

(Aus dem Institut für Verbrechensforschung und Gesellschaftsbiologie, Bonn.
Leiter: Prof. Dr. Hübner.)

Zur Frage des Zusammenhanges zwischen „Hysterie“ und Tod.

Von
Dr. F. Klinkenberg.

Ein Gutachten, das wir kürzlich zu erstatten hatten, stellte die Frage, ob der Tod des ehemaligen Musketiers P., der nach den Angaben des behandelnden praktischen Arztes infolge der sich immer mehr häufenden hysterischen Anfälle mit konsekutiver Entkräftung und schließlich Herzschwäche gestorben war, durch die als K.D.B. anerkannte „Hysterie“ bedingt gewesen sei.

Der Sachverhalt war kurz folgender:

P. wurde am 1. IV. 1916 eingezogen, war nur kurze Zeit an der Front und hatte sich vom 26. IX. bis 14. X. 1916, vom 18. bis 22. VIII. 1917 und vom 6. bis 9. III. 1917 wegen alter Hornhautflecken im Lazarett behandeln lassen. Vom 12. III. bis 3. IV. 1918 befand er sich wegen Emphysembronchitis und Neurasthenie in Lazarettbehandlung. Nach dem Abklingen der Erkältung trat Flimmern vor den Augen, starkes Grimassieren des Gesichtes, Stirnrunzeln und Zucken um die Augen auf. Es wurde kein organisches Nervenleiden konstatiert. Für den bestehenden Bronchialkatarrh wurde F.D.B. angenommen. Die auf seinen Renten-antrag am 23. XI. 1920 erfolgte ärztliche Untersuchung ergab Tic im Facialisgebiet mit Übergreifen auf die Halsmuskulatur, der bei Ablenkung sich unterdrücken ließ. Obwohl die nach kurzem Frontdienst 1916 in der Heimat geleisteten Dienste das Friedensmaß nicht überstiegen, wurde hierfür K.D.B. angenommen und 20% Rente bewilligt. Nach dem Bericht des Hausarztes war schon am 25. VII. 1915, also vor seiner Einziehung Hysterie bei P. festgestellt worden. Ebenso wurde bei der nervenfachärztlichen Begutachtung kein organisches Nervenleiden ermittelt. Nach ärztlichem Zeugnis sei P. seit dem 20. VI. 1925 vollständig arbeitsunfähig gewesen. Zu gleicher Zeit bescheinigte ihm sein Arbeitgeber, daß er wegen großer Schreckhaftigkeit die Arbeit häufig unterbrechen mußte und bei unverhofften Geräuschen mit lautem Schreien und großer Erregung einhergehende Anfälle bekomme. Die damalige versorgungsärztliche Untersuchung ergab hysterisches Gesichts- und Armzucken. Eine halbe Stunde nach dieser Untersuchung wurde P. von dem Untersucher zufällig gesehen. Er verhielt sich fast vollkommen ruhig. Auf diese Untersuchung hin wurde der Rentenerhöhungsantrag am 19. IV. 1926 abgelehnt, weil die hysterische Gewöhnung oder gar die Verstärkung der hysterischen Erscheinungen nach dem Aufhören von Kriegsdienstschädigungen

nicht mehr als D.B. anerkannt werden kann. Nach Mitteilung des behandelnden Arztes habe P. seit Juni 1926 das Bett hüten müssen. Die gehäuften hysterischen Anfälle hätten zu einer derartigen Schwächung des P. geführt, daß er schließlich infolge Herzschwäche am 12. X. 1926 gestorben sei. Obwohl ärztlicherseits darauf hingewiesen wurde, daß für die Entkräftung und damit auch für den Tod des P. keine D.B. mehr anzunehmen sei, wurde im Anschluß an das Gutachten des praktischen Arztes und des Gerichtsarztes, die betonten, daß P. an „Hysterie“ gestorben sei, vom Versorgungsgericht die Hinterbliebenenrente zuerkannt. Ebenso wurde die Berufung gegen dieses Urteil zurückgewiesen, da die „Krankheit Hysterie“ bei dem Kläger noch nicht behoben gewesen sei. Auch hier hatte der Gerichtsarzt folgendermaßen Stellung genommen: „Feststeht, daß P. an Hysterie verstorben ist (Herzschwäche durch hysterische Anfälle). Dieses Leiden war als K.D.B. anerkannt. Wenn die Anfälle, derentwegen P. 40% Rente bezog, sich in letzter Zeit vor dem Tode verschlimmert haben, so muß der Tod als Folge des Kriegsrentenleidens angesehen werden.“

Da in dem vorliegenden Falle die Frage darauf hinauslief, ob für die „Hysterie“ zur Zeit des Todes, d. h. am 12. X. 1926 noch K.D.B. anzunehmen war, so konnte hier die Entscheidung relativ leicht gefällt werden. Nach geltender wissenschaftlicher Meinung kann für eine 1926 noch seit dem Kriege fortbestehende hysterische Reaktion deshalb nicht mehr K.D.B. angenommen werden, weil ihr Fortbestehen nur durch nicht entschädigungsberechtigte Nachkriegsreize bedingt sein kann. Daher lag zur Zeit des Todes des P. nicht mehr K.D.B. vor, weshalb auch der Tod nicht mehr als Kriegsdienstfolge zu bezeichnen war. Unsere oben dargelegte Auffassung wird auch durch die nachstehende Entscheidung des Reichsversorgungsgerichts vom 3. XI. 1925 gestützt:

„Der Senat hat sich aber auch der in der medizinischen Wissenschaft herrschenden Lehre angeschlossen, daß es Hysterie als Krankheit überhaupt nicht gibt, sondern nur hysterische Reaktionen von Psychopathen. Die Psychopathie, die auch beim Kläger in hohem Grade besteht, ist eine angeborene krankhafte Veranlagung, die bei Wunsch oder Abwehr die hysterischen Erscheinungen auszulösen pflegt. Hieraus folgt, daß die Hysterie kein fortschreitendes Nervenleiden ist, das sich als solches verschlimmert. Als Verschlimmerung mögen die jeweiligen Reaktionen auf äußere Einflüsse, die einem Begehren zum Erfolge verhelfen sollen, zuweilen irrigerweise angesehen werden. Derartige seit den Anträgen des Klägers vom 5. X. 1923 und 11. VI. 1924 aufgetretene Reaktionen sind aber keineswegs aus der Zeit der militärischen Dienstleistungen des Klägers (beendet am 28. II. 1918) ausgelöst worden, sondern durch unmittelbar vorangehende Geschehnisse des bürgerlichen Lebens, so daß für derartige „Anfälle“, selbst wenn sie sich seit dem 5. X. 1923 häufiger ereignet haben sollten, eine wesentliche, auf dienstlichen Gründen beruhende, also mit Rentenerhöhung abzufindende Veränderung im Sinne des § 57 des RVG. nicht gefunden werden kann.“

Durch Urteil vom 8. X. 1928 hat der 15. Senat des Reichsversorgungsgerichts auch in unserem Falle entschieden, daß der Tod des P. keine Folge einer Dienstbeschädigung sei.

Wenn auch durch das Fehlen des Obduktionsbefundes an der gutachtlichen Stellungnahme nichts geändert wird, so ist dieser Umstand doch vom wissenschaftlichen Standpunkte aus sehr bedauerlich.

Wir hielten uns aber zur Wiedergabe dieses Falles für berechtigt, weil er eine prinzipiell wichtige Entscheidung des RVG. zur Folge hatte und zu den nachstehenden Erörterungen Veranlassung gab.

Wenn man die Frage des Zusammenhanges zwischen hysterischer Reaktion und Tod diskutieren will, muß man sich die Möglichkeiten vor Augen führen, wie durch psychische Einflüsse auf den Körper der Tod herbeigeführt werden kann. Hier sind 2 Gruppen von Wirkungen zu unterscheiden: 1. die psychischen Effekte auf das vegetative Nervensystem, 2. die diesbezüglichen Auswirkungen auf den Körper.

Da heute die Psychogenität der hysterischen Reaktion nicht mehr bezweifelt werden kann, hat man wohl ein Recht, aus ihren Erscheinungsbildern die Beweise für die obengenannte Ansicht abzuleiten.

Bei diesen Patienten pflegen wir eine Menge vegetativer Abnormitäten zu beobachten: starke Schweißsekretion, vielfach nur auf einer Seite, weite Lidspalten, weite Pupillen, verstärkte Hautschrift usw. Diese vegetativen Symptome können auf 2 Wegen hervorgerufen werden, und zwar einmal direkt über die entsprechende Willensvorstellung, z. B.: Ein Individuum wünscht an einer bestimmten Körperstelle zu schwitzen und erzielt so den entsprechenden Erfolg. Dies vermochte früher der an den deutschen Universitäten umherreisende Berliner Böhner.

Der andere Weg geht über die Vorstellung bestimmter Außenweltverhältnisse. So vermag man bekanntlich, wenn man sich in Gedanken in eine heiße Umgebung versetzt, Schweißausbrüche, bei Autosuggestion von Kälte Kältegefühl mit der entsprechenden Gänsehautbildung hervorzurufen¹. Ebenso gibt es Menschen, die ihren Herzschlagrhythmus ihrem Willen unterworfen haben und bei entsprechender Willensrichtung das Herz langsam oder schnell schlagen lassen können². Ich selbst hatte auch früher einmal zu einer solchen Beobachtung Gelegenheit.

Daß bei Affekten eine Unmenge von Wirkungen auf das vegetative Nervensystem stattfindet, bedarf eigentlich keines Beweises. Wir alle wissen, daß man vor Angst schwitzen kann, daß Angst und Erwartung das Herz schneller schlagen läßt. Ebenso ist bekannt die Blässe des Gesichts beim Erschrecken; außerdem steht dann der Betroffene „wie angewurzelt“ da; es überläuft ihn kalt (Gänsehaut), die Haare stehen zu Berge. *E. Th. Brücke*³ weist mit Recht darauf hin, daß es sich hier

¹ *L. R. Müller*, Die Lebensnerven S. 379 u. 391. Berlin: 1924.

² Herr Prof. *Pütter* (Heidelberg) hatte die Liebenswürdigkeit, mir eine entsprechende Beobachtung mitzuteilen. Ebenso *Rühl* im Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie von *Bethe, Bergmann* usw. VII/1, S. 505. Berlin: 1926. — *Henning*, Z. Psychol. 98, 57 ff. (1925).

³ Vom biologischen Sinne des Sportes. Wien: 1926. — *Brücke*, Fortschritte in der Erkenntnis des vegetativen Nervensystemes. Beilage zur Klin. Wschr.: 90. Vers. d. Ges. d. Naturforsch. u. Ärzte S. 923 ff. — *Hansen*, Die psychische Beeinflussung des vegetativen Nervensystemes. Ebenda S. 931 ff.

um die Wirkungen der Lebensnerven handelt. *Cannon*¹ stellte bei seinen Untersuchungen über die Körperwirkungen des Schmerzes, des Hungers, der Furcht und Wut fest, daß Aufregung auch beim Menschen zu erhöhter Adrenalinabsonderung, erhöhtem Blutdruck und zu Zuckerausscheidung infolge Steigerung der Blutzuckerkonzentration im Harn führt. (S. 75f.) Daß unlustbetonte Affekte den Hunger vergehen machen, lustbetonte dagegen den Appetit anregen, dürfte zur Genüge bekannt sein. *Pawlow* zeigte durch Scheinfütterung an Hunden, *Hansen*² durch Suggestion an Menschen, daß lediglich die Vorstellung schmackhafter Speisen zur Anregung der Magensekretion genügt. Die sympathicuserregende Wirkung des unlustbetonten Affekts, die sich wohl auch auf die Nn. splanchnici erstreckt, bewirkt wahrscheinlich am Magen eine Bewegungshemmung mit fehlendem Hungergefühl, d. h. Appetitlosigkeit. Hierbei möchte ich auf die meist anerkannte Theorie bezüglich der Entstehung des Hungergefühls von *Weber* hinweisen, der dies aus der dann erfolgenden stärkeren Magenbewegung erklärt.

Die bei Depression bestehende Verstopfung ist wohl im gleichen Sinne zu deuten. Die peristaltiksteigernde Wirkung von Angstvorstellungen auf den Darmtraktus ist zur Genüge bekannt.

Diese Beispiele psychisch bedingter Zustandsänderungen des Körpers ließen sich noch beliebig vermehren; ich glaube aber, daß sie ausreichen, um zu beweisen, daß das Seelenleben einen ganz erheblichen Einfluß auf den Ablauf der Lebensvorgänge im Körper nimmt und diese sich auf dem Wege über das vegetative Nervensystem abspielen. Dem vegetativen Nervensystem steht aber außerdem noch die bedeutende Aufgabe zu, die Harmonie im Zellmilieu des Individuums einerseits und des Individuums in seinem Lebensraum andererseits zu gewährleisten (*R. W. Hess*³).

Außerdem bestehen zwischen emotiver Konstitution und Tonus des Vagosympathicus enge Beziehungen. Diese können durch äußere, normale, pathologische und psychische Ursachen sowie die Tätigkeit der innersekretorischen Drüsen geändert werden⁴.

Die weitere naturgemäße Frage, die bei der Erörterung der Möglichkeit des psychogenen Todes gestellt werden muß, ist folgende: Sind glaubhafte diesbezügliche Beobachtungen schon gemacht worden?

Hier möchte ich auf die Mitteilung von *Mauss*⁵ hinweisen, der bei Australiern, Maoris und Malayopolynesiern den Tod eintreten sah durch die autosuggestiv wirkende Idee, wegen religiöser Verfehlungen den

¹ Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. New York: D. Appleton 1922.

² Zur Theorie der Symptombildung in der Neurose. Zbl. Neur. 47, 245.

³ Über die Wechselbeziehungen zwischen psychischen und vegetativen Funktionen. Zürich: Orell Füssli 1925.

⁴ *Goritti*, Rev. Criminologia etc. 13, 58ff. (1926).

⁵ Zit. nach *Coenen*, Münch. med. Wschr. 1926, 69.

Tod verdient zu haben. Auch *Klaatsch*¹ machte ähnliche Beobachtungen bei Australnegern, nämlich daß diese „aus Todesfurcht, sterben zu können, sterben, oder vielmehr, daß die Einbildung, sie seien durch eine geheimnisvolle Macht tödlich gefährdet, auch wirklich den Tod zur Folge haben kann“. Nur durch psychische Momente kann der Tod der Ella S.² erklärt werden.

Dieses junge hysterische Mädchen wurde von einem Laienhypnotiseur behandelt. Hierbei entdeckte dieser bei ihr hellseherische Fähigkeiten. Eines Tages wurde sie in Hypnose auch über den Gesundheitszustand ihres Bruders befragt und nannte im Beisein eines Arztes die ärztlicherseits gestellte Diagnose sogar mit den fachmännischen Namen. Nachdem sie den Zustand des Kranken als äußerst schlimm bezeichnet hatte, sei sie kollabiert und unter den Erscheinungen von Puls-mangel, tiefem In- und Expirium sowie Asphyxie gestorben. Die Sektion habe Hirnanämie und beginnendes Hirnödeme ergeben, sonst keinerlei Organveränderungen. Man muß demnach annehmen, daß die Vorstellung des entsetzlichen Krankheitsbildes den Tod bei ihr auf rein psychogenem Wege hervorgerufen hat.

Ein weiterer Fall, der hierher gehört, wurde von *Haberda*³ beschrieben. Ein Bauer hatte im Streit seine Frau beim Hals gefaßt, worauf sie mit einem unterdrückten Laut auf den beim Herd stehenden Stuhl niedergesunken sei. Regungslos habe sie sich dann übers Knie legen lassen und ein paar Schläge aufs nackte Gesäß erhalten. Dann wurde ihr Tod festgestellt. Schon bei der Arbeit hatte diese Frau, die in den mittleren Jahren stand, über Bruststechen geklagt. An der Leiche fanden sich keinerlei Würgespuren. Nach dem Fakultätsgutachten wurde hier als Todesursache plötzliche Herzlähmung durch Erregung angenommen.

*Rosenfeld*⁴ beschreibt den Todesfall einer Hysterica von 30 Jahren, die im Anschluß an den Selbstmordversuch ihrer geschätzten Pflegerin ohne nachweisbaren organischen Befund nach 2 Tagen starb. Es handelte sich um eine Asthenica mit hysterischen Anfällen, Schlafzuständen und angioneurotischen Störungen. Daneben bestanden zuweilen Fiebersteigerungen ohne erklärbaren Grund, Magen- und Darmbeschwerden und Mutismus. Die Sektion ergab keinen pathologischen Befund. „Man wird sagen können, daß in diesem Falle die eigentliche Ursache des überraschend plötzlichen Todes die schlaffe asthenische Konstitution der Kranken gewesen ist, und daß das Trauma, welches die hysterisch reagierende Person traf, doch nur ein nebensächliches Moment darstellte . . . aber die hysterisch bedingte Affektschwankung war schließlich die Veranlassung dazu, daß lebenswichtige Zentren außer Funktion gesetzt wurden.“

Im 2. Fall von *Rosenfeld* handelte es sich um eine 32jährige schwächliche Frau, die seit 2 Jahren an nervösen Magen- und Darmstörungen mit Schwindel und Ohnmachten sowie angioneurotischen Beschwerden litt. Die szenenhaften, mit Angstzuständen einhergehenden Delirien waren bei der 1. Einlieferung in die Klinik auf Wachsuggestion und Elektrizität zurückgegangen. Bei der 2. Aufnahme zeigte sie wieder einen Erregungszustand mit depressivem Affekt. Außer einer Spur Eiweiß im Urin nichts Besonderes. Schließlich traten zunehmende Abasie und Astasie hinzu. Anscheinend besaß sie nicht die Kraft, Außenwelteindrücke zu verarbeiten. Nach etwa 4 Wochen starb sie, nachdem gelegentlich

¹ Zbl. Neur. 45, 297.

² *Schrenck-Notzing*, Gross' Arch. 5, 29 (1900).

³ Wien. klin. Wschr. 38, 588—592.

⁴ Dtsch. med. Wschr. 51, 1060ff. (1925).

Durchfälle bestanden hatten. Bei der Autopsie ergab sich außer einer Rötung der Darmschleimhaut (keine Ruhrbacillen!) und einer leichten Dilatation des rechten Ventrikels kein Befund, so daß die Auswirkungen der hysterischen Einstellung auf den Körper auch hier wohl den Tod herbeigeführt haben.

Die genannten Fälle stellen geradezu Paradigmata für die *Möglichkeit* des psychogenen Todes dar. In den Fällen von *Maruss*, *Klaatsch* und dem 2. Falle von *Rosenfeld* führt die lebensverneinende Einstellung wahrscheinlich zu einem langsamen Erlöschen der lebenswichtigen vegetativen Funktionen. Bei Ella S. sind wir gezwungen, eine plötzliche Schreckwirkung als Todesursache anzunehmen, also psychischen Shock. Dagegen wird es sich im Falle von *Haberda* wohl um eine Kombination von psychischem Shock und Vagusreiz durch den Griff an den Hals gehandelt haben. Im 1. Falle von *Rosenfeld* wurde der Tod wahrscheinlich durch beide Momente, die lebensverneinende hysterische Einstellung im Verein mit dem Schreckerlebnis bezüglich des Selbstmordversuches der geliebten Pflegerin bei vasomotorischer Labilität herbeigeführt. Bei solchen psychogen-vegetativ geschädigten Menschen pflegt, wie ich das in krasser Weise bei einem hysterischen Fräulein sah, infolge der Unlustgefühle zunächst der Appetit aus obengenannten Gründen zu leiden, so daß eine enorme Gewichtsabnahme resultiert (hier Rückgang auf 41 kg). *Albertoni*¹ stellte fest, daß beim Fasten eine Spannungsverschiebung zugunsten des Vagus stattfindet, die naturgemäß auch zu einer Verlangsamung der Herzaktion führt. Hierzu kommen noch die bei depressivem Affekt eintretenden Stuhlverhaltungen oder beim Vorliegen des Angstaffektes Diarrhöen. Wahrscheinlich werden auch in dem 2. Falle von *Rosenfeld* ähnliche Störungen vorgelegen haben.

Es bleibt noch übrig, einer weiteren psychogenen Todesart zu denken, des *psychogenen Shocks*. Hierüber ist sehr wenig Bestimmtes bekannt. Die bei Schreckerregung vorkommenden psychischen Reaktionen sind bei den einzelnen Menschen recht verschiedenartig. Wir finden Zittern, Versagen der Muskeln (affektiver Tonusverlust), Starre vor Schrecken sowie Erhöhung des Vasomotorentonus mit Blässe des Gesichts. Bei anderen steht ein vorübergehendes „Erlöschen des Gefühlslebens bei klarem Verstande“ (*Baetzscher Schreckstupor*) im Vordergrund. Außerdem betont *Reichardt*², daß die Schreckreaktion mit zunehmender neuropathischer Anlage wachse. Das bulbäre Vasomotorenzentrum sei für psychische Reize sehr ansprechbar. „Das Gemeinsame bei den einzelnen als Shock bezeichneten Vorgängen ist die starke reflexartige Beteiligung des Blutgefäßsystems bzw. seiner zentralen Regulierung, indem nach anfänglichem Reiz- oder Kramp fzustand ein Erschlaffungszustand daselbst eintritt, wobei mit sinkendem Blutdruck

¹ Ber. Physiol. 34, 848 (1926).

² Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie von *Bethe*, *Bergmann* usw. 10, 125ff. Berlin: 1927.

das Blut in die erweiterten Splanchnicusgefäße ausweicht und das Herz nicht mehr über die notwendige Blutmenge verfügt (*Reichardt*)¹. Auch *Coenen*¹ erwähnt, daß nach plötzlichen, heftigen psychischen Erregungen shockähnliche Kollapse mit langanhaltenden vegetativen Störungen beobachtet worden seien. „Zu dieser neuropathischen Shockreaktion ist eine neuropathische Anlage notwendig, wenn auch nur in Form der sehr häufig gesteigerten Vasolabilität.“

Als lokalen Shock bezeichnet *Coenen* (l. c.) die nach Erschrecken in verschiedenen Körpergegenden sich zeigenden vegetativen Störungen: konsekutives, einseitiges Erröten, fleckweißes Ergrauen der Haare usw.

Aus den obigen Ausführungen ist also zu schließen, daß es *möglich* ist, *sowohl willkürlich als auch durch affektbetonte Erlebnisse Änderungen im vegetativen Geschehen des Körpers herbeizuführen, und es ist denkbar, daß diese bei entsprechender lebensverneinender Einstellung oder Schreckwirkung bzw. beider Momente bei vegetativ Labilen sogar zum Tode führen können.*

Wenn ich oben auf die einzelnen Möglichkeiten des Todes durch psychische Einflüsse auf die Genese des psychischen Shocks näher einging, so geschah das aus der Erwägung heraus, daß alle diese Momente bei dem Zustandekommen des Hysterietodes eine Rolle spielen bzw. zusammentreffen können.

Bekannterweise haben wir es bei Hysterikern auch mit Menschen zu tun, bei denen die vegetative Labilität mehr oder weniger im Vordergrunde steht. Die Bedingungen für die Erzeugung psychischer Effekte auf das vegetative Nervensystem, den lebenswichtigsten Steuerorganismus im Menschen, sind demnach dort gegeben.

Im konkreten Fall sieht man bei Hysterikern nur zu häufig die durch Unlustgefühle bedingte Nahrungsverweigerung mit Darmträgheit und Körpergewichtsabnahme. Wie schon oben erwähnt, wird hierdurch die Gleichgewichtslage des sympathischen zum parasympathischen Nervensystem zugunsten des Vagus verschoben, was eine geringere Herzleistung zur Folge hat. Bei Hinzutreten von Angst- und Erwartungsvorstellungen wechselt das Bild mit tachykardischen Anfällen und Diarrhöen ab. Besteht dabei noch eine ausgesprochene lebensverneinende Einstellung und hysterische Anfälle mit heftigen Muskelanstrengungen, so werden an den vegetativ geschädigten Organismus übergroße Anforderungen gestellt, die er bei der Disharmonie im vegetativen System und dem gesunkenen Kräfte- und Ernährungszustand kaum bewältigen kann, d. h. es kann der Tod eintreten.

Aber *Todesvorstellungen* bzw. *Todeswünsche* sind meines Erachtens zum Zustandekommen des Hysterietodes nicht erforderlich, da die hysterische Einstellung an sich immer ein lebensverneinendes Moment

¹ Münch. med. Wschr. 1926, 69.

in sich schließt. Außerdem bewirkt dieses eine Todesbereitschaft, indem sie auf dem Wege des Affektes oder Krankheitswunsches eine Funktionsstörung im vegetativen System herbeiführt, so daß es nur noch eines entsprechenden Anlasses bedarf, um die vegetativen Funktionen bis zur Irreparabilität zu stören. Es ist meines Erachtens für den Todeserfolg gleichgültig, ob nur ein gefühlsbetontes Erlebnis oder gehäufte hysterische Anfälle den Rest geben.

Zahlreiche Beobachtungen zwingen zu der Annahme, daß die Anfälle beim Hysteriker durch Einwirkung entsprechender erregender Vorstellungsinhalte zum Ausbruch kommen und sich in ursprünglicher Form wohl auf den extrapyramidalen bzw. vegetativen Wegen entladen (primitive Abwehrreaktion), während das willkürlich hinzutretende angelemte hysterische „Theater“ sekundäres Beiwerk darstellt. Hierfür sprechen abgesehen von den obengenannten Tatsachen auch die oft frappanten, besonders während des Krieges beobachteten Ähnlichkeiten mit den extrapyramidalen Störungen und die Tatsache, daß vegetative Mechanismen bei der Hysterie betätigt werden. Damit ist auch schon die Verwandtschaft zum psychischen Shock gekennzeichnet, warum ich die Vorgänge beim psychischen Shock zum Verständnis für manche hysterische Vorgänge heranziehe. Der Hysteriker läßt nämlich mehr oder minder bewußt die ihm unangenehmen Komplexe gegebenenfalls auf sich einwirken. Je nach der Plötzlichkeit und der Intensität dieses Vorganges haben wir es also mit einem dem psychischen Shock durchaus ähnlichen Geschehen zu tun, wobei „nur Reize, die diesen (den vegetativen) Automatismus zu stören imstande sind — diese aber fast stets —, verhängnisvoll werden“ (*Hirsch*¹). Daher ist es auch nicht verwunderlich, daß bei Hysterie die gleichen Folgen wie beim psychischen Shock resultieren können und daß bei dem durch die körperlichen Anstrengungen einerseits (Anfälle) und dem psychogen in seinen vegetativen Funktionen andererseits geschädigten Körper schließlich der Tod eintritt.

Auch in dem von mir begutachteten Fall glaube ich, daß in der obengenannten Weise der Tod herbeigeführt sein kann, wenn auch, da keine Autopsie stattfand, eine andere Todesursache nicht auszuschließen ist.

Rosenfeld (l. c. S. 1062) vergleicht das Zustandekommen des Todes bei Hysterie mit dem bei Epilepsie, wobei die Wirkung der epileptischen Veränderungen nur ausnahmsweise auf lebenswichtige Zentren übergreife und führt ihn auf „die krankhaften emotionellen und vegetativen Faktoren“, die sich „ungünstig beeinflussen“, zurück, so daß „man bei Hysterikern von einem primären Sympathicustod sprechen dürfe“.

¹ *Hirsch*, Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie von *Bethe* usw. 17, Kap. III, S. 883. Berlin 1926.

Demnach muß also die Möglichkeit, daß jemand infolge seiner hysterischen Einstellung sterben könne, unter den obengenannten Bedingungen bejaht werden. Allerdings ist dieses Vorkommnis nichts Alltägliches.

Hier möchte ich auf einen Fall kurz hinweisen, der von *Meyer* (Bonn) ausführlich veröffentlicht werden wird und auch zunächst an einen Tod durch rein psychisch funktionelle Einflüsse denken läßt. Es handelte sich um einen Fall von Metencephalitis, der nach deliröser Unruhe plötzlich im Anschluß an eine Aufregung starb. Die genaue histologische Untersuchung ergab Blutungen um geschädigte Gefäße in die Umgebung des 3. Ventrikels. Es erhellt hieraus, wie kritisch man zu Werke gehen muß, um nicht einem Irrtum anheimzufallen. Es muß immer wieder darauf hingewiesen werden, daß bei den in Rede stehenden Fällen es auf exakteste und ausgedehnteste pathologisch anatomische Durchforschung des ganzen Falles, insbesondere des Gehirns und des vegetativen Systems sowohl der zentralen wie der peripheren Anteile ankommt, und erst dann, wenn sich dabei kein pathologisch-anatomisch faßbarer Befund ergibt, kann man sich für berechtigt halten, einen Tod aus funktionellen Gründen, also z. B. durch psychische Einflüsse, bedingt anzunehmen. An diesem Mangel krankt auch der mir zur Begutachtung zugewiesene Fall; jedoch war an diesem Tatbestande nichts mehr zu ändern, da der Tod schon über ein Jahr zurücklag, als der Begutachtungsauftrag einging.

Wie aber ist der Hysterietod bezüglich der Entschädigungspflicht zu beurteilen?

Wenn man von der heute allgemein anerkannten Anschauung über Hysterie ausgeht, daß diese unter anderem eine bestimmte Willensrichtung darstellt, krank sein oder scheinen zu wollen („Flucht in die Krankheit“, „mangelhafter Genesungswille“), so muß man in diesen Fällen aus 3 Gründen die Entschädigungspflicht ablehnen:

1. beruht die hysterische Reaktionsfähigkeit auf einer entsprechenden Anlage hierzu;

2. ist eine so weitgehende Störung der vegetativen Funktionen, wenn der Tod durch Hysterie herbeigeführt wurde, nur durch die auf Anlage beruhenden hysterischen Strebungen erfolgt,

3. kommt dem psychischen Trauma nur die Bedeutung einer Gelegenheitsursache zu.

Eine mehr oder weniger bewußte, durch entsprechende Willensrichtung erwirkte todbringende Schädigung des Körpers kann aber nicht entschädigt werden, da sie einer Selbstverstümmelung gleichzusetzen ist, wobei bekanntlich jede Entschädigungspflicht in Wegfall kommt.

In unserem Falle stand auch der Rentenkampf im Vordergrund, der den Wunsch nach Kranksein bzw. -scheinen-zu-wollen verstärkte.

Daher ist auch bei Berücksichtigung aller Gesichtspunkte die Entschädigungspflicht zu verneinen.

Zusammenfassung.

1. Es gibt einen durch psychische Einflüsse auf das Körpergeschehen bedingten Tod.

2. Zu seinem Zustandekommen ist eine entsprechend starke psychische Beeinflußbarkeit des vegetativen Nervensystems bzw. ein labiles vegetatives Nervensystem erforderlich.

3. Der Tod infolge hysterischer Einstellung darf nur unter der Bedingung angenommen werden, daß genaueste pathologisch-anatomische Untersuchung insbesondere des Gehirns und des vegetativen Nervensystems keine andere Ursache erkennen läßt.

4. In einem solchen Falle wäre der Tod wohl aus dem Zusammenwirken zweier Momente zu verstehen:

- a) einer tiefgreifenden Störung im Ablauf der vegetativen Funktionen,
- b) einer Gelegenheitsursache, die zu einer irreparablen Belastung des vegetativen Steuerorganismus führt.

5. Entschädigungsansprüche müssen in solchen Fällen deshalb abgelehnt werden, weil die Hysterie durch Anlage bedingt ist und eine todbringende Schädigung nur durch eine mehr oder weniger intensive diesbezügliche Willensrichtung erfolgt, mithin als Selbstmord (auf psychogenem Wege) zu werten ist, bei dem die freie Willensbestimmung nicht aufgehoben ist.

Nachtrag.

Während der Drucklegung kamen mir die Arbeiten von *v. Braunmühl*, „Über Gehirnbefunde bei schweren Erregungszuständen“ (*Z. Neur.* **117**, 163ff.) und bei Eklamptischen (*l. c.* S. 698ff.) zu Gesicht, der alle Stadien regressiver Zellprozesse bis zur ischämischen Hirnrindennekrose infolge der hierbei auftretenden *funktionellen* Kreislaufstörungen feststellen konnte. Einmal konnte sogar eine ausgedehntere Blutung in der Gegend des dorsalen Vaguskerne bei einer manisch Erregten gefunden werden, die den Tod verständlich macht.

Diese Tatsachen möchte ich schon als anatomische Bestätigung meiner Ansicht von den deletären funktionellen Störungen des vegetativen, speziell des Gefäßnervensystemes bei anhaltenden Erregungen auffassen.

Ein ähnlicher Befund war bei einem Manne zu erheben (S. 722), der im Anschluß an eine Brustquetschung durch schwere Eisenplatten nach etwa 6 Stunden langen Krämpfen starb. Hier handelte es sich wohl um eine fortgeleitete traumatische Störung des vegetativen Funktionsablaufes. Dieser Fall stellt wiederum einen Hinweis dafür dar, daß bei plötzlichen Todesfällen beim Fehlen eines greifbaren anatomischen Befundes eine wissenschaftliche Todesursachendiagnose ohne genaueste Untersuchung des Zentralnervensystemes nicht möglich ist.