, somnambule Zustände, Ohnmachten, nächtliche Krampfanfälle, Zungenbiß, reizbare Verstimtheiten sind uns außerordentlich wertvoll, und in besonders exakter Weise sollten Fälle wie die hier zu erörternden in dieser angegebenen Richtung eruiert werden. Demgegenüber muß festgestellt werden, daß die Frage nach dem Vorhandensein epileptischer Antezedenzen in allen diesen Fällen zum mindesten nicht mit der erforderlichen Wertbeimessung aufgeworfen und geklärt worden ist. Es ist nicht ersichtlich, wie weit die erwähnten Möglichkeiten völlig ausgeschlossen worden sind, und es resultiert, daß diese Beobachtungen — bis auf jene von *Kutzinski* — so, wie sie Eingang in die Literatur gefunden haben, als selbständige transitorische Störungen unter der Geburt abgelehnt werden müssen.

Der einzige Fall, in dem speziell das Fehlen jeglicher epileptischer Antezedenzen hervorgehoben wird, ist der Fall *Kutzinskis*. Es handelte sich hier um eine 26jährige Zweitgebärende, deren erste Geburt und nunmehrige Gravidität normal gewesen waren. Im Verlaufe der Eröffnungsperiode wurde die Kreißende motorisch erregt. Auch hier bestanden Sinnestäuschungen und Desorientiertheit. Der Zustand dauerte einige Stunden an. Nach dem Abklingen ergab sich völlige Amnesie für die ganze Zeit der Verwirrtheit, mithin für die in dem Verwirrheitszustand erfolgte Geburt. Da es sich um ein von jeher gegen Schmerz hochempfindliches Individuum handelte, nahm *Kutzinski* mit *Ziehen* einen reinen Schmerz-Dämmerzustand an. Nun ist freilich *Ziehens* Neigung, Dämmerzustände der verschiedensten Ätiologie anzunehmen, recht weitgehend. Neben den uns geläufigen kennt und unterscheidet er z. B. kongestive Dämmerzustände, angiospastische, vasoconstrictorische Dämmerzustände, Affektdämmerzustände, solche neuralgischer Art und viele andere mehr, deren Bestehen in kaum einem konkreten Falle als sicher erwiesen worden ist. Wie weit *Kutzinski* also in dem von ihm beobachteten Falle zur Annahme eines selbständigen Zustandes, ausgelöst durch Vorgänge unter der Geburt, berechtigt ist, wie weit nicht etwa vielmehr ein hochgradiger Affekt einer psychopathischen Person anzunehmen ist, bleibt nach alledem fraglich.

Überblicken wir das Resultat der kritischen Sichtung des bisher veröffentlichten kasuistischen Materials, so müssen wir sagen, daß die Ansicht, daß idiopathische transitorische Bewußtseinsstörungen unter der Geburt vorkommen können, noch nicht sehr gefestigt ist, und gerade der Umstand, daß die neuere Literatur erheblich weniger zu der Fortsetzung der früher reichhaltigen Kasuistik beigetragen hat, unterstützt dieses

Ergebnis. Allein der Fall *Kutzinskis* erscheint anamnestisch genau erforscht und könnte dafür sprechen, daß hier in der Tat eine selbständige Störung vorgelegen hat. Wie ich schon bemerkte, ist es aber auch in diesem Falle nicht ganz ausgeschlossen, daß es sich um einen vorübergehenden, stark betonten Affekt gehandelt hat. Auf jeden Fall zeigt die Durchsicht der Literatur, daß idiopathische transitorische Störungen, wenn sie überhaupt vorkommen, äußerst selten sind.

Dies ist auch das Ergebnis unserer Umfrage an die Frauenkliniken.

Die Berechtigung einer solchen Enquete ist offensichtlich. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß transitorische Störungen, wenn ihr Vorkommen unabhängig von besonderen ätiologischen Zusammenhängen überhaupt eingeräumt werden soll, nicht nur bei heimlich Gebärenden auftreten werden, sondern auch gelegentlich unter den normalen Verhältnissen der Klinik zur Beobachtung kommen müssen. Zudem wäre es, wenn dies zutrifft, von Interesse, festzustellen, in welcher Häufigkeit solche Zustände auftreten.

Insgesamt erhielten 29 Frauenkliniken deutscher, österreichischer und schweizerischer Universitäten unseren Fragebogen. Die erste Frage lautete dahin, ob in den Jahren 1915—1925 transitorische Störungen unter der Geburt beobachtet wurden. In einer Anmerkung zu dieser Frage wurde der Begriff dieser Störungen näher bestimmt und darauf hingewiesen, daß es in erster Linie darauf ankäme, idiopathische Zustände zu erfassen. Weiterhin wurde gefragt, ob die Gebärenden, bei denen derartige Bewußtseinsstörungen festgestellt werden konnten, verheiratet waren, die wievielte Geburt sie überstanden, und in welchem Alter sie sich befanden. Die 3. Frage lautete dahin, zu welchem Zeitpunkt der Entbindung die Störung einsetzte; dann 4., wie lange sie anhielt. Unter einem 5. Punkt wurde eine Beschreibung des Zustandes erbeten, und unter 6. wurde gefragt, ob in psychiatrischer Hinsicht bemerkenswerte Antezedenzen erhoben wurden (Epilepsie, Psychopathie, affektive Erregbarkeit u. a.). Schließlich wurde um eine Angabe darüber gebeten, ob Verdacht auf Eklampsie bestand.

Die Fragebogen wurden von 16 Kliniken beantwortet, denen ich für ihre Mühe an dieser Stelle meinen ergebensten Dank sagen möchte. Während des verhältnismäßig großen Zeitraumes von 10 Jahren wurden in keiner dieser Kliniken, zum Teil unter erheblichen Geburtenziffern, rein idiopathische Störungen gesehen. So konnten unter 18000 Geburten der Kantonalen Frauenklinik in *Zürich* selbständige transitorische Bewußtseinsstörungen nicht ein einziges Mal beobachtet werden. In einigen Fällen von Eklampsie traten psychische Störungen auf, die mit Abklingen der Eklampsie wieder verschwanden. Auch die *Tübinger Universitäts-Frauenklinik* konnte Störungen des Bewußtseins nur in Fällen von Eklampsie beobachten. Unter dem großen Material der *Berliner Uni-*

versitäts-Frauenklinik der Charité befindet sich kein einziger Fall, gleich auf welcher Grundlage. In der Universitäts-Frauenklinik zu *Freiburg* konnten lediglich einfache Affektzustände beobachtet werden, die für die vorliegende Untersuchung auszuschließen haben. Die *Gießener Klinik* sah neben Fällen von Störungen bei Epilepsie, Imbezillität, Hysterie und Eklampsie einen pathologisch gesteigerten Erregungszustand bei einer Psychopathin und einen medikamentösen Dämmerzustand, also gleichfalls keine hierher gehörigen Ausnahmestände. Auch in der *Jenaer Klinik* wurden transitorische Störungen selbständiger Art nicht beobachtet. In *Rostock* fehlten die fraglichen Zustände unter etwa 5000 Geburten, desgleichen in *Würzburg* bei 9731 Geburten, und die *Greifswalder Klinik* hatte in 25 Jahren (1900—1925) nicht ein einziges Mal Gelegenheit, derartige Störungen festzustellen.

Prof. *Zangemeister* konnte in den Jahren 1915—1925 in *Marburg* ein einziges Mal einen Zustand von „stuporöser Gleichgültigkeit, Delirium und Bewußtseinsstörungen“ beobachten. Die Störung trat bei einer verheirateten Fünftgebärenden im Alter von 35 Jahren auf, setzte in der Austreibungsperiode ein und dauerte eine halbe Stunde. Die psychiatrische Exploration des Falles, in dem Eklampsie mit Bestimmtheit auszuschließen war, ergab, daß es sich um eine leicht erregbare Psychopathin handelte. Ähnliche Zustände bei psychopathischen Frauenspersonen sah Prof. *Zangemeister* mehrmals. Jedoch sollen diese hier ja aus der Betrachtung ausscheiden.

Die *Münchener Universitäts-Frauenklinik* beobachtete 8 Fälle, von denen 2 eindeutig zur Epilepsie gehörten. Sie brauchen hier nicht erörtert zu werden; schon auch deshalb nicht, weil die Störungen, bei denen es sich um kurzdauernde Krampfanfälle handelte, vor dem Geburtsvorgang eintraten, in dem einen Fall 16 Tage vorher. 5 Fälle konnten zur Eklampsie gezählt werden, und in dem 8. Fall handelt es sich um eine Ohnmacht von 25 Minuten Dauer 3 Stunden vor der Geburt bei einer verheirateten Zweitgebärenden von 29 Jahren, die bereits früher zu öfteren Ohnmachtsanfällen neigte.

Die 6 Fälle, die mir die *Breslauer Klinik* mitgeteilt hat, gehören gleichfalls nicht hierher. Es handelte sich einmal um einen Zustand von Benommenheit bei Eklampsie, sodann um 3 Erregungszustände bei psychopathischen Frauen und 2 mal um grobpsychotische Veränderungen von längerer Dauer bei belasteten Frauen, die bereits in früheren Jahren mit ähnlichen Erscheinungen auffällig gewesen waren.

Die 3 Beobachtungen, die in der Universitäts-Frauenklinik in *Halle a. S.* gemacht werden konnten, betreffen eklamptische Störungen, die deshalb auch auszuschließen haben.

Als Ergebnis unserer Umfrage steht nach allem fest, daß in den 16 Kliniken, die sich äußerten, wohl die verschiedenartigsten Bewußt-

seinsstörungen — auf epileptischer, hysterischer, eklamptischer und anderer Grundlage — beobachtet wurden, daß sich aber in allen eruierten Fällen kein einziges Mal der Nachweis erbringen ließ, daß eine idiopathische Störung vorgelegen hätte. Vergleichen wir dieses Ergebnis mit der Durchsicht der in der Literatur bisher publizierten Kasuistik, so ist zu sagen, daß das Vorkommen selbständiger transitorischer Verwirrheitszustände unter der Geburt höchst zweifelhaft ist, und daß es bei genauer Exploration meist gelingen wird, ein Grundleiden zu ermitteln. In den Fällen, in denen die ätiologische Stellung fraglich erscheint, wird man am ehesten noch an eine larvierte Epilepsie oder Eklampsie zu denken haben. Der Eklampsie ganz besonders als einer Autointoxikation möchte ich in der Ätiologie unklarer transitorischer Störungen eine wichtige Stellung einräumen. In dieser Richtung deutet auch das Ergebnis unserer Rundfrage. Vorwiegend jedoch dürfte es sich bei Störungen nicht bestimmbarer Ursache um besonders betonte Affektzustände handeln.

Hinsichtlich der Eklampsie will ich noch kurz erwähnen, daß die forensische Bedeutung der in ihr zu beobachtenden *groben* Bewußtseinsstörungen nicht sehr groß ist. In den schweren eklamptischen Anfällen ist die Gebärende bewußtlos, und der Tod des Kindes kann daher nur durch Versäumnung des zur Erhaltung seines Lebens notwendigen Beistandes herbeigeführt werden. Sehr unwahrscheinlich ist dagegen die aktive Tötung des Kindes im eklamptischen Anfall. Die Häufigkeit der Totgeburten bei Eklampsie setzt zudem ihre Bedeutung in forensischer Beziehung noch mehr herab.

Damit stehen wir mitten in der Besprechung der forensischen Bedeutung des behandelten Themas. Diese liegt darin, daß in Fällen von Kindesmord von der Mutter der Einwand erhoben werden kann, sie habe ihre Tat in einem Zustande von Bewußtseinsstörung begangen, sie habe keine Erinnerung an die Tat und die begleitenden Umstände. Einige Autoren führen an, daß dieser Einwand recht häufig gebraucht werde. Aus unseren Erfahrungen am Greifswalder Gerichtsärztlichen Institut kann dieser Angabe ohne weiteres nicht zugestimmt werden. Unter den vielen Fällen von Kindesmord, die dort alljährlich zur Begutachtung vorliegen, ist es während der Jahre 1922—1925 nur 1 mal vorgekommen, daß die Mutter sich einer ähnlichen Einrede bediente. Und in diesem Falle gelang es leicht, den Einwand zurückzuweisen und das Gericht von seiner Haltlosigkeit zu überzeugen.

In der Beurteilung anscheinend idiopathischer transitorischer Bewußtseinsstörungen muß nach dem Gesagten Vorsicht gelten. Stets wird der Gutachter danach trachten müssen, durch umfangreiche und genaue Explorationen der Angeschuldigten und dritter Personen eine Epilepsie, einer Eklampsie oder eine andere Ursache mit Bestimmtheit

auszuschließen. Wie schon eingangs gesagt wurde, ist in unseren Fällen bei dem häufigen Versagen anamnestischer Erhebungen die Begutachtung äußerst schwierig. Mit dem Einwande der völligen Amnesie kommt man nicht weiter, und oft genug wird man über diese subjektive Angabe hinaus nichts erfahren. Die Seltenheit einwandfreier Beobachtungen muß nochmals betont werden. So lange sie nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden können, wird es gerechtfertigt erscheinen, in zweifelhaft gelagerten Fällen unter Umständen ein „non liquet“ auszusprechen.

Einfach ist die Beurteilung dann, wenn sich der Nachweis führen läßt, daß eine schwere geistige Störung die Grundlage zu dem Verwirrtheitszustand gebildet hat. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß z. B. eine Mutter, die ihr Kind erwiesenermaßen in einem epileptisch bedingten Ausnahmezustande tötete, zu exkulpiert ist.

Anders verhält es sich bei der im einfachen Affekt begangenen Tat. Handelt es sich um die Affekthandlung einer geistig unauffälligen Person, so wird vielfach gar nicht erst die Frage aus § 51 an den Sachverständigen gerichtet werden. Denn die Beurteilung solcher Handlungen von Normalen liegt nicht beim ärztlichen Sachverständigen, sondern untersteht einzig und allein den Erwägungen des Richters. Anders, wenn die Tat einer Psychopathin zur Beurteilung steht. Hier wird recht oft dem Sachverständigen die Frage vorgelegt, ob der Angeklagten der Schutz des § 51 zuzubilligen sei oder nicht. Es gibt in dieser Frage zwei verschiedene Ansichten. Einige Autoren, unter ihnen *Siefert*, glauben die Affekthandlungen von Psychopathen exkulpiert zu sollen, während die gerichtlichen Mediziner wohl durchweg die Anwendung des § 51 in solchen Fällen ablehnen. Dieser Standpunkt ist wohlbegründet, da die Konsequenzen gar nicht abzusehen sind, wollte man dem Psychopathen nur darum, weil er affektiv ansprechbarer ist als der Normale, eine Sonderstellung einräumen¹. Zudem ist stets zu berücksichtigen, daß der Gesetzgeber im § 217 StGB. für den Kindesmord einen besonders betonten Affekt bereits angenommen und die Strafe entsprechend milde bemessen hat; eine Maßnahme, die im kommenden Strafgesetz auch auf die ehe-lichen Kindesmörderinnen ausgedehnt werden soll.

Zusammenfassung.

1. Die vorliegende Untersuchung gilt der Frage, ob bei psychisch völlig gesund erscheinenden Gebärenden sich unter der Geburt *selbständige* transitorische Bewußtseinsstörungen einstellen können, in denen es zur Tötung des Kindes kommen kann.

2. Die vorhandene jüngere Literatur wird kurz besprochen. In ihr sind die Meinungen über das Vorkommen derartiger Störungen noch geteilt.

¹ *Vorkastner*, Die Begutachtung fraglicher Geisteszustände im Strafprozeß. Erg. Med. von *Th. Brugsch* 7 (1926).

3. Eine Durchsicht der in der gesamten Literatur vorhandenen Kasuistik zeigt, daß es sich vorwiegend um weit zurückliegende, psychiatrisch wenig einwandfrei beobachtete Fälle handelt, denen in erster Linie einfache Affekthandlungen zugrunde liegen. In der jüngeren Literatur der Vorkriegsjahre sind nur 6 Beobachtungen mitgeteilt, von denen allein ein Fall von *Kutzinski* anamnestisch genau durchforscht ist und die Annahme einer *selbständigen* Störung berechtigt erscheinen lassen könnte.

4. Eine Umfrage an die Universitäts-Frauenkliniken Deutschlands, Österreichs und der Schweiz ergab, daß die verschiedensten Bewußtseinsstörungen — auf epileptischer, hysterischer, eklamptischer und anderer Grundlage — beobachtet wurden, daß jedoch *kein einziges Mal eine idiopathische Störung* festgestellt werden konnte; dies an dem Geburtenmaterial der Jahre 1915—1925.

5. Das Vorkommen idiopathischer transitorischer Bewußtseinsstörungen unter der Geburt muß demnach als fraglich bezeichnet werden. In der Beurteilung derartiger Fälle vor Gericht muß größte Zurückhaltung bewahrt werden. Genaue Explorationen der Angeschuldigten und nach Möglichkeit dritter Personen sind erforderlich, um eine larvierte Epilepsie oder Eklampsie oder eine andere Genese auszuschließen. Vielfach, wenn nicht meist handelt es sich um besonders lebhaft affektive Zustände, denen durch den Gesetzgeber bereits Rechnung getragen ist.

Literaturverzeichnis.

- ¹ *Aschaffenburg*, Strafrecht und Strafprozeß. Die Zurechnungsfähigkeit der Geisteskranken. *Hoche*, Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. Berlin 1909. — ² *Aschaffenburg*, Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Heidelberg 1923. — ³ *Birnbaum*, K., Kriminalpsychopathologie. Berlin 1921. — ⁴ *Bischoff*, Der Geisteszustand der Schwangeren und Gebärenden. *Groß' Arch.* **29**, 109 (1908). — ⁵ *Cramer*, Gerichtliche Psychiatrie. III. Aufl. 1903. — ⁶ *Debus*, Über Bewußtlosigkeit während der Geburt. Inaug.-Diss. Tübingen 1896. — ⁷ *Delbrück*, Gerichtliche Psychopathologie. Leipzig 1897. — ⁸ *Dörfler*, *Friedreichs Bl.* **44**, 269 (1893). — ⁹ *Freyer*, M., Die Ohnmacht bei der Geburt vom gerichtsarztlichen Standpunkt. Berlin 1887. — ¹⁰ *Fritsch*, J., Willensfreiheit und Zurechnungsfähigkeit. *Dittrich*, Handbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit **8**, 26. — ¹¹ *Gleispach*, *Graf v.*, Über Kindesmord. *Groß' Arch.* **27**, 224 (1907). — ¹² *Gross*, H., Kriminalpsychologie und Strafpolitik. *Groß' Arch.* **26**, 75 (1906). — ¹³ *Haberda*, A., Zur Lehre vom Kindesmorde. *Beitr. gerichtl. Med. aus dem Wiener Institut* **1**. — ¹⁴ *Hübner*, A. H., Lehrbuch der forensischen Psychiatrie. Bonn 1914. — ¹⁵ *v. Josch*, Ein Beitrag zur Beurteilung über die psychischen Vorgänge beim Kindesmorde. *Groß' Arch.* **29**, 348 (1908). — ¹⁶ *Kirchberg*, P., Psychische Störungen während der Geburt. *Arch. f. Psychiatr.* **52** (1913). — ¹⁷ *König*, H., Beiträge zur forensisch-psychiatrischen Beurteilung von Menstruation, Gravidität und Geburt. *Arch. f. Psychiatr.* **53** (1914). — ¹⁸ *v. Krafft-Ebing*, Gerichtliche Psychopathologie. III. Aufl. 1892. — ¹⁹ *Kratter*, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin **1** (1921). — ²⁰ *Kutzinski*, Fall von Dämmerzustand während der Entbindung. *Allg. Z. Psychiatr.* **69**, 410 (1912). —

- ²¹ *Liepmann, H.*, Störungen des Bewußtseins. *Dittrich*, Handbuch **9**, 83. —
²² *Meier, Margarete*, Beitrag zur Psychologie des Kindesmordes. *Groß' Arch.*
37, 313. — ²³ *Mörchen*, Über Dämmerzustände. Marburg 1901. — ²⁴ *Plempel*,
Zur Frage des Geisteszustandes der heimlich Gebärenden. *Vjschr. gerichtl. Med.*
37, Suppl.-H. 2 (1909). — ²⁵ *Probst, M.*, Ursachen der Geistesstörung und ihre
Bewertung vor Gericht. *Dittrich*, Handbuch **9**, 22. — ²⁶ *Runge, W.*, Die Genera-
tionspsychosen des Weibes. *Arch. f. Psychiatr.* **48**, 545 (1911). — ²⁷ *v. Schrenck-*
Notzing, Kriminalpsycholog. und psychopathologische Studien. Leipzig 1902. —
²⁸ *Schwartzer, O.*, Die transitorische Tobsucht. Wien 1880. — ²⁹ *Siemerling*,
Kasuistische Beiträge zur forensischen Psychiatrie. *Charité-Ann.* **14**. — ³⁰ *Siemer-*
ling, Über die transitorischen Bewußtseinsstörungen in forensischer Beziehung.
Berl. klin. Wschr. **1895**, Nr 42 u. 43. — ³¹ *Siemerling*, Kasuistische Beiträge zur
forensischen Psychiatrie. *Vjschr. gerichtl. Med.* **12/13** (1896/97). — ³² *Siemerling*,
Streitige geistige Krankheit (Bewußtlosigkeit usw., § 51). *Schmidtman*, Hand-
buch der gerichtlichen Medizin **3**. — ³³ *Siemerling*, Lehrbuch der Psychiatrie.
Jena 1920. — ³⁴ *Sigwart, W.*, Selbstmordversuch während der Geburt. *Arch.*
f. Psychiatr. **42**, 249 (1907). — ³⁵ *Sölder, F. v.*, Strafrecht und Strafprozeßrecht.
Dittrich, Handbuch **8**, 115. — ³⁶ *Sommer*, Kriminalpsychologie und strafrechtliche
Psychopathologie. Leipzig 1904. — ³⁷ *Strassmann, F.*, Ohnmacht in der Geburt.
Z. Med.beamte **1911**, Nr 20, 757. — ³⁸ *Stumpf*, Gerichtliche Geburtshilfe. 1907. —
³⁹ *Sury, K. v.*, Beitrag zur Kasuistik des Selbstmordes während der Geburt.
Münch. med. Wschr. **1908**, Nr 29. — ⁴⁰ *Sury, K. v.*, Korresp.bl. Schweiz. Ärzte
1910, Nr 4. — ⁴¹ *Vorkastner, W.*, Die Begutachtung fraglicher Geisteszustände
im Strafprozeß. *Erg. Med. von Th. Brugsch* **7** (Berlin 1926). — ⁴² *v. Wagner-*
Jauregg, Die gerichtliche Psychopathologie. *v. Hofmann-Haberda*, Lehrbuch der
gerichtlichen Medizin **2** (1923). — ⁴³ *Weiskorn, J.*, Transitorische Geistesstörungen
beim Geburtsakt und im Wochenbett. *Inaug.-Diss. Bonn* 1897. — ⁴⁴ *Wollenberg*,
Die Grenze der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit bei psychischen Krankheits-
zuständen. *Allg. Z. Psychiatr.* **56**, 615. — ⁴⁵ *Ziehen*, Neuere Arbeiten über patho-
logische Unzurechnungsfähigkeit. *Mschr. Psychiatr.* **1**, **2**, **3** u. **5**. — ⁴⁶ *Ziehen*,
Psychiatrie. Leipzig 1908.