

Dystrophische Hirnschädigungen* **(Erkennen und Beurteilung)**

Von

WALTER NEUGEBAUER

(Eingegangen am 11. Dezember 1956)

Im Rahmen dieser Ausführungen soll versucht werden, die psychiatrisch-neurologische Seite des Dystrophieproblems zu beleuchten. GAUGER sieht in der Dystrophie ein psychosomatisches Problem, und bringt so zum Ausdruck, daß sich das psychische Geschehen auf organisch krankem Untergrund aufbaut. Damit fallen auch viele Auffassungen, die die Symptomatik der Kranken durch Erlebnis- und Konfliktreaktionen erklären wollen. Es liegt also keine Psychogenese der Erkrankung vor, sondern die psychischen Störungen und Auffälligkeiten sind Ausdruck organischer Krankheit. Die Symptomatik, die vom Lebensalter und Stadium der Erkrankung abhängig sein kann, hat nur den Wert des „Daseins“, aus dem psychopathologischen Bild können aber keine Schlüsse auf den Kern der Erkrankung gezogen werden.

Der Eiweißmangelschaden — die eingebürgerte Bezeichnung Dystrophie mag beibehalten werden — war für unsere Generation ein neues Krankheitsbild, wenigstens in Mitteleuropa. Nachdem die akuten Erscheinungen des Krankheitsgeschehens abgeklungen waren, hat sich bald die Meinung herausgebildet, daß Restsymptome innerhalb von 2 Jahren ohne Folgen schwinden. Als man aber dann doch feststellen mußte, daß die Betroffenen auf psychischem und vegetativem Gebiet irgendwelche Abweichungen und Auffälligkeiten zeigten, versuchte man diese als „psychogene Mechanismen, Neurose, Eingliederungsschwierigkeiten u. a.“, die vegetativen Störungen als „konstitutionell“ oder noch vager als „anlagebedingt“ zu bezeichnen, um den unbekanntem oder unklaren Zusammenhang irgendwie auszuweichen. Analog wie bei Hirnverletzten, aber hier noch in Teamarbeit mit anderen Fachrichtungen, muß in öfteren Nachuntersuchungen eine Überprüfung erfolgen, da nur Verlaufsanalysen die noch offenen Fragen klären können. So wird man eine exakte, katamnestiche Kontrolle vergemeinschaftet mit einer guten kontinuierlichen Sozialkatamnese niemals umgehen können.

Die Erstbehandlung der Heimkehrer hat verständlicherweise überwiegend in Händen der inneren Medizin gelegen, da es galt, das

* Vortrag auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin, Oktober 1956 in Marburg.

lebensbedrohliche Bild möglichst bald in Heilung überzuführen. Auf Wiedergabe der internen Befunde kann verzichtet werden (Schrifttum bei BANSI, KÜHNAU, SCHEFFLER, KALK, GAUGER, GLATZEL). Das Zentralnervensystem, besonders das Gehirn, galt bisher wenig empfindlich gegen Hungerschäden. Bald aber mußte man feststellen, daß auch nach Sanierung oder tragbarer Besserung der groben Hungerschädigungen die Kranken verändert erschienen, und zwar sowohl auf vegetativem als auch psychischem Gebiet.

Daß bei Desintegration der vegetativen Funktionen die Restitution langwierig ist, erscheint verständlich. Schon die Heimkehrersituation schafft Schwierigkeiten, wobei nicht allein die psychische Umstellung die einschneidende Rolle spielt. Es liegt somit nicht nur ein psychischer, sondern auch ein vegetativer Wetterwinkel in der Gesamtregulation vor, den man nach HOCHREIN-SCHLEICHER als Dysbiose, als Fehlregulation vielfältigster Spielart bezeichnen kann. Die Dysbiose ist ein breites Grenzland physiologischer und pathologischer Zustände, in die teilkompensierte und dekomensierte Funktionskomplexe hineinragen, also eine dauernde Gewitterfront, in der jederzeit vegetative Katastrophen auftreten können. Dadurch ist auch die Stimmungslage des Patienten erheblich beeinflußt, die sich auf dem Untergrund dieser schweren Stoffwechseldesintegration entwickelt, die somit nicht etwa als Neurose, vielmehr eher als vegetative Depression (HEMPEL), besser vielleicht als vegetative Dysphorie bezeichnet werden kann, wobei die unlustbetonte, gequält-morose Stimmungslage gepaart mit Einsicht der eigenen Leistungsunfähigkeit recht gut zum Ausdruck gebracht wird. Daß bei Hinzukommen in der Heimkehrersituation liegender Schwierigkeiten nun auch schwere seelische Reaktionen auftreten können, ist verständlich. In der Restitutionsphase fallen auch im Rahmen der vegetativen Störungen die Blutdruckkrisen auf, der bis dahin niedrige Blutdruck überschießt, so daß oft erhebliche Hypertoniewerte gemessen werden können. Die dystrophischen Hirnschädigungen wurden anfangs übersehen, nach Verifizierung durch SCHULTE dann für extrem selten gehalten, um so mehr, als sich SCHULTE und FAUST noch sehr vorsichtig in ihren Formulierungen ausgedrückt haben. Die Tatsache, daß Hirnschädigungen nach Dystrophie vorkommen, ist zweifelsfrei, doch schwanken die Angaben über die Häufigkeit des Krankheitsbildes ganz erheblich. Die statistische Übersicht liegt nicht vor, läge sie vor, wäre sie sicher falsch und nicht verwertbar, da von einer Gesamterfassung der tatsächlich Geschädigten keine Rede sein kann, die Zahlen liegen sicher weit höher als die der nur annähernd zu erfassenden Geschädigten.

Wenn ich aus einer Durchsicht von 20000 Kriegsbeschädigten und Heimkehrern 90 Beobachtungen von cerebralen Dystrophieschäden herausgefunden habe, so kann man daraus nicht im entferntesten Prozentwerte ermitteln. Immerhin gestattet diese Zahl zu der Problemstellung einiges beizutragen. Schwierig ist es schon, die sog. „reinen Fälle“ herauszuarbeiten, bei denen man einigermaßen andere Schädigungen als Ursache des Leidens ausscheiden kann. War doch jeder Kriegsteilnehmer und jeder Kriegsgefangene zahlreichen anderen Schädigungen ausgesetzt gewesen, die durchaus geeignet sind, eine völlig gleiche Symptomatologie zu setzen. Ich erinnere hier an das Fleckfieber und die zahlreichen meningoencephalitischen und encephalitischen Erkrankungen, die in Osteuropa bekannt geworden sind, an zahlreiche Verletzungen, die vielleicht

nicht, oder nur unterbewertet werden, da es in der Gefangenschaft bei meist bestehendem Arbeitszwang nur geringe Behandlungsmöglichkeiten gegeben hat.

WILKE hat in der Gefangenschaft an Dystrophikern seelische Veränderungen, Krämpfe, die zum Tode führten, beobachten können und dann bei der Obduktion ein schweres Hirnödem festgestellt. Wieweit es sich bei diesen Krämpfen um reine Ödemwirkung oder auch noch um eine hypoglykämische Komponente gehandelt hat — der Blutzucker kann in der Dystrophie selbst bis auf 25 mg-% absinken —, vermag man wohl nicht zu entscheiden.

Erst die systematischen Untersuchungen von OSTERTAG haben hier Klärung gebracht. Der Autor weist auf die ödembedingten Markschädigungen hin und konnte auch feststellen, daß besonders die von den basalen Hirngefäßen abgehenden Arterien durch Eiweißanhäufung in den Zysten — auch OSTERTAG hat Gerinnselbildungen gesehen — und in den perivaskulären Räumen schließlich zu Organisation und zu Gefäßverschlüssen geführt haben, so daß gerade wieder Hirnstammschädigungen überwiegen. Die Ödemschrumpfung führt zur Atrophie, zur Ventrikelerweiterung, wobei oft die 3. Hirnkammer in ihren basalen Teilen fläschchen- oder birnförmige Erweiterung zeigt, die auch encephalographisch feststellbar ist (SCHIFFNER). Organisation dem Ependym aufgelagerter Eiweißmassen führt zu Ependymgranulationen, ähnlich wie bei progressiver Paralyse. Wir dürfen aber nicht übersehen, daß von der Schädigung auch die Organe mit innerer Sekretion betroffen worden sind. Die Hypophyse reagiert auf die mangelhafte Hormonproduktion — durch Eiweißmangel bedingt —, mit Vermehrung der chromophoben Zellen, die selbst bis zum Exzeß getrieben wird, also ein frustantes Bemühen des Organismus, dem Hormonmangel abzuhelpen (KÜHNNAU). Es liegt also neben einer diencephalen Störung auch noch eine Störung in der Hormonbildung der Hypophyse vor, die berücksichtigt werden muß, da das chromophobe Adenom der Hypophyse Krankheitsbilder schafft, die denen der lipophilen Dystrophie gleichen, und zwar auch auf psychischem Gebiet. Ist es zur ödembedingten Großhirnatrophie gekommen, dann hängt das klinische Bild einmal von der Schwere der Veränderungen, vom Alter des Betroffenen und schließlich auch von der Belastbarkeit des Heimkehrers ab. Ebenso wie Hirnverletzungen können auch diese Veränderungen kompensiert unauffällig bleiben, bis unter abnormen Belastungen oder interkurrenten Erkrankungen das Bild des cerebralen Schadens deutlich wird.

Nun mögen ausgewählte Beispiele das Gesagte ergänzen:

1. Jetzt 38jähriger Mann.

Gesunde Familie, Vater gesund und rüstig, Mutter herzkrank. Nerven- oder Geisteskrankheiten in der Familie unbekannt.

Als Kind immer gesund, von Kinderkrankheiten ist nichts bekannt, keine Kinderkrämpfe, kein Einnässen. Agiler heiterer Junge. In der Volksschule gut gelernt, er erlernte Steinsetzer und hat Gesellenprüfung gut abgelegt. Im RAD nicht krank, keine Unfälle. Er galt auch später als fleißiger, strebsamer und tüchtiger Arbeiter. 1939 einberufen. Keine ernsteren Verletzungen, keine Kriegskrankheiten. 1945 sowjetische Kriegsgefangenschaft. Er erkrankte bald an schwerer Dystrophie, über den Verlauf ist nichts von dem Kranken zu erfahren. Schließlich wurde er wegen seiner Dystrophie völlig arbeitsunfähig und im Mai 1948 entlassen. Nach Abklingen der Dystrophie fiel Patient seiner Umgebung auf. Er war teilnahmslos, arbeitete nicht, er mußte zum Waschen und Rasieren angehalten werden. Der Vater teilte mit, sein „Sohn sei komisch geworden“. Bei der Untersuchung 1950 wurde „Pseudodemenz bei einem Psychopathen“ angenommen, einmal auch an eine schizophrene Erkrankung gedacht.

Bei der neurologischen Untersuchung 1952 konnte aus inzwischen ergänzten Unterlagen festgestellt werden, daß bei dem Kranken 1948/49 noch erhebliche Stoffwechselstörungen bestanden haben, die aber 1950 abgeklungen waren. Jetzt zeigte Patient stärkere Bauchfettsucht. In der Zeit von 1950—1952 hatte er auch nichts gearbeitet, er spielte, wenn er nicht teilnahmslos da saß, mit belanglosen Gegenständen, wurde als „trotzig und teilnahmslos“ bezeichnet; gelegentlich konnte er auch etwas aufgeschlossener sein. Bei der Untersuchung meinte er, „ja ich bin im allgemeinen so anders, als ob oben im Kopf . . .“ u. a.

Neurologisch: Leichte rechtsbetonte Reflexe an den unteren Gliedmaßen, jedoch keine pathologischen Reflexe, deutliche vegetative Zeichen, besonders Dermographismus und gesteigerte Schweißsekretion.

Psychisch ist der Kranke zwar bereitwillig, freundlich und zuvorkommend, doch völlig antriebslos, ohne Neigung zu spontanen Entäußerungen, sehr stark verlangsamt, mit Wiederholung immer der gleichen Gedanken, die oft auch nicht zu Ende gesprochen werden. Deutliche Ausfälle der Kritik und Urteilsbildung wurden niemals festgestellt. Gedächtnis nicht immer genügend, doch muß hier Langsamkeit und leichtes Ermüden des Kranken berücksichtigt werden.

Luftencephalographisch: Deutliche Erweiterung der Vorderhörner und der 3. Hirnkammer, ungleichmäßig vergrößerte Zeichnung der Subarachnoealräume über den Stirnlappen.

EEG: Unspezifische Allgemeinveränderungen.

Wegen völliger Antriebslosigkeit 1953 in eine Heil- und Pflegeanstalt aufgenommen. Es wurde immer wieder versucht durch Arbeitstherapie eine gewisse Besserung zu erzielen, doch scheiterten an der völligen Antriebslosigkeit des Kranken alle Versuche.

Medikamentöse Behandlung brachte ebenfalls keinen Erfolg, ebenso Versuche die Antriebslosigkeit durch Heilkrämpfe zu beeinflussen. Der Kranke ist jetzt voll erwerbsunfähig. (Liquor keine Zellvermehrung, Eiweiß im Liquor o. B. Liquor und Blut Wa. R. negativ.)

Zusammenfassend. Der Heimkehrer wurde gesund einberufen, den Krieg überstand er ohne schwere Verletzungen. In Gefangenschaft erkrankte er an schwerer Dystrophie, die sich auch nach Entlassung 1948 noch durch 2 Jahre Auffälligkeiten in der Stoffwechsellage gezeigt hat. Bald trat auch das seelische Verhalten deutlich in Erscheinung, das 1950 noch für „Pseudodemenz“ oder grob psychopathisches Verhalten“ gewertet wurde, bis schließlich neurologisch und durch Luftencephalo-

graphie der organische Kern des Leidens festgestellt werden konnte, der als dystrophische Hirnveränderung zu werten ist. Inzwischen ist der Kranke voll erwerbsunfähig geworden, Rehabilitationsmaßnahmen versprechen keine Änderung in dem schweren Zustandsbild.

2. Jetzt 43jähriger Mann.

Gesunde Familie, Mutter an Altersschwäche mit 77 Jahren, Vater mit 55 Jahren an Unfall verstorben. Drei gesunde Schwestern und ein Bruder bei einem Luftangriff ums Leben gekommen. In der Familie weder Geistes- noch Nervenkrankheiten.

Normale Entwicklung, keine frühpsychopathische Auffälligkeiten, Schule und Berufsausbildung gut, bis Kriegsbeginn immer gesund. Aus der vor dem Krieg geschlossenen Ehe zwei gesunde Kinder. Anfang 1942 Soldat, bei der Flak, 1943 fliegertauglich gemustert, Bordschütze, Infanterist. Im Krieg keine ernstere Verletzungen. 1945 sowjetische Kriegsgefangenschaft. Bald erkrankte er an Ruhr, an die sich langdauernde Dystrophie angeschlossen hat. Wegen völliger Arbeitsunfähigkeit wurde er Ende 1948 entlassen. Wegen schwerer Dystrophieschwäche erst einige Monate stationär, dann ambulant behandelt. 1950 Eiweißstoffwechselstörungen nicht mehr nachweisbar. Der Kranke war aber entschlußlos, vernachlässigte seinen Beruf, man sprach wieder von einer „Pseudodemenz“, die man durch Eingliederungsschwierigkeiten zu erklären versuchte, um so mehr, als auch die Ehe des Patienten an seinem Verhalten zerbrochen war.

Bei der neurologischen Untersuchung klagte der Patient über Nervosität, Entschlußlosigkeit, Vergeßlichkeit, Leistungsschwäche im Beruf, dem er nicht mehr nachkommen könne. Er sah seine Unzulänglichkeiten selbst ein. Der magere, früh gealterte Mann zeigte bei der Untersuchung keine Kreislaufregulationsstörungen mehr, die Eiweißwerte lagen an der unteren Grenze der Norm. Keine Auffälligkeiten im neurologischen Befund, keine schwereren vegetativen Störungen.

Luftencephalographie: Deutliche Erweiterung, besonders der Vorderhörner und stärkere Luftansammlung über den Frontallappen festgestellt. (3. Ventrikel gelangte nicht ausreichend zur Darstellung.)

Liquoreiweiße normal, Blut und Liquor Wa.R. negativ. Psychisch ist Patient stark verlangsamt, unentschlossen, Entscheidungen wesentlicher Dinge vermag er nicht zu treffen, auch vermag er sich immer nur schwer zur Beantwortung gestellter Fragen zu entschließen. Es fehlt jeder Eigenantrieb, er sitzt entschlußlos herum. Durch die starke Verlangsamung ist auch Kritik und Urteilsbildung erschwert, so daß Patient auch schon für schwachsinnig gehalten worden ist. Es besteht Einsicht des Schadens.

Bei dem bis zur Gefangennahme gesunden und sicher leistungsfähigen Mann (Bordschütze) sind nach schwerer Dystrophie einschneidende seelische Veränderungen aufgetreten, deren Ursache encephalographisch als Hirnatrophie festgestellt wurde.

3. Jetzt 53jähriger Mann.

Patient stammt aus gesunder Familie, keine besonderen frühkindlichen Erkrankungen, guter Schulerfolg, lernte Mechaniker, Meisterprüfung, bis zu Kriegsbeginn immer gesund, auch keine Unfälle. Als Mechaniker wurde er bis 1. 1. 44 u. k. gestellt. Verheiratet, gesunde Kinder. Im Einsatz keine Erkrankungen, keine Verwundungen. Im Mai 1945 sowjetische Kriegsgefangenschaft, wo er bald an schwerer Dystrophie erkrankte. Er brach mehrfach bei der Arbeit zusammen, auch soll es einmal zu einer Peritonitis gekommen sein. Ende 1947 als voll arbeitsunfähig

entlassen. Auf dem Rücktransport trat Halbseitenschwäche auf. In einem Krankenhaus wurden bei dem hochgradig abgemagerten Patienten Ödeme und Herdanfälle der linken Seite beobachtet, schließlich entwickelte sich ein Halbseitensyndrom links, das nach den Ergebnissen der Untersuchung als Folge einer Intrameningealblutung rechts aufgefaßt worden ist. Ob eine dystrophische Gefäßschädigung, oder eine tromboopenische Blutung (Thrombocyten 10200) vorgelegen hat, läßt sich heute bei den dürftigen Befunden nicht entscheiden. Die Krankheitserscheinungen besserten sich allmählich. Nach mehr als 2 Jahren waren dann auch keine Zeichen einer Eiweißstoffwechselstörung mehr feststellbar.

Der Patient war verändert; ermüdet bei jeder Tätigkeit, seinen Beruf kann er nicht mehr in früherem Umfang aufnehmen. Er ist mit öfterem Arbeitsausfall als Mechaniker tätig. Sein Gedächtnis sei schlecht geworden, was ihn bei der Arbeit sehr behindere, er rege sich sehr leicht auf. Es gebe immer wieder Zusammenstöße. Er sei mißmutig, gereizt, verstimmt, er werde von innerer Unruhe gequält, starkes Schwitzen behindere ihn dauernd. Auch er sieht seine Mängel klar ein und leidet an dieser Einsicht.

Körperlich: Stark reduzierter Ernährungszustand und leichte Hemiparesen der unteren linken Gliedmaßen, sonst keine Auffälligkeiten mehr festgestellt.

Luftencephalographie: Hydrocephalus internus und externus, Liquor selbst ohne Auffälligkeiten, Wa. R. negativ.

Psychisch: Orientiert, sachlich, aber in der Exploration stark abfallend mit Nachlassen der Konzentrationsfähigkeit. Starke Affektionskontinenz, Krankheitseinsicht, moros-gereiztes Verhalten. Die Auffälligkeiten wurden als organisches, psychisches Defektsyndrom gewertet.

Zusammenfassend. Knick in der Lebenslinie. Mangels anderer Entstehungsmöglichkeiten kommt die erwiesene Dystrophie als Ursache des organisch psychischen Defektsyndromes in Betracht. Die wohl auch als ausreichend wahrscheinlich dystrophiebedingte Intrameningealblutung hat weitgehende Rückbildung erfahren, doch ist die Kranke wegen seiner psychischen Störungen erheblich erwerbsgemindert, was auch zum sozialen Abfall geführt hat. Für sein Versagen besteht Krankheitseinsicht.

4. Jetzt 53jähriger Mann.

Gesunde Familie, keine Nerven- oder Geisteskrankheiten, von Kinderkrankheiten ist nichts zu erfahren; nach Schulbesuch in der elterlichen Landwirtschaft gearbeitet, landwirtschaftliche Schule besucht und nach dem Tode des Vaters den Hof übernommen. Im Krieg nicht eingezogen. Bei Kriegsschluß in seiner ost-deutschen Heimat verhaftet und verschleppt. Bereits 1945 in der Gefangenschaft häufige Durchfälle und erstmaliges Auftreten von Ödemen. November 1946 wegen Dystrophie in eine Lazarettbehandlung. Juli 1947 aus der Gefangenschaft entlassen; wegen seines desolaten Gesundheitszustandes in ein Lazarett eingewiesen, wo er „wochenlang“ verblieb. Auch während der Behandlung immer wieder Ödem-bildung. Versuche einer Eingliederung ins Berufsleben scheiterten. Schon in einem Vorgutachten wurde neben den internistisch feststellbaren Folgen der Dystrophie auf die seelischen Auffälligkeiten aufmerksam gemacht, die aber auf Eingliederungsschwierigkeiten bezogen wurden.

Bei der Begutachtung bot der große, damals 51jährige Mann, das Bild eines Wracks, eines dahinvegetierenden Riesen. Neurologisch waren keine Auffälligkeiten festzustellen. Luftencephalographisch wurde die jetzt bereits öfter beschriebene Hirnatrophie nachgewiesen.

Psychisch: Völlig teilnahmslos bis zur Stumpfheit, bei deutlichen Gedächtnislücken und stark herabgesetzter Merkfähigkeit mit gewissen Wortfindungsstörungen und Perseverationstendenzen. So ließ er z. B. beim Entkleiden die Kleidungsstücke hilflos herunterfallen, er schilderte klagsam sein jetziges Unvermögen, das er in seiner vollen Schwere empfindet und vergleicht es mit seiner früheren Tätigkeit auf seinem Hof. Dabei weder ernste Depression noch kritiklose Euphorie.

Zusammenfassend. Es besteht ein besonders schweres Bild der cerebralen Dystrophieschädigung. Dem Alter entsprechend fallen bereits Merk- und Erinnerungsstörungen deutlicher als bei den früheren Beobachtungen auf. Mit einer Besserung der Krankheitserscheinungen ist nicht zu rechnen. Der Kranke ist inzwischen pflegebedürftig geworden. Bei zur Zeit noch erhaltener Einsicht seiner Krankheit und seiner Leistungsunfähigkeit besteht Suicidgefahr. Hierin liegt die Ursache, die in geeigneten Situationen zum Freitod der Geschädigten führen kann, wie eine einschlägige Beobachtung zeigen soll.

5. *Beim Tode 45jähriger Mann.*

Gesunde Familie, weder Nerven- noch Geisteskrankheiten vorgekommen. Übliche Kinderkrankheiten, sonst gesund, guter Erfolg in Schule, studierte Jura und ließ sich als Rechtsanwalt nieder. Verheiratet, gesunde Kinder.

August-September 1939 Soldat, dann wieder Mai 1940 einberufen. Im Krieg keine ernsteren Verwundungen, keine ernsteren Krankheiten. Februar 1944 sowjetische Kriegsgefangenschaft. Verurteilung zu langjähriger Haftstrafe. Allmählich entwickelte sich eine schwere Dystrophie, schließlich wurde Lazarettbehandlung notwendig. Dann wieder Arbeitseinsatz, doch bald völlig arbeitsunfähig, als Dystrophiker 1950 entlassen. Bis Ende Juni 1950 Behandlung in einem Sonderkrankenhaus. Patient drängte auf Entlassung, da er wieder seinen früheren Beruf aufbauen wollte. Von Verwandten und Bekannten umhegt, gelang es ihm nicht, seinen Beruf zu meistern. Aus einer Zeugenaussage: „X. war der Situation nicht mehr gewachsen. Bald überschätzte er in geradezu krankhafter Weise nicht nur die Schwierigkeiten des Neubeginnes, sondern verlor langsam auch jedes Selbstvertrauen.“ Ein Verwandter: „X. sei früher lebensbejahend und tüchtig gewesen. Er war in seinem Beruf und im Umgang mit Mitmenschen sehr versiert.“ Dem Zeugen war jetzt die völlige Niedergeschlagenheit und leichte Erregbarkeit aufgefallen. „X. glaubte, daß ihm alle Leute Schwierigkeiten bereiteten, er selbst sei verbaucht, zerbrochen und zu nichts mehr zu brauchen.“

Aus Briefen des Verstorbenen einiges in kurzem Auszug: „Es ist wirklich so, daß man den Mut gänzlich verlieren kann. Immer sind neue Schwierigkeiten zu überwinden, denen ich nicht gewachsen bin. Ich gebe mir Mühe es niemanden merken zu lassen . . . ich stelle fest, daß ich doch geistig derart mitgenommen und schwerfällig geworden bin, daß es lange dauern wird, bis ich mich wieder gefunden habe. Es ist bitter, das sagen zu müssen!“ (Aus letztem Brief): „Ich habe mit Walter gesprochen, der mir Mut zugesprochen hat . . . ich weiß nicht, ob ich anständig handle, aber ich kann mein Selbstvertrauen nicht wiederfinden, ich bin völlig verbaucht, ich sehe das Verhängnis auf mich zukommen. Ich schlafe wieder schlecht und schwitze, ich sehe wie ich verzapple, ich versage durch meine Entschlußlosigkeit völlig. Ich kann den Kampf nicht mehr so weiterführen . . . Wenn jemand den Brief lesen wird, wird er wissen, ich sei ein ganz anderer Mensch . . . Man wird in der Stimmung so hin- und hergerissen, wie tut es mir leid, daß ich euch die Sorge

bereiten muß. Bin ich schuld daran, oder sind es die vergangenen schweren Jahre, die mich so zermürbt haben?“

Am 24. 2. 51 fiel er einem Zeugen gegenüber durch seine Erregung auf. Besorgt rief der Zeuge am Nachmittag X. nochmals an, und forderte ihn auf, am Abend zu ihm zu einer Aussprache zu kommen. Das unterblieb aber; offenbar hat sich aber X. noch in den Nachtstunden erhängt, am 1. 3. 51 wurde er in einem Walde aufgefunden.

In der abschließenden Stellungnahme habe ich mich dahin geäußert, daß bei der erwiesenen Dystrophie keine Zweifel darüber bestehen, daß eine dystrophische Hirnschädigung vorgelegen hat. Ich zweifle nicht daran, daß zur Zeit des Freitodes eine Geisteskrankheit organischer Ursache vorgelegen hat, welche die freie Willensbestimmung des Verstorbenen aufhob. Somit mußte der Freitod auch als Schädigungsfolge gewertet werden.

6. *Beim Tode 42 Jahre alter Mann.*

Gesunde Familie, normale Entwicklung, guter Schulerfolg, kaufmännische Lehre, schließlich selbständiger Kaufmann. Bis zum Eintritt in die Wehrmacht nie ernstlich krank, keine Unfälle, Januar 1942 einberufen, keine ernstlichen Schädigungen im Wehrdienst. Januar 1945 sowjetische Kriegsgefangenschaft. Der sehr widerstandsfähige Mann erkrankte erst 1947 an Dystrophie mit starken Schwellungen. Revierbehandlung, doch blieb er schwach und hinfällig. Dezember 1949 wegen Arbeitsunfähigkeit entlassen. Bei der Erstuntersuchung wurde ein Eiweißmangelschaden mit Ödembildung festgestellt, es erfolgte mehrwöchentliche Behandlung in einem Krankenhaus. März 1950 nochmals Behandlung wegen flüchtiger Ödeme und starker Furunkulose, Herzbeschwerden und Schweißausbrüchen.

Aussagen der Familienangehörigen: War nach der Heimkehr völlig verändert. Der früher lustige und tüchtige Mann saß teilnahmslos herum, war nicht zu bewegen, sich irgendwie zu betätigen, auch Freuden oder Erholungen war er völlig abhold. Er äußerte sich immer wieder, er „sei zu nichts zu brauchen, er sei unnütz“. Oft machte er einen verstörten Eindruck, er schrie auf, vermeinte Russen zu sehen. In einer solchen Erregung Suicidversuch. Er wurde in ein Krankenhaus gebracht. Hier meinte er, er habe die Nerven verloren, er sei überflüssig und unbrauchbar. Auch im Krankenhaus Wechsel stumpfer Teilnahmslosigkeit und plötzlicher Erregung. Anhaltspunkte für endogene Psychosen wurden nicht festgestellt, ebenso wurden niemals erstrangige Symptome einer schizophrenen Erkrankung nachgewiesen. Eine Besserung der morosen Verstimmung trat nicht ein, in dem Entlassungsbericht erfolgt die Formulierung der Leidensbezeichnung „exogene Depression nach Eiweißmangelschaden“. Die Entlassung erfolgte doch vorzeitig; ab 5. 7. 50 wurde X. vermißt und erst nach einigen Monaten erhängt in einer Waldlichtung aufgefunden.

Zusammenfassung. Der aus gesunder Familie stammende früher immer gesunde und arbeitsfähige Kaufmann hat einen schweren Eiweißmangelschaden in der Gefangenschaft erlitten. Völlig verändert und antriebslos, moros verstimmt, gelegentlich aufbrausend haben möglicherweise auch optische Sinnestäuschungen bestanden. Erstrangige Zeichen einer endogenen Psychose wurden aber niemals festgestellt. Zweifelsfrei

hat auch hier ein schweres psychisches Zustandsbild vorgelegen, dessen Ursachen in einer organischen dystrophiebedingten Hirnschädigung zu suchen sind. Somit ist auch hier der Tod als Schädigungsfolge zu werten.

Eine Beobachtung soll zeigen, daß auch dystrophische Hirnschädigungen kompensationsfähig sind und erst bei Zusammenbrechen der Kompensation in voller Schwere wieder in Erscheinung treten.

7. Beim Tode 34jähriger Mann.

Gesunder Landwirtssohn, gesunde Familie, Nerven- oder Geisteskrankheiten niemals beobachtet. Weder von Kinderkrankheiten, noch von Krämpfen und Bettlässern etwas bekannt. Guter Schüler, nach der Schulentlassung in der elterlichen Landwirtschaft gearbeitet, da er als Hoferbe vorgesehen war, 1935 RAD, dann aktiver Wehrdienst, bei Kriegsbeginn gleich wieder einberufen. Den ganzen Krieg mitgemacht, drei leichtere belanglose Verwundungen. Keine Kriegskrankheiten. Anfang 1943 sowjetische Kriegsgefangenschaft, unmittelbar nach der Gefangenschaft Diphtherie, dann Gelenkrheumatismus, bald machten sich schwere Ödeme bemerkbar. Ende 1946 in schwerem Zustand mit starken Ödemen aus der Gefangenschaft wegen völliger Arbeitsunfähigkeit entlassen. Er verblieb bei seinen Eltern, die im Krieg geschlossene Ehe ging jetzt wegen Initiativlosigkeit in die Brüche. Über 1 Jahr verblieb er beschäftigungslos bei den Eltern. Einen Arzt hat er nicht aufgesucht. Die Ödeme haben bei der unzureichenden Ernährung öfter wieder zugenommen. Er litt stark unter Schweiß, Schwäche und der eigenen Entschlußlosigkeit. Auch im 2. Jahr keine Besserung, er versuchte zwar in der elterlichen Landwirtschaft, mußte aber immer wieder wegen Versagens aufgeben. Anfang 1949 trat starker Gelenkrheumatismus auf, er suchte ein Krankenhaus auf, wo er einige Wochen verblieb. Jetzt erst stellte er den Antrag auf Versorgung, nachdem man im Krankenhaus darauf gedrängt hatte.

September 1949 abermals fieberhafte Erkrankung (Gelenkrheuma?), Einlieferung in ein Krankenhaus; er war nicht zu konzentrieren, so daß die Aufnahme einer Anamnese auf große Schwierigkeiten stieß. Die fachinterne Untersuchung war noch nicht ganz abgeschlossen, als beim Patienten ein heftiger Erregungszustand auftrat, dem er unter völliger Erschöpfung nach 24 Std erlag. Die fachinterne Untersuchung hatte einen erhöhten Blutdruck 170/110 mm Hg, erhebliche orthostatische Kreislaufregulationsstörungen, einen gerade noch ausreichenden Spätgipfel im Adrenalinversuch ergeben. Der Patient zitterte stark, das Zittern wurde „psychogen“ gewertet.

Bei der Obduktion wurde bei dem 34jährigen bereits eine erhebliche Hirnatrophie mit Ventrikelverengung festgestellt. Mikroskopisch wurde „an eine noch nicht entwickelte Polioencephalitis hämorrhagica“ gedacht, und ein Delirium tremens angenommen. Anamnestisch ergaben sich aber keine Anhaltspunkte für Alkoholmißbrauch, auch ein Gutachter des Oberversicherungsamtes schloß Alkoholmißbrauch nach Abschluß entsprechender Ermittlungen aus.

Im Gutachten kam ich zu dem Schluß, daß an einer dystrophischen Hirnschädigung nicht zu zweifeln ist. Der „Knick in der Lebenslinie“ die völlige Entschlußlosigkeit, das teilnahmslose Dahinvegetieren sind bei dem jungen Manne deutlich zutage getreten. Der Kranke war einigermaßen teilkompensiert, bis durch einen interkurrenten rheumatischen Infekt die Kompensation wieder vernichtet worden ist, so daß auch

vegetative Störungen sehr deutlich wieder in Erscheinung traten. Der vegetative Zusammenbruch war mit einer akut zum Tode führenden Psychose begleitet gewesen, die typisch organisch-amentielles Gepräge gezeigt hat. Die anatomische Untersuchung ergab diencephale Veränderungen, so daß erst ein Alkoholdelir wahrscheinlich erschien. Durch Verlaufsanalyse und entsprechende Erhebungen konnte volle Klärung erreicht werden. Der Tod ist hier in einer schweren vegetativen Krise, die man als „Zwischenhirngewitter“ in einem schwer dystrophiegeschädigten Gehirn bezeichnen kann, unter dem Bilde einer symptomatischen Psychose in einem Erregungszustand eingetreten.

Die von mir mitgeteilten Beobachtungen reichen aus, doch das zur Erkennung Wesentlichste zusammenfassend zu formulieren.

Unter den *Heimkehrern* fallen zahlreiche Kranke auf, die doch seelisch von der Norm abweichen, verändert erscheinen und sich nicht recht wieder eingliedern können, obwohl von vielen Seiten her alles unternommen wird, ihnen das Wiedereinleben in Beruf und Familie zu erleichtern.

Diese Besonderheiten, die viele Heimkehrer bieten, sind nicht durch den Versuch einer psychologischen Deutung der Heimkehrersituation befriedigend zu erklären, sie haben vielmehr einen organischen Untergrund, der auch objektiv durch entsprechende Untersuchungsmethoden fundiert werden kann. Die gesamte vegetative-hormonale Steuerung des Heimkehrers ist in Unordnung und auf diesen Untergrund entwickeln sich nun psychische Symptome und Auffälligkeiten, die der prämorbidem Persönlichkeit fremd sind. Hier kann man ungezwungen von vegetativ-dystonen Depressionen (HEMPFEL) sprechen, da diese Formulierung zumindest genauer und zutreffender den organischen Kern trifft, den man bei Bezeichnungen wie „nervöser Erschöpfungszustand, Heimkehrerneurasthenie u. a.“ nur zu leicht übersehen kann. Bei depressiver Stimmungslage werden Klagen über verschiedene körperliche Beschwerden, wie Verdauungsschwierigkeiten, Herzbeschwerden, unbestimmte Unzufriedenheit, Schlaflosigkeit, Denkhemmung ja sogar Lebensüberdruß vorgebracht, meist fehlen erstrangige Symptome einer endogenen Depression, von der reaktiven weichen sie dadurch ab, daß nach Wegfall des äußeren Erlebnisses doch keine Änderungen im Verhalten des Kranken bemerkt werden.

Nach Abklingen der vegetativen Störungen erfolgt dann bei einer Anzahl der Kranken Restitution, ein Teil bleibt verändert und hier liegen dann sicher nicht restituierbare dystrophische Hirnveränderungen vor. An den ausgewählt schweren und instruktiven Fällen wurde das psychische Bild vor Augen geführt. Die Kranken zeigen sehr deutlich organische Züge, die jedoch von den bei Hirnverletzungen gefundenen abweichen.

Antriebsverlust bei dysphorischer oder moros-depressiver Stimmungslage bei erhaltener Einsicht in die eigenen Unzulänglichkeiten beherrschen das Bild, während andere organische Züge wie Entdifferenzierung, Enthemmung, Herabsetzung der Kritik und Urteilsbildung und schließlich die Demenz stark in den Hintergrund treten oder nur andeutungsweise vorhanden sind. Oft auch kann Affektinkontinenz dem Bild eine besondere Note aufdrücken. Während der neurologische Befund meist recht gering oder kaum faßbare oder allein kaum verwertbare Auffälligkeiten bietet, klärt das Luftencephalogramm das Krankheitsbild. Hier tritt dann die ödembedingte Hirnatrophie klar zutage, wobei man auch gelegentlich erkennen kann, daß im diencephalen Anteil Veränderungen und Schrumpfungen vor sich gegangen sein müssen.

Wie SCHULTE schon vorsichtig formuliert hat, kann die Abgrenzung gegen hirnatrophische Prozesse anderer Ursachen oft recht schwierig werden. Wie bei vielen neurologischen Erkrankungen ist hier nicht so sehr der einmalige neurologische oder psychische Befund, als vielmehr der anamnestisch und katamnestisch zu durchforschende Verlauf entscheidend. Wenn auch in der Gefangenschaft viele andere Noxen geeignet sein können, eine Hirnschädigung zu setzen, so wird man beim Vorliegen einer Dystrophie doch dieser immer die ihr zukommende Bedeutung beimessen müssen. Hier sei aber daran erinnert, daß die Kranken spontan oft gar nicht die Dystrophie vorbringen, diese nach ihrem Abklingen nicht weiter bewerten, so daß man ohne Suggestivfragen sich erst über das Vorgelegene einer solchen und über deren Dauer informieren muß. SCHULTE und auch BRONISCH haben ursprünglich angenommen, daß der dystrophische Hirnschaden kein prozeßhaftes Weiterschreiten mehr zeigt, sondern es bei dem irreparablen Defektzustand verbleibt. Diese Auffassung ist aber kein sicheres Kriterium, da offenbar doch gelegentlich eine Verschlimmerung des Zustandes erfolgen kann. Ich glaube, daß ähnlich wie bei Hirnverletzungen oft eine Kompensation, wenigstens eine Teilkompensation erfolgen kann, so daß der Hirnschaden symptomarm getragen wird. Interkurrente Schäden, die die Kompensation aufheben, lassen dann plötzlich das Bild in seiner vollen Schwere erkennen. Das allmähliche Versagen einer Kompensation dürfen wir aber nicht mit prozeßhafter Verschlimmerung des Hirnschadens verwechseln. Somit ist in allen Fällen der Sachverhalt auch von diesem Gesichtspunkt aus zu klären.

Erfaßt wurden bisher nur die schweren Fälle. Sicher sind die leichter Geschädigten weit häufiger, die als Frühgealterte, Leistungsschwache, berufliche Versager große Schwierigkeiten im Berufsleben haben, die dann, soweit man sich mit oberflächlichen Untersuchungen begnügt, auch als Neurotiker oder Psychopathen gewertet werden. Durch zeitlichen Abstand von Gefangenschaft oder Internierung wird die Möglichkeit eines Zusammenhanges gar nicht mehr ins Auge gefaßt, also nicht geprüft und zur Wahrscheinlichkeit erhoben. Gerade in der forensischen Praxis wird man daher die Anamnese auch in dieser Richtung hin ausbauen und durch entsprechende Unterlagen untermauern müssen.

Sicher nicht einfach ist auch die Beurteilung dieser Gruppe von Hirngeschädigten. Die Frage der *Erwerbsminderung* eventuell auch die der

Invalidität wird in der überwiegenden Zahl der Fälle an uns herantreten. Hier müssen wir zweckmäßig vom Erhaltengebliebenen und von der nutzbringenden Verwertbarkeit desselben im Berufsleben ausgehen, wobei auch der vor der Schädigung ausgeübte Beruf berücksichtigt werden muß. Bei starkem Antriebsverlust wird man nicht zögern, volle Erwerbsunfähigkeit zuzubilligen. Der Gutachter kann aber auf Grund der ärztlichen Untersuchung allein niemals eine befriedigende Einstufung der Erwerbsfähigkeit finden, es ist dann immer zweckmäßig eine wohl untermauerte Sozialanamnese zu erhalten, wobei auch Arbeitsämter, Gewerbe- und Betriebsärzte, Fürsorgestellen und Arbeitgeber wertvolle Beiträge beisteuern können, der Gutachter selbst soll es auch nie unterlassen diese Fragen von seinem Standpunkt aus zu formulieren. Je sorgfältiger solche Ergänzungen durchgeführt werden, zu einer um so treffenderen Einstufung der Erwerbsminderung kann man dann gelangen.

Strafrechtlich fallen Kranke dieses Kreises kaum auf. Es sind einzelne Delikte bekannt geworden, wie sie auch bei Kranken mit vorzeitigem Altersabbau häufig vorkommen. Bei Erkennung des Schadens wird dann auch die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit keine Schwierigkeiten bereiten. Es ist wohl zweckmäßig bei Beurteilung von Freitoden an dieses Krankheitsbild zu denken und seine Untersuchungen entsprechend zu gestalten. Die Frage des Zusammenhanges des Freitodes mit Gefangenschaft und Internierung wird oft erst aufgeworfen, wenn entsprechende Untersuchungen nicht mehr möglich sind. Solche Härten für die Hinterbliebenen aus mangelhaften ärztlichen Untersuchungen sollen aber vermieden werden.

Kennt man das Krankheitsbild, dann wird es auch leicht sein, Fragen der *Geschäftsfähigkeit* sicher und richtig zu beantworten.

Für wenig erfolgversprechend halte ich bei Vorliegen eines schwereren Defektzustandes Versuche der Wiederherstellung bzw. *Wiedereingliederung*, wir müssen uns vielmehr damit begnügen, eine einigermaßen zufriedenstellende Kompensation des Schadens zu erreichen und auch zu erhalten, um dem Kranken Berufs- und Privatleben einigermaßen tragbar zu gestalten, was bei der vollen Krankheitseinsicht auch nicht immer leicht ist.

Ich sehe den Zweck meiner Ausführungen für erreicht an, wenn ich auf dieses schwierige Problem hingewiesen und auch Anregungen für die forensische Praxis gegeben habe, um dem Personenkreis der durch die Gefangenschaft und Internierung Geschädigten ärztlichen und rechtlichen Schutz zu sichern.

Literatur

BANSI, H. W.: Hungerödem und andere alimentäre Mangelkrankheiten. Stuttgart 1949. — Somatische Spät- und Dauerschäden nach Dystrophie. Dtsch. med. Wschr. 1953, 1318. — BRONISCH, F. W.: Gehirnatrophie nach Dystrophie und Er-

schöpfung. Dtsch. med. Wschr. **1953**, 89. — FAUST, CL.: Hirnatrophie nach Hungerdystrophie. Nervenarzt **1952**, 406. — Organische Schädigungen nach Hungerdystrophie. Fortschr. Med. **1953**, 475. — GAUGER, E.: Die Dystrophie als psychosomatisches Krankheitsbild. Berlin u. München 1952. — GLATZEL, H.: Handbuch der inneren Medizin, Bd. VI, S. 2. Berlin: Springer 1954. — HEMPEL, J.: Die vegetative Depression. Nervenarzt **1937**, 22. — HOCHREIN-SCHLEICHER, W.: Die vegetative Dystonie bei Spätheimkehrern. Med. Klin. **1955**, 2017, 2057, 2097, 2137. — KÜHNAU, J.: Eiweißmangel- und Ernährungsproblem. Ärztl. Wschr. **1946**, 161. — OSTERTAG, B.: Über ererbte und erworbene Konstitution vom Standpunkt des Pathologen. Z. menschl. Vererbungs- u. Konstit.lehre **29**, 157 (1949). — SCHIFFER, K. H.: Zur Auswertung von Ventrikelbildern am Encephalogramm. Fortschr. Röntgenstr. **75**, 54 (1951). — SCHULTE, W.: Hirnorganische Dauerschäden nach schwerer Dystrophie. München: Urban & Schwarzenberg 1953. — Gibt es Hirnversehrtheit infolge schwerer Dystrophie? Ärztl. Wschr. **1953**, 233. — WILKE, G.: Zur Frage des Hirnödems bei Unterernährung. Dtsch. med. Wschr. **1950**, 172.

Dr. W. NEUGEBAUER, Münster i. Westf. Steinfurter Str. 104