

Einzelschicksal als Metapher – Ein Vorwort.

Liebe Leser!

Ich präsentiere Ihnen ein bemerkenswertes Dokument, das von Dr. med. Klaus Klempel im Jahre 2001 verfasst wurde. Es ist ein Gutachten über Herr H., in dem auf über 70 Seiten darum geht, die vorher gestellten Diagnosen über seinen psychischen Zustand zu widerlegen, um seine Zurechnungsfähigkeit sowie die Fahrtauglichkeit zu beweisen.

Zum Zeitpunkt unserer Begegnung hatte Herr H. noch eine Operation hinter sich, im Verlauf welcher ihm ein Herzschrittmacher implantiert wurde. Trotz aller Schicksalsschläge und Operationen war er fahrtüchtig und besaß ein verhältnismäßig neues Audi A4, das er gelegentlich für Einkäufe und Ausflüge nutzte. Sein Führerschein wurde ihm kurz nach der Fertigstellung des unten präsentierten Gutachtens zurückgegeben. Seine Töchter aus seiner ersten Ehe lebte seit einigen Jahren in Portugal zusammen mit ihrem Mann und gemeinsamen Kindern. Sein Sohn aus erster Ehe sowie die Töchter aus zweiter Ehe lebten in Hamburg.

Es ist nicht zu übersehen, welche bedeutende Rolle in dieser Geschichte das Auto spielt. Das Auto ist eine Droge, das Autofahren wird viel zu oft zu einer Sucht, und die Autofahrer zu Drogensüchtigen, die bei jeder Gelegenheit ihre Sucht zu befriedigen suchen. Die unsinnige Überproduktion von Autos führt nicht nur zur Zerstörung der Umwelt, hat zur Folge ungegerechtfertigte Ressourcenverschwendung, erzeugt allgegenwärtigen Lärm und entsprechende Suchtverhalten (Automobilismus, Lärmsucht), sie verpestet die Luft mit Abgasen und Feinstaub, was ursächlich für die wachsende Zahl von Allergien, Asthmaerkrankungen und autoimmunen Krankheiten verantwortlich ist. Die Zahl der Betroffenen hat sich in den letzten drei Jahrzehnten verdreifacht. In Europa leiden heute schon 30-40% der Bevölkerung an einer Allergie. Im Jahr 2010 wird nach Schätzung der Europäischen Stiftung für Allergieforschung (ECARF) bereits jeder Zweite betroffen sein. Asthma und Allergien haben in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen: In den Industrienationen leiden beispielsweise bereits 20-25% der Menschen an allergischem Schnupfen (Heuschnupfen), 20-30% an Kontaktallergien und 10-15% an allergischem Asthma.

In dieser Geschichte geht es aber um wesentlich mehr als nur um die Feststellung der Fahrtüchtigkeit von Herrn H. Sie zeigt das, was bis heute fortgesetzt und immer wieder auf die gleiche Weise getan wird wie damals: Die Beleidigung und Mißhandlung von Invaliden und Kranken; die weitverbreitete Unkenntnis psychischer Vorgänge in der Bevölkerung; die Unprofessionalität des Personals in den Kliniken und an den Universitäten, wo immer noch die

Berichte im Stil der deutschen Romantik geschrieben werden, in denen die Betroffenen auf ganz barbarische Weise belogen und beschmutzt werden, und aufgrund deren sie an die Behörden ausgeliefert werden, die sie in ihren Rechten beschneiden...

Das Gutachten ist in der Hinsicht interessant, weil es nicht nur ein Einzelschicksal darstellt, sondern eine retrospektive Einsicht in das Leben der Bundesrepublik ermöglicht.

Die verzweifelte Suche von Herr H. nach menschenwürdigen Lebensaufgaben blieb ohne Erfolg, und endete in regelmäßigen Abständen in persönlichen Katastrophen; nach zahlreichen Versuchen hat man dann ersatzweise die Aufgaben übernommen und die Ziele verfolgt, die konventionell und im aktuellen sozialpolitischen Kontext sinnvoll erschienen. Im Großen und Ganzen hat man sich mit dem Mainstream bewegt, was immer wieder ein abruptes Ende fand und Neuanfang erforderte. Im marktwirtschaftlichen Wirrwarr hat man völlig übersehen, eine Bilanzrechnung über gesellschaftlichen Nutzen und Schaden, die durch einzelne Tätigkeiten verursacht wurden, zu führen. Jeder war sich selbst überlassen, und nach eigenem Gutdünken etwas getan. Die Folgen einer solchen entfesselten Geschäftigkeit waren entsprechend: die Gesellschaft verfiel in ein unproduktiven Arbeitswahn. Fehlurteile, Mißhandlungen, Mißwirtschaft, fehlende prognostische Fähigkeit, Unfähigkeit zu denken und zu bewerten, Verschweigen von Problemen und Konflikten, und die weitverbreitete Unmündigkeit (kein Zufall, daß die Deutschen in Russischen als unmündig, sprachlos genannt werden) summierten sich zu gesamtdeutscher Fehlleistung.

Viele Aspekte dieses Lebens kommen zum manifesten Vorschein. Was aber darüber hinaus aus dieser Geschichte zu entnehmen ist, kann man im folgenden Satz zusammenfassen: Der zunehmende Verlust der Sinnhaftigkeit und die beständige Chaotisierung des Gemeinwesens als eine der Folgeerscheinungen davon bewirkten turbulente sozialpolitische Krise in der Gegenwart, was unweigerlich zur Neuformulierung gesamtgesellschaftlichen Aufgaben und zu einer radikalen Änderung des gesamten sozialpolitischen Kontextes führen wird.

Das monströse politische Konstrukt BRD wird sich aufgrund der in den Jahrzehnten angestauten Widersprüche in der Luft auflösen. Mit welchen Konsequenzen diese Auflösung für die Bevölkerung verbunden wird, hängt ganz davon ab, wie schnell eine neue Ordnung und ein Zusammenhalt gefunden und eingesetzt werden. Der Ausgangspunkt dieses Neubeginns kann eine Verfassungsgebende Versammlung sein, deren Vorbereitung und Durchführung eine nicht zu unterschätzende Aufgabe für die Bevölkerung darstellt. Eine neue Landesverfassung muß geschrieben, eine neue Lebensform gefunden oder erfunden werden, die Bestrebungen und die Realitätsansprüche müssen in Einklang gebracht werden. Unzweifelhaft

wird es ein schwieriger und langwieriger Prozess, dennoch eröffnet sich dadurch eine Perspektive, die aus dem Chaos und Perspektivlosigkeit hinausführt. Die Geschichte wird auf eine oder andere Weise fortgesetzt, es wäre aber für alle Beteiligte gut, wenn man sich an der Neugestaltung einen aktiven Anteil nimmt und ihren weiteren Verlauf selbst bestimmt.

Weil die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung schwachsinnig ist, kann sie weder bevorstehenden Aufgaben erkennen noch sie auf eine zufriedenstellende Weise meistern; Die Aufgabe, den sozialen Wandel zu vollziehen, fällt einer intellektuellen Elite zu. Ob sie imstande ist, sich zu organisieren und eine führende Rolle zu spielen, bleibt ungewiß.

Dr Andrej Poleev, 16. Juni 2013

Neurologisch-psychiatrisches Gutachten über Herr H. aus S.

erstellt von Dr. med. Klaus Klempel

Die Begutachtung ist von Herrn H. (53) erbeten worden. Sie ist an niemanden außer an den Auftraggeber weiterzugeben, es sei denn, Herr H. forderte selbst schriftlich dazu auf.

Das Gutachten befaßt sich mit dem aktuellen neuropsychiatrischen Gesundheitszustand, mit den Fragen, welche Erkrankung 1993 zu zwei stationär-psychiatrischen Spitalsaufnahmen im LKH Wehnen geführt und welche psychosozialen Konsequenzen das gezeitigt hat, schließlich damit, welche Rückschlüsse der neuropsychiatrische Status auf die Fahrtüchtigkeit zuließ und derzeit zuläßt. Aus der Krankengeschichte ergeben sich darüber hinaus ethische und forensische Folgerungen.

Die sechsstündigen Untersuchungen und Explorationen fand am 1.4.2001 in S. statt.

Außer den dabei dokumentierten Befunden und Ergebnissen sind zur Komplettierung der Vorgeschichte und zur Beurteilung die folgenden Unterlagen eingesehen worden:

Die Akte des Nds. Oberverwaltungsgerichts Lüneburg, AZ.: 12M 6499/96 und Beiakte 2B 39/96;

die Akte des Verwaltungsgerichts Osnabrück mit Beiakten A zum AZ 2B 39/96;

Korrespondenz zwischen Herrn H. und seinem RA, Herrn M.R.Müller, Maintal-Dörnigheim, und seinem RA, Herrn R.E.Springer, Hamburg;

Aktenauszug des Straßenverkehrsamtes des Landkreises Emsland, Meppen, Zeichen Sager/361; und

das Gutachten der Frau Dr. Becker-Emner, psychiatrisches Nds. Landeskrankenh. Wehnen, vom 11.11.1993, verfaßt für die Staatsanwaltschaft beim LG Oldb., AZ: 127 Js 36493/93.

Soweit das von Belang erscheint, werden die Unterlagen im Zusammenhang mit der Diskussion und Beurteilung zitiert und berücksichtigt.

ZUR FAMILIÄREN VORGESCHICHTE:

Erbkrankheiten gebe es seines Wissens nicht in der Familie, doch möglicherweise ein genetisch mitbedingtes Herzleiden, bzw. eine Neigung zu Herzerkrankungen. Es seien mehrere Mitglieder seiner Verwandtschaft an Herzinfarkten und aus anderen kardialen Ursachen gestorben, u.a. auch die Großmutter väterlicherseits. Vor einigen Jahren habe sich deswegen die Kardiologie der Universitätsklinik Regensburg damit befaßt und von allen erreichbaren Mitgliedern der Sippe Blutproben entnommen. Er wisse aber über die Ergebnisse der Untersuchung nichts im Detail.

Sein Vater sei mit 60 Jahren an einem Luftröhrenkrebs gestorben, der einer Asbest-Belastung an seinem Arbeitsplatz zuzuschreiben gewesen sei.

Seine Mutter sei jetzt 75 Jahre alt und herzleidend, sie habe zeitweilig wegen auftretender Rhythmusstörungen Isoptin eingenommen, sei im übrigen aber noch rüstig, habe früher in einer Gärtnerei gearbeitet und beschäftige sich heute noch im eigenen Garten und führe ihren Haushalt allein.

Er habe eine jüngere Schwester, die in Süddeutschland lebe und seit langem alkoholkrank sei. Auch ein Onkel väterlicherseits sei ein Alkoholiker.

Er habe zwei bereits erwachsene Kinder aus erster und eine zwölfjährige Tochter aus zweiter Ehe, die alle gesund seien.

ZUR EIGENEN VORGESCHICHTE:

An Kinderkrankheiten könne er sich nicht erinnern.

Nach seinem Herzstillstand habe er das Rauchen aufgegeben.

Er trinke nur selten bei sozialen Anlässen Alkohol und habe noch niemals in seinem Leben auf problematische Weise getrunken noch sei er jemals durch Alkohol in Schwierigkeiten geraten. Die Behauptung im psychiatrischen GA aus Wehnen vom 11.11.93, er habe über eine Zeitlang bedenkliche Mengen Alkohols getrunken, sei gegenstandslos.

Suizidversuch

1968 habe er in Frankfurt versucht, sich mit 70 Luminatabletten umzubringen. Über seine Beweggründe erinnere er nur, daß ihn seine persönlich so empfundene Ohnmacht in der damaligen politischen Atmosphäre und allgemein ein darniederliegendes Lebensgefühl überwältigt hätten; er habe sich lebhaft in der "68-iger Szene" engagiert. Nein, näher einfühlbar seien ihm seine vormaligen suizidalen Motivationen nicht mehr, aber es sei ihm sehr ernst mit ihnen gewesen; (NB: die angegebene Luminal-Dosis entspräche 7,5 g Phenobarbitursäure und damit einer mehrfach tödlichen Dosis, die bei 1,7 g liegt¹, was 17 Tabletten Luminal entspricht).

Er wisse nicht genau, wann er von Bekannten in seiner Wohnung gefunden worden sei. Berichtet worden sei ihm, er habe mehrere Tage im Koma auf der Intensivabteilung gelegen, und wegen der barbituratbedingten Atemlähmung sei durch einen Luftröhrenschnitt eine Trachealkanüle eingeführt und er dadurch beatmet worden; die Kanüle habe er aus Gründen der Vorsicht noch über die stationäre Entlassung hinaus getragen.

Wie viele Wochen er im Krankenhaus gelegen habe, wisse er nicht mehr. Jedenfalls sei er so lange komatös und danach immobilisiert geblieben, daß er sich Druck-Geschwüre an allen anatomisch prominenten Auflagepunkten zugezogen habe, nämlich am Hinterkopf, über den Schultern und Schulterblättern, wie üblich auch über dem Steißbein, den Oberschenkelhalshöckern und den Fersen.

Seit dieser Vergiftung leide er an gelegentlichen Apnoen. Diese protrahierten Atempausen träten seines Eindrucks nach nur im Schlaf auf, und er wisse nicht mehr, wer sie erstmals diagnostiziert oder beobachtet und ihm als "Apnoen" bezeichnet habe. Es verbinde sich damit eine Sensation, als fahre man urplötzlich aus tiefem Schlaf auf und ringe dann in der Tat nach Luft.

Nach der damaligen Genesung hätten ihm über lange Zeit eine hochgradige Lustlosigkeit, eine traurig-trostlose Verstimmung und auch eine beständige Müdigkeit und Antriebsmattheit zugesetzt. Deswegen sei er in ärztlicher Behandlung geblieben, und man habe ihm das Me-

¹ u.a. F.Hauschild: Pharmakologie u. Grundlagen der Toxikologie. Thieme, Leipzig, 1961; p. 802

dikament "AN1" verordnet, das einen eindrucksvollen Effekt auf diese Behinderungen ausgeübt und sie völlig beseitigt habe, so lange er es eingenommen habe. Später habe er erfahren, daß man davon abhängig und süchtig werden könne und habe eine weitere Einnahme deswegen verweigert, bzw. abgebrochen. (NB: AN 1 besteht aus dem Amphetamin-Derivat Amfetaminil und gehört zu den zentralnervösen Stimulantien (Analeptika). Es wurde und wird auch teilweise heute noch bei Erwachsenen zur Behandlung der Narkolepsie ("Schlafanfallsleiden") benutzt).

Infarkt von 1981:

1981, nämlich im Alter von 31 Jahren, habe er nachts einen Vorderwand-Spitzen-Herzinfarkt erlitten. Das sei ohne größere Schmerzen abgelaufen, und er habe zunächst geglaubt, sein Magen mache ihm wieder Beschwerden. Es habe damals wegen seiner Scheidung viele Aufregungen gegeben, und nachträglich sei nicht mehr zu unterscheiden gewesen, ob er tatsächlich schon zuvor nur unter Magenbeschwerden oder unter Stenokardien gelitten haben mochte. Erst 2-3 Tage später sei dann wegen seines weiterhin reduzierten allgemeinen Zustands ein EKG im Krankenhaus Hamburg-Rissen abgeleitet und der Infarkt dokumentiert worden. Die Absicht, ihn zur Minderung der Blutgerinnung und zur Vorbeugung eines Re-Infarkts mit Marcumar einzustellen, sei wieder aufgegeben worden, weil die Ärzte es nicht mehr für notwendig befunden hätten.

Seit diesem Ereignis habe er annähernd täglich gespürt, daß sein Herz zwischendurch einmal unregelmäßig schlage. Wenn er sich schwerer körperlich belaste, empfinde er eine gewisse Herzenge, die aber nicht dramatisch werde und bisher keine besondere Medikation erfordert habe. Eine raschere körperliche Erschöpfbarkeit oder ungewohnte Atembeschleunigung unter Belastung seien ausgeblieben, und subjektiv habe er sich nach dem Infarkt wieder unbeeinträchtigt gefühlt; auch eine fortgesetzte ärztliche Überwachung sei für nicht notwendig gehalten worden, von gelegentlichen EKG-Kontrollen abgesehen.

Aufgefallen sei ihm nach dem Infarkt allerdings, daß sein Schlafbedürfnis zugenommen habe. Er habe länger und tiefer als zuvor geschlafen und verschiedentlich über Tag nur schwer kontrollierbare Müdigkeiten erlebt, also ein episodisch imperatives Schlafbedürfnis. Zu ungewolltem Einschlafen sei es dadurch nie gekommen, weder etwa während einer Schreibtischarbeit, noch habe es beim Autofahren etc. gedroht. Wenn er es habe einrichten können, ein kurzes Nickerchen von auch nur 10-15 Minuten zu halten, habe er sich wieder frisch und ausgeruht gefunden.

Herzstillstand von 1991

1991 habe er während des Autofahrens in Hamburg, und etwa 4-5 km von seiner Wohnung entfernt einen Herzstillstand erlitten.

Er sei zuvor mit seiner Tochter in einem Eissalon eingekehrt, während seine Frau in der Stadt etwas erledigt habe. Er habe sie dann abgeholt, und sowie sie wieder im Wagen gesessen habe, hätten sie sich erneut über ihre Geschäftspraktiken in ihrem Friseurladen und über sein angeblich dabei fehlendes eigenes Engagement gestritten. Die Atmosphäre sei hochgradig aufgeladen gewesen. Da sei ein Gefühl über ihn gekommen, wie wenn er gleich explodieren würde, heiß und schummerig vor Augen sei ihm geworden, das Herz habe zu rasen angefangen und sich ein Druck über die Brust gelegt. In seinem Kopf habe sich die Gewißheit ausgebreitet, es werde gleich etwas Katastrophales mit ihm passieren. Er habe zwar noch gebremst, wie man ihm später erzählt habe, aber der Wagen sei quer über die Straße geraten und gegen einen Baum geprallt, wo die Fahrerseite eingedrückt worden sei. Seine Frau und Tochter seien nicht verletzt worden.

Zu dieser Zeit sei er bereits bewußtlos gewesen und solle blau im Gesicht angelaufen gewesen sein. Passanten hätten ihn aus dem Wagen gezogen und versucht, ihn wiederzubeleben. Dann sei er in klinisch totem Zustand in einen Rettungswagen und dann ins Altonaer Krankenhaus gebracht worden. Wie lange er herztod gewesen sei, wisse er nicht genau, jedenfalls aber etliche Minuten. Über 2 oder 3 anschließende Tage lang habe er im Koma gelegen.

Für die Tage und partiell auch die Wochen, nachdem er wieder zu Bewußtsein gekommen sei, bestehe unverändert eine anfangs weitgehende, später noch inselförmige Amnesie.

Er erinnere sich, oder es sei ihm möglicherweise so berichtet worden, daß er seinem Sohn bei dessen Besuch mit großer Dringlichkeit zugesetzt habe, er müsse unbedingt Druckerfarben aus einem "Bunker" entfernen, denn es sei behördlich verboten, die da zu lagern. Er habe aber selbst vergangene Nacht in dem "Bunker" nach dem Rechten gesehen und gefunden, es sei gar nicht so schlimm mit dem Farbgeruch. Trotzdem sollte man Vorsicht walten lassen.

Auch andere "Phantasien" und wohl auch Trugwahrnehmungen habe er produziert, aber wieder vergessen, was man ihm darüber erzählt habe.

Auf die gleiche dunkle und fragmentarische Weise glaube er, daß er gewisse Eindrücke davon bewahrt habe, wie er nach dem Wiedererwachen "ausgerastet" sei. Frau und Sohn hätten ihm hinterher etwas darüber im Detail erzählt. Er habe demnach darauf bestanden, sofort nach Hause zu gehen, um die ehelichen Probleme mit seiner Frau zu bereinigen. Als man

ihn naturgemäß daran gehindert habe, habe er sich die Kanülen und Infusionsschläuche herausgerissen, womit man ihn versehen hatte, und unter exzessiver Gewaltanwendung versucht, aus dem Bett zu entkommen. Mehrere Pfleger hätten ihn schließlich überwältigen und dann medikamentös ruhig stellen müssen. Danach sei er in die Universitätsklinik in Ependorf verlegt worden.

Dort sei er über längere Zeit zumindest örtlich desorientiert gewesen. So habe er geglaubt, er liege noch im Altonaer Krankenhaus. Das sei ihm auch später noch unterlaufen, als er das Bett schon wieder habe verlassen dürfen; er sei dann im Haus durch die Korridore geirrt und habe sich vergeblich bemüht, die Altonaer Spitalslokalitäten wiederzuerkennen. Damals sei er fraglos bereits hellwach und keineswegs etwa durch eine schläfrige Bewußtseinstrübung desorientiert gewesen. Es sei ihm höchst merkwürdig bis unheimlich zumute gewesen, denn er habe gewußt, daß etwas mit ihm nicht gestimmt habe, aber keine Ahnung gehabt, was denn wohl los sei. "Das war so, wie wenn man in die falsche Vorstellung geraten ist; ich konnte mit dem Stück nichts anfangen."

Die erlittenen Gedächtnislücken hätten auch Zeiten und Ereignisse betroffen, die vor dem Herzstillstand gelegen hätten. Immer wieder habe ihm etwas an beruflichen Informationen oder privaten Erinnerungen gefehlt, ohne daß er sich selbst subjektiv dessen bewußt gewesen sei, so daß jeder sich offenbarende Erinnerungsdefekt ihn überrascht oder verblüfft, schließlich dann mehr und mehr verunsichert habe. Seine Umgebung habe durch sein sonstiges Verhalten keinen Grund gesehen, daran zu zweifeln, daß er wieder ungestört funktioniere, denn intellektuell habe er sich als ganz intakt erlebt. Allerdings seien bei seinen dienstlichen Aufgaben noch über etwa ein ganzes Jahr hin fehlende oder lückenhafte Erinnerungen an Umstände aus der Zeit vor dem Herzstillstand aufgetaucht, d.h. vieles habe sich nicht im Laufe der Zeit von alleine wieder eingefunden, sondern er habe "schwarze Löcher" durch nachträgliche Erfahrung oder dadurch allmählich wieder aufgefüllt, daß er die betroffene Vergangenheit aus den Unterhaltungen und Nachträgen in seiner Umgebungen wieder komplettiert habe..

Das peinlichste Erlebnis einer retrograden Erinnerungslücke sei seine Forderung auf dem Landsratsamt in Glauchau gewesen, man möge ihm doch endlich die annähernd 10.000 Mark ausbezahlen, die ihm noch zuständen. Tatsächlich sei ihm diese Summe aber vor dem Unfall bereits ausgehändigt worden, und er hatte sie seiner Frau gegeben.

Scharfe Grenzen für den Zeitraum vor und nach dem Herzstillstand, über den hin das Gedächtnis ausgelöscht oder ausgedünnt worden sei, könne man nicht angeben. Kursorisch habe es einige Tage vor und einige Wochen nach dem Herzstillstand betroffen.

Auch die Merkfähigkeit nach wiedererlangter Bewußtseinsklarheit und nach vollständiger Reorientierung sei noch längere Zeit, zumindest viele Monate lang vermindert geblieben. Sein Gedächtnis sei wohl nie wieder so ausgezeichnet wie vor dem Ereignis von 1991 geworden; aber nun sei man allerdings ja auch älter geworden.

Richtig sei auch, daß seine Stimmung seither weit unter dem früher gewohnten Niveau geblieben sei, daß er viel von seiner primärpersönlichen Unternehmungslust und an Lebendigkeit seiner Interessen verloren habe, leichter verletzlich sei und sich immer wieder in Grübeleien verheddere und sozial natürlich weitaus isolierter als in den Jahren seiner Berufstätigkeiten geworden sei. Aber es habe sich seither so viel an durchweg Negativem oder Katastrophalem ereignet, daß sich schwer sage lasse, wieviel sich davon als reaktiv verstehen lasse.

In der Kardiologie der Univ.Klinik Hamburg Eppendorf seien vor seiner stationären Entlassung noch zwei Herzkatheterisierungen unternommen worden. Bei der einen sei durch eingebrachtes Kontrastmittel bestätigt worden, daß sein Herzstillstand nicht mit einem neuerlichen Infarkt einhergegangen sei.

Die andere habe der Untersuchung der Reizleitungsverhältnisse gedient. Dabei seien wohl an unterschiedlichen Kontaktorten und mit unterschiedlicher Intensität elektrische Reizimpulse gesetzt worden. Dabei habe er dann erneut das Bewußtsein verloren, offenbar nach einer probatorischen weiteren Impulssteigerung.

Nach seiner Entlassung aus Eppendorf habe er sich körperlich ausgezeichnet während einer sechswöchigen Rehabilitationsbehandlung in der Institution "Damm 2000" erholt.

ZUR JÜNGEREN VORGESCHICHTE, i.e. zu den EREIGNISSEN NACH 1991

Im Februar 1992 habe ihn seine Frau verlassen, und es sei kein Zweifel mehr daran geblieben, daß die Trennung endgültig sein würde. Nach seiner Spitalsentlassung und dem Ende der Kurbehandlung seien die Spannungen zu Hause keineswegs geringer geworden sondern hätten sich weiter zugespitzt. Vielleicht habe mit dazu beigetragen, daß er nach seiner Krankheit irritierbarer und gemütsmäßig weniger belastbar als zuvor geworden sei. Seine Frau habe später den Ärzten angegeben und das wohl auch im Scheidungsverfahren gegen ihn angeführt, daß er nach dem Herzstillstand gewalttätig geworden sei. Das sei insofern tatsächlich keine Unwahrheit, als er ja im Altonaer Krankenhaus um sich geschlagen habe und überwältigt werden mußte, nachdem er wieder zu Bewußtsein gekommen war. Das sei aber auch die einzige Gewalttätigkeit gewesen, die man ihm vorhalten könne. Es sei ganz

gegen seine Natur, aggressiv oder sogar handgreiflich zu werden, und er habe noch nie gegen jemanden physische Gewalt ausgeübt, wenn man einmal von Balgereien aus Kindertagen absehe. Seine Frau habe aber nirgends von den Umständen erzählt, die es ausgelöst und begleitet hätten, daß er damals im Krankenhaus um sich geschlagen habe. Sie habe nur kommentarlos berichtet, "nach dem Herzstillstand ist mein Mann gewalttätig geworden." Das höre sich so an, als habe sich nach dem klinischen Herztod seine ganze Persönlichkeit verändert, wovon aber nicht die Rede sein könne.

Allerdings habe sich nach der Trennung von seiner Frau seine schon vorher bedrückte Niedergeschlagenheit binnen kurzem drastisch vergrößert. Während des sogen. Trennungsjahres vor der formalen Scheidung, nämlich zwischen April 1992 bis Ende April 1993 habe er das Haus kaum jemals verlassen. Tatsächlich sei er nur einmal notwendigerweise nach Sachsen gefahren, wo noch etwas zu erledigen anstand, einmal habe er einen auswärtigen Bekannten besucht, und einmal sei er tageweise bei seiner Schwester in Freiburg gewesen.

Darüber hinaus habe er in S. in seiner Mansarde über der Wohnung der Mutter gehockt, mit niemandem ein Wort gewechselt, nicht einmal mit seiner Mutter, die ihn mit dem Notwendigsten versorgt habe. Manchmal habe er ein bißchen und uninteressiert fern gesehen, wie auch heute noch. Ansonsten habe er einfach dagehockt, die Wand angestarrt und in endlosem Gekreise ziel- und ergebnislos darüber gebrütet, was über ihn gekommen sei, vor allem aber, wie und warum sich das wohl alles ereignet habe. Nirgends habe sich eine eingängige Erklärung finden lassen und alles sei ihm ein unbegreiflicher Albtraum geblieben.

Zur stationären Aufnahme im psychiatrischen Krankenhaus Wehnen im Mai 1993

Es sei da schließlich ein Druck in ihm entstanden, der sich wenige Tage nach dem abgelaufenen formalen Trennungsjahr und mit der damit vollzogenen Scheidung in dem unbeherrschbaren Drang entladen habe, ohne Sinn und Ziel mit dem Auto wegzufahren. Er könne sich selbst heute nicht mehr verständlich machen, was ihn damals dazu getrieben habe, und nicht alle Ereignisse aus diesen Tagen seien ihm klar erinnerlich. Aber ohne Frage sei er psychisch nicht in Ordnung gewesen, habe zum Teil auch wie auf fremdes Geheiß gehandelt, und es treffe durchaus zu, daß er Dinge wahrgenommen, gedacht und mit seinem Umherirren auch getan habe, die fraglos abnorm und "psychotisch" gewesen seien. Über die psychopathologischen Einzelheiten, an die er sich noch erinnern könne, möchte er nicht reden, weil ihm das herzlich zuwider und dann ja der Grund dafür geworden sei, warum man ihn zum Schizophrenen ernannt habe. Es habe sich auch nicht alles so zugetragen und sei

nicht alles so zu verstehen gewesen, wie es später im psychiatrischen Gutachten ausgegeben worden sei, aber es sei ja nun belanglos, sich damit weiter aufzuhalten.

Es habe aber durchaus einen gerichteten, crescendohaften Ablauf gegeben, der ihm noch dramatisch genug vor Augen sei.

Am Anfang habe also die Getriebenheit gestanden, die ihn am 4.5.93 dazu gebracht habe, mit dem Auto loszufahren. In seinem Kopf habe sich die dumpfe Absicht oder Überzeugung ausgebreitet, er müsse noch einmal alle Orte aufsuchen, an denen er einmal gelebt und gearbeitet hatte, oder die für ihn sonstwie von Bedeutung waren. Wenn er eine Erklärung dafür benennen müßte, wäre es am ehesten so gewesen, als habe er Abschied von dem normalen Leben nehmen wollen, das er einmal mit seiner Familie und mit einem Beruf geführt habe. Ob er daran gedacht oder sich entschieden hatte, sich anschließend das Leben zu nehmen, sei nicht eindeutig zu beantworten; er wisse es nicht.

So sei er nach Frankfurt und nach Glauchau in Sachsen gefahren, nach Lippspringe, - wo die suspekta Freundin seiner Frau als Psychologin wirkte, die, die so wieselflink alle und jedes "ge-managed" habe -, dann nach Rostock und Hamburg und wo sonst er noch gewesen sein möge. Er habe sich an diesen Orten nur umgesehen und mit niemandem gesprochen, geschweige denn jemanden Bestimmtes besuchen oder sich bei irgendjemandem beschweren wollen.

Er sei auf diese Weise 72 Stunden lang ohne jeden Schlaf unaufhörlich unterwegs gewesen. Mit zunehmender Dauer der Schlaflosigkeit sei es in seinem Kopf immer chaotischer zugegangen. Er sei gerade wieder auf dem Weg nach Hamburg gewesen, als sich ihm plötzlich die Frage aufgedrängt habe, was er dort eigentlich wolle, bzw. an den anderen Orten gewollt habe. Es sei ihm jedenfalls klar geworden, daß er etwas Sinnloses getan hatte und dabei war, sinnloserweise weiter zu fahren. So habe er auf der Stelle entschieden, sofort "nach Hause" zu fahren, nämlich zu seiner Mutter nach S..

Nach seiner dreitägigen Schlaflosigkeit werde es mit seiner Aufmerksamkeit wohl auch nicht mehr zum besten gestanden haben, aber gewöhnlich fahre er allein wegen seiner Erfahrungen als Kurier im Großstadtverkehr selbst bei einiger Ermüdung noch routiniert und sicher. Irgendwo in der Nähe von Friesoythe habe ihn dann zusätzlich noch so die Abendsonne geblendet, daß er kaum noch etwas gesehen habe. Gebremst habe er zwar noch, sei aber auf die linke Straßenseite geraten und dort dann gegen ein Verkehrsschild geprallt. Der Versuch, mit dem scheinbar geringfügig beschädigten Auto bis zur nächsten Werkstatt und Polizeistation zu fahren, sei daran gescheitert, daß er dabei erst bemerkt habe, daß es einen Reifen

von der Felge gerissen hatte. So habe er sich zu Fuß auf den Weg gemacht und einen Wagen anhalten können, der ihn bis in den Ort Sedelsberg mitgenommen habe, wo es eine Telephonzelle gebe. Erst in dem Telephonhäuschen habe er gemerkt, daß er kein Kleingeld bei sich gehabt habe. So habe er sich zu Fuß wieder zu seinem Wagen hin aufgemacht. Dabei sei ihm eine Polizeistreife begegnet, die Beamten hätten ihn angehalten und nach seinem Ziel gefragt und dann registriert, daß mit ihm psychisch etwas nicht in Ordnung gewesen sei. Dazu hätten sie ihm vorgehalten, er habe Fahrerflucht begangen und müsse deswegen auf das Revier mitkommen.

An alle Ereignisse auf der Wache erinnere er sich nicht mehr, wohl aber daran, daß ihm seine gestörte Verfassung bewußt gewesen sei und er selbst um Hilfe gebeten habe. Es sei denn auch der Notarzt erschienen, ein Orthopäde von Beruf, der dafür gesorgt habe, daß er in das nahegelegene psychiatrische Landeskrankenhaus Wehnen gebracht worden sei.

Was also die Fahrt dorthin und die stationäre Aufnahme in Wehnen angehe, so sei das offensichtlich und auch seiner Erinnerung nach ohne seinen Widerstand vor sich gegangen, aber auch ohne sein ausdrückliches Einverständnis.

In Wehnen habe man ihn auf der geschlossenen Abteilung untergebracht und ihm Medikamente verabreicht. Nachdem er dort endlich wieder geschlafen habe, sei ihm am nächsten Tag erst aufgegangen, in welcher Umgebung er sich im Wachsaal und auf einer abgesperrten Krankenstation befand. Von da an habe er unausgesetzt verlangt, daß man ihn auf der Stelle wieder entlassen solle. Nein, damit wolle er nicht behaupten, daß er bereits am 7.5.93 wieder in Ordnung und nach objektiver Einschätzung nicht mehr behandlungsbedürftig gewesen wäre. Es sei lediglich an dem gewesen, daß er dort nicht bleiben wollen, und daß man ihn gegen seinen Willen dort festgehalten und gegen seinen Willen mit Psychopharmaka versorgt habe. Er sei keineswegs amtsrichterlich untergebracht worden.

Da habe er beschlossen zu fliehen. Das müsse am 2. oder 3. Tag nach seiner Einweisung gewesen sein.

Es habe da vom Wachsaal ein Durchgang durch die Teeküche in den Stationskorridor geführt, von dem er nicht gewußt habe, daß auch der nach außen abgeschlossen gewesen sei. Jedenfalls habe er einen Augenblick abgepaßt, in dem er glaubte, der wachhabende Pfleger werde ihn nicht bemerken, und dann sei er durch die Teeküche davongestürzt. Natürlich habe man ihn gleich gesehen und Alarm gegeben. Er habe sich nach Kräften gewehrt, es sei zu einer handfesten Balgerei gekommen, bis ihn schließlich mehrere Pfleger überwältigt und in eine Zwangsjacke gesteckt hätten. - Nein, auch nach diesem Fluchtversuch und nach sei-

ner körperlichen Überwältigung sei er nicht gerichtlich untergebracht worden, und man habe ihm weiterhin gegen seinen Willen Medikamente verabreicht.

Erst am 12.5.93, also am 6. Tag nach der Aufnahme, sei er auf sein ständiges weiteres Drängen hin entlassen worden. In der Kopie des psychiatrischen Gutachtens (GA) aus Wehnen vom 11.11.1993, - (das Herr H. besitzt) -, lese sich das so: "Schließlich habe Herr H. am 12.5.93 die Entlassung gewünscht, und diese sei nach Rücksprache mit der Leitenden Funktionsbereichsärztin auch erfolgt."

Schon seit einiger Zeit zuvor habe die Psychiatrie in Wehnen für den 13.5.93 von einem anderen Oldenburger Krankenhaus für ihn einen Termin für eine Hirn-Tomographie erhalten gehabt. Er habe aber nicht einen einzigen weiteren Tag in Wehnen bleiben und die Untersuchung dort abwarten wollen, nachdem man endlich bereit gewesen sei, ihn gehen zu lassen. Vielmehr sei er am 12.5. mit dem Taxi nach Hause (S.) gefahren. Am Morgen des 13.5.93 sei er dann von sich aus zur Hirn-Tomographie in das allgemeinmedizinische Oldenburger Krankenhaus gefahren. Es sei ihm sehr daran gelegen gewesen, vor seiner Abreise etwas über das Ergebnis zu erfahren, weil er davon überzeugt gewesen sei, daß seine psychischen Störungen mit einer zeitweiligen Hirndurchblutungsstörung zusammengehangen haben mußten, die er für Folgen seines Herzstillstands und seines Schlafentzugs vom 4.-6.5.93 gehalten habe. Die Diagnose einer Schizophrenie, die ihm in Wehnen genannt worden sei, habe eine schwere Demütigung für ihn bedeutet, und er habe niemals so recht daran glauben können, daß sie zutreffend gewesen sei.

Die Psychopharmaka, die er nach dem Entlassungsbericht aus Wehnen hätte weiternehmen sollen, habe er sofort weggelassen. In nun wieder subjektiv als ungestört erlebter psychischer und physischer Verfassung sei er schon am nächsten Tag mit seinem Wohnmobil nach Korfu aufgebrochen. Diese Ortsveränderung sei ihm nach den Erlebnissen in und mit der Psychiatrie ein dringliches Bedürfnis gewesen. Die Fahrt in den Süden habe er nun keineswegs mehr in Gewalttönen zurückgelegt sondern sich behaglich Zeit gelassen und deswegen etliche Tage gebraucht, um schließlich auf Korfu anzukommen, das er von früheren Aufenthalten her ausgezeichnet kenne.

Zur stationären Wiederaufnahme im psychiatrischen Krankenhaus Wehnen am 3.6.1993

Nach einem ungetrübten Urlaub auf Korfu sei er am 3.6.93 knapp nach Mitternacht mit seinem Wohnmobil längs des Küstenkanals gefahren und nur noch etwa 20 km von zu Hause entfernt gewesen; es habe sich nicht gelohnt, unterwegs noch einmal zu übernachten, und

deswegen sei er bis in die Nacht durchgefahren. Er habe gewußt, daß sein Rücklicht defekt gewesen sei, und deswegen habe er den Warn-Blinker eingeschaltet gehalten, um keine überholenden Fahrzeuge zu gefährden.

Da sei er von einer Polizeistreife gestoppt worden, die ihm mitgeteilt habe, sein Rücklicht sei defekt. Die Beamten hätten dann seine Papiere studiert und ihn gefragt, wo er denn mitten in der Nacht noch hinwolle. Er habe sie also wissen lassen, er wolle nach Hause, und bis dahin, nämlich nach S., seien es nur noch ein paar Kilometer. Nun hätten die Polizisten ihn darauf aufmerksam gemacht, daß er doch seinen Papieren nach in Hamburg wohne. Die darauf folgenden Schwierigkeiten, sich miteinander zu verständigen, seien dadurch entstanden, daß er den Herren vergeblich versucht habe, begreiflich zu machen, daß er mit "zu Hause" sein Vaterhaus in S. bezeichnet habe, daß aber sein amtlich gemeldetes und persönlich-privates "Zuhause" tatsächlich Hamburg sei, genauso, wie es im Paß stehe. Er gebe zu, daß er die Unterhaltung schließlich nur unlustig fortgesetzt habe. Die Herren hätten ihn nun gebeten auszusteigen und zu erklären, woher er denn komme, und daraufhin, was er denn auf Korfu gemacht habe. Ja, was man wohl im Sommer in einem Wohnwagen auf Korfu mache, habe er den Beamten erwidert, er werde wohl als Guru dort gearbeitet haben; (im Protokoll habe man das später auch noch auf Kreta verlegt).

Man habe ergebnislos an ihm gerochen und dann angenommen, daß er offenbar aufgrund anderweitiger geistiger Störungen verwirrt und daher nicht mehr fahrtüchtig sei. Deswegen habe nun einer der Beamten per Funk auf seinem Revier angefragt, ob irgendetwas über ihn vorliege. Er habe neben dem Wagen gestanden und mit anhören können, was man da von ihm zu berichten wußte. Die Wache habe mitgeteilt, er sei ein amtlich bekannter Schizophrener und deswegen in der Psychiatrie in Wehnen unlängst bereits stationär vorbehandelt worden.

Daraufhin hätten ihm die Polizisten aufgetragen, seinen Wohnwagen abzuschließen und (samt Geld und sonstigen Besitztümern darin) an Ort und Stelle stehen zu lassen; am andern Tag habe sein telephonisch alarmierter Sohn aus Hamburg kommen und das Wohnmobil in S. in Sicherheit bringen müssen.

Alsdann habe man ihn in den Streifenwagen gebeten und ihn im Landeskrankenhaus Wehnen abgeliefert.

Er sei dort wiederum nicht anschließend gerichtlich untergebracht worden, habe aber erneut gegen seinen Protest Medikamente verordnet bekommen und auch unter Aufsicht eingenommen, und habe desgleichen wieder darauf gedrängt, ihn zu entlassen. Am 9.6.93, also

am 7. Tag nach seiner polizeilichen Einweisung, habe man ihn schließlich gehen lassen. Er habe keinen Hehl daraus gemacht, daß er keineswegs nach der Entlassung weiter Medikamente einnehmen werde, weil er im Gegensatz zur Aufnahme im Mai 1993 seiner Überzeugung nach geistig-seelisch völlig intakt gewesen sei.

Von der psychiatrischen Akten-Begutachtung vom 11.11.1993 durch die Frau Dr.Becker-Emner aus Wehnen für die Staatsanwaltschaft beim Landgericht Oldenburg habe er erst erfahren, als man ihn auf das Polizeirevier in Esterwegen bestellt und dort beredet habe, sein Einverständnis dazu zu attestieren. Ob er das wirklich dann getan habe, wisse er nicht mehr.

Mit dem endgültigen Führerscheinentzug sei ihm jede weitere lohnbringende Beschäftigung unmöglich gemacht worden. Bis dahin habe er sich als körperlich wie geistig gesund erlebt und sei ohne Beeinträchtigung seines Fahrvermögens u.a. während seiner Kurierdienste in Hamburg über 100.000 km gefahren. Aus heiterem Himmel habe dann der Landkreis Emsland verlangt, daß er wegen Fahruntüchtigkeit aufgrund psychischer Instabilität seinen Führerschein abzuliefern habe. Damit hätten dann alle Querelen vor dem Verwaltungsgericht, seine Arbeitslosigkeit und sein gesamter sozialer Abstieg begonnen.

Seither habe seine Gestimmtheit nie wieder ein Niveau erreicht wie in Zeiten vor den Unterbringungen in Wehnen und vor der jetzt vieljährigen erzwungenen Erwerbslosigkeit. Es gebe auch nichts mehr, mit dem er sich längere Zeit beschäftigen könne, weil ihm das sinnlos erscheine und er kein dafür notwendiges Interesse mehr aufbringe.

Zu den Symptomen und zum Verlauf der Narkolepsie

Während der letzten Jahre, die er in S. verbracht habe, sei er verschiedentlich plötzlich zu Boden gestürzt oder hätten doch schlagartig die Beine unter ihm nachgegeben. Unwillentliche Muskelkontraktionen in anderen Körperpartien und Gliedmaßen oder sonst irgendwelche Krampfentäußerungen hätten das nie begleitet, und so etwas habe er auch sonst nie erlebt.

Von zwei Ausnahmen abgesehen, habe sich das nur ereignet, wenn er wieder das Gelände des vormaligen Konzentrationslagers Esterwegen besucht habe. Die heutige Gedenkstätte liegt in unmittelbarer Nähe seines Elternhauses in S.. Er sei schon als Kind mit seinem Vater häufig dort gewesen, als die Gräberfelder noch nicht eingeebnet waren und die Überreste der Lagerbarracken noch zu sehen gewesen seien. Das KZ Esterwegen sei seine früheste und eindrucksvollste Begegnung mit den Überbleibseln des Nazi-Terrors geworden.

Wenn er nun in den letzten Jahren wieder dorthin gegangen sei, und wenn ihm die früheren Felder von Grabkreuzen wieder vor Augen gestanden hätten samt allem anderen, was ja nicht nur Ossietzky dort an Gewalt und Demütigungen angetan worden sei, dann sei ihm gelegentlich mit einem Mal alle Kraft aus den Beinen gewichen und er entweder umgefallen oder doch in den Beinen eingeknickt und habe sich dann noch fangen können, ohne gänzlich zu Boden zu gehen. Man habe ein Gefühl dabei, als träte jemand einem die Beine unter dem Leib weg. Das habe immer nur ein paar Sekunden lang angehalten, und danach sei er wieder genauso fest auf den Füßen wie zuvor gewesen. Auch sei das nie von einer Bewußtseinstrübung begleitet worden. Es sei ihm auch keineswegs jedes Mal zugestoßen, wenn er das KZ-Gelände besucht habe, sondern immer nur dann, wenn ihm dieser Ort und seine Geschichte wieder einmal besonders nahe gegangen seien; man sei ja nicht jeden Tag in der gleichen Weise anrührbar.

Ein anderes Mal sei das geschehen, als er in seinem Zimmer gestanden habe, nachdem er von Esterwegen her nach Hause gekommen war. Dort bereits seien ihm die Knie weich geworden, als ihm die KZ-Greuel wieder vor Augen gestanden hätten. Er habe ein endgültiges Nachgeben der Beine dann dadurch verhindern können, daß er seine Gedanken bewußt auf etwas anderes gelenkt habe.

Was ihm dann widerfahren sei, hat er selbst aufgeschrieben:

"Als ich mich später zu Hause wieder diesem Thema zuwandte (mit den Assoziationen: KZ-Erlebnisse des Schwiegervaters in Bergen-Belsen, meine Betrachtungsweise als Kind anlässlich von Besuchen in Esterwegen auf dem KZ-Friedhof, und dazu die Gnadenlosigkeit meiner momentanen, nicht begreifbaren Situation), da geschah es, daß ich im gleichen Augenblick schon auf dem Boden lag, zu meiner eigenen Verblüffung, so als wäre ich bewußtlos geworden. Um diesen Vorgang begrifflich wie körperlich vielleicht realisieren zu können, plazierte ich mich neben das Bett, verfolgte erneut konzentriert den oben beschriebenen Gedankengang, mit dem Ergebnis, daß ich schlagartig auf das Bett fiel, und zwar so heftig, daß das ganze Bett zusammenbrach."

Das ist eine ausnehmend eindrucksvolle und charakteristische Schilderung einer gedanken- und affekt-induzierten Kataplexie. - Genauso charakteristisch für sein von der psychiatrischen Fehldiagnose geprägtes Selbstverständnis war, daß er das harmlose neurologische Symptom des kataplektischen Ereignisses wörtlich "als situations-bedingten und -definierten psychotischen Vorgang" wertete.

Manchmal gebe es noch über Tag mehr oder minder ausgeprägte Müdigkeiten, denen er immer widerstehen könne, wenn er wolle. Halte er dann ein kurzes Nickerchen, fühle er sich

wieder wie ausgeschlafen. Die noch wiederkehrenden Schläfrigkeiten seien nicht mehr mit denen zu vergleichen, die ihn vormals imperativ in den Jahren unmittelbar nach seiner Luminal-Vergiftung von 1968 befallen hätten. Im Übrigen sei der Nachtschlaf häufig unterbrochen, oder er komme aus Grübeleien nicht heraus und könne nicht einschlafen, und oft sei er morgens unausgeschlafen und betont antriebsmatt und auch stimmungsmäßig verhangen.

Seit langem hätten sich nächtliche Apnoen ereignen. Er wache dann mit dem Gefühl auf, ersticken zu müssen und ringe nach Luft. Es dauere dann immer nur einige Augenblicke, bis er wieder unbeschwert atmen könne, und danach pflege er wieder ohne sonstige Probleme einzuschlafen.

Tatsächlich seien vor kurzem in einem Schlaflabor in Lingen die Apnoen bestätigt worden. Sogen. narkoleptische "Schlafanfälle" (s. Diskussion) stellen ja in der Tat ebenfalls Apnoen dar, beschränken sich so gut wie immer aber auf Phasen des Aufwachens und Einschlafens.

Zum Schlaganfall vom Vorjahr

Am Vormittag des 30. Oktobers 2000 sei es ihm ohne Vorwarnung schwindelig geworden, und er sei auch plötzlich schwankend gegangen, das Herz habe gerast, und vor Augen habe es verschwommen bis wabernd geflimmert. Als er nach seiner Mutter habe rufen wollen, habe er gemerkt, daß er nicht mehr habe sprechen können. Gleichzeitig seien ihm sozusagen die Hände bis etwa herauf zur Hälfte der Unterarme "abhanden gekommen": er habe sie zwar kräftig weiter bewegen können, sie auch willkürlich weiter gesteuert, aber sie hätten sich angefühlt, als gehörten sie ihm nicht mehr. Das solle nicht heißen, daß er mit den Händen oder an den Armen nichts mehr gefühlt hätte; das Berührungsempfinden sei ihm zwar matter und stumpfer vorgekommen, aber er habe es weder verloren noch nennenswert beeinträchtigt noch in seiner Qualität verändert gefunden. Es sei so gewesen, wie wenn man ihn beiderseits an den Unterarmen amputiert hätte. Diese Ereignisse hätten ihn in Angst und Schrecken versetzt.

Er habe seine Mutter schließlich in der Küche beim Gemüseputzen gefunden. Außer halb krächzenden bis prustenden unartikulierten Lauten habe er nichts produzieren können. Seine Mutter müsse wohl geglaubt haben, etwas habe ihn besonders aufgeregt, so daß sie bei-läufig versucht habe, ihn verbal zu beruhigen, ohne auch nur aufzusehen oder sich alarmieren zu lassen. Das sei ein bis heute nachwirkendes Erlebnis einer kaum noch ärger vorstellbaren Hilflosigkeit gewesen.

Schließlich habe er ihr begreiflich machen können, was ihm zugestoßen sei, und daß sie sofort seinen Sohn aus Hamburg herbeitelephonieren solle; er habe keinen Sinn darin gese-

hen, sich zuerst an seinen Hausarzt zu wenden und sich dann etwa im nahegelegenen P. stationär einweisen zu lassen, wo man ihn nicht kannte, und wo er sich zu seiner Vorgeschichte ja nicht verständlich machen konnte.

Also sei sein Sohn nach 1,5 h bei ihm angelangt, habe sofort das Schlaganfalls-("Stroke"-)Departement der Univ. Klinik in Eppendorf benachrichtigt, und drei Stunden nach dem Schlaganfall sei er dort angekommen. Schon auf der Fahrt nach Hamburg sei ihm ein gewisses Sprachvermögen zurückgekehrt, aber nur wortweise und noch mit großem, unverständlichem Wortsalat vermengt.

In Eppendorf habe man ihn wegen eines Mißverständnisses den ersten Tag lang auf der Allgemeinmedizin untergebracht, so daß die geplante Infusions- und wohl auch Lysis-Behandlung sich um 24 h verzögert habe. Immerhin habe er sich 3-4 Tage später wieder einigermaßen verständlich machen können. Nach 14 Tagen sei er entlassen worden und habe eine vierwöchige Rehabilitationsbehandlung in Bad Segeberg angetreten. Unter den logopädischen Bemühungen und einer fortgesetzten medikamentösen Versorgung hätten sich die Sprachstörungen allmählich weiter gebessert, aber gelegentliche "Versprecher" und offenbar auch Wortfindungsstörungen habe es noch bis vor kurzem gegeben, und verglichen mit der Zeit vor dem 30.10.00 empfinde er seinen Sprachfluß weiterhin als mühsamer und langsamer. - Schwierigkeiten mit dem Sprach-Verständnis habe es zu keiner Zeit gegeben.

Bis vor kurzem sei er zur Blutgerinnungsminderung mit Marcumar eingestellt geblieben, das er wegen eines hartnäckigen Hautausschlags an den Beinen abgesetzt habe²; die Hautblüten seien danach verschwunden.

Ansonsten nehme er weiterhin (und präsentiert diese Mittel auch):

Sotalex³: 80 mg morgens und abends;

Enalapril-ratiopharm⁴: 5 mg morgens;

Cipramil⁵: 40 mg morgens.

Das Eppendorfer "Stroke"-Departement habe eine Hirn-Embolie diagnostiziert; begünstigt oder verursacht durch die Rhythmusstörungen seines Herzens, müßten sich im linken Vorhof Thromben abgesetzt haben, die sich dann gelöst hätten und ausgeschwemmt worden seien, u.a. auch in das Gehirn.

² bei der Erkrankung des Herrn Hanekamp ist die zeitlich unbegrenzte Weitereinnahme von Marcumar medizinischerseits unverzichtbar, um weitere Embolisierungen zu verhindern.

³ ein sogen. Beta-Blocker, hier zur Unterdrückung von Arrhythmien des Herzens und zur Infarkt-Verhütung gegeben, wirkt statistisch signifikant lebensverlängernd.

⁴ ein sogen. ACE-Hemmer, wie Sotalex neben der Blutdrucksenkung auch infarkt-verhütend wirksam.

⁵ ein "modernes" Antidepressivum, i.e. ein Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, im Gegensatz zu den sogenannten trizyklischen Antidepressiva und den Neuroleptika ohne zu befürchtende fatale Nebenwirkungen auf das Herz

Er erinnerte sich dann, daß das Ereignis vom 30.10.00 offenkundig nicht das erste seiner Art gewesen ist:

In ungefähr den letzten 2-3 Jahren sei es bereits einige Male vorgekommen, daß er ohne ersichtlichen Grund plötzlich schwindelig, unsicher auf den Beinen und es ihm schummerig vor Augen geworden sei, und daß gleichzeitig an den Händen das Empfinden aufgekommen sei, als gehörten sie nicht mehr zu ihm. Allerdings sei das viel weniger dramatisch als kürzlich geschehen, und vor allem habe es keine Sprachstörungen dabei gegeben.

ZUR SOZIALEN VORGESCHICHTE

Er sei in S. geboren worden und vier Jahre in die örtliche Volksschule, anschließend in P. zum Gymnasium gegangen. Mit 15 Jahren sei er vorzeitig abgegangen, weil es ihn von zu Hause fort gezogen habe, und weil er sich in einem chemischen Beruf ausbilden lassen wollte, wozu es im weiten Umkreis seines Heimatorts keine Gelegenheit gegeben habe.

Nach einem bestandenen Eignungstest sei er durch ein kleines Mißverständnis dann aber von der Hoechst AG in Frankfurt als Biologielaboranten-Lehrling angeworben worden statt zur BASF zu gehen, wie ursprünglich beabsichtigt.

Seit seinem 15. Lebensjahr habe er dann in Frankfurt in einem Lehrlingsheim gewohnt. Zwei- bis dreimal pro Jahr sei er auf Besuch nach Hause gefahren; unter Heimweh habe er nie gelitten.

Binnen kurzem habe er in Frankfurt unter den anderen Lehrlingen und unter Studenten und Schülern weitläufige Bekanntschaften gemacht, was ihm immer leicht gefallen sei. Bald schon habe er sich der 1968-iger "Szene" angeschlossen, fleißig mitdemonstriert und sich maßgeblich an der Herausgabe einer Lehrlingszeitung beteiligt; "Benno" habe die mit damals aktuellem Bezug geheißten. Nachdem sie wegen höheren Orts bemängelten politischen Inhalts konfisziert worden sei, habe er eine eigene Zeitung namens "Rotstift" editiert. Noch später, nämlich bei der Bundeswehr, sei es die Zeitung "Roter Punkt" gewesen, an der er aktiv mitgemacht habe. Man könne ihm zumindest nicht vorhalten, er habe sich in seiner Jugend nicht am Zeitgeschehen beteiligt.

Er habe seit jeher Freude daran gehabt, sich verbal wie schriftlich zu artikulieren. Auch gelernt habe er leicht und gern und seinen Lehrabschluß mühelos und mit ausgezeichnetem Erfolg bestanden.

Seinen Antrag, vom Wehrdienst befreit und dem Zivildienst zugeteilt zu werden, habe man abschlägig beschieden. In einer Hannoverschen Kaserne habe er also in einer Sanitätseinheit gedient und dort ohne besondere martialische Beengung der Apothekenbetreuung zugewiesen wurde.

Der dann folgende Suizidversuch, bzw. die Natur und die Inhalte seiner desolaten Verstimmung, die dazu geführt habe, sei zu einem gravierenden Einschnitt in sein Selbstverständnis und in seine weitere Entwicklung geworden.

Geheiratet habe er mit 18 Jahren, unmittelbar bevor er eingezogen worden sei. Nach dem Ende des Wehrdienstes habe er nicht im Frankfurter Lehrlingsheim und bei seiner Lehrfirma bleiben mögen und sei mit seiner Frau bei seinen Eltern in S. eingezogen. Dort sei er mit 20 Jahren auch das erste Mal Vater geworden.

Schon damals sei es schwierig gewesen, im Emsland eine Arbeit zu finden. Anfangs habe er mangels anderer Alternativen am Fließband in der Produktion der AEG-Filiale in Oldenburg gearbeitet. Dann sei er aufgrund seiner Ausbildung und unter günstigen Bedingungen als Pharmareferent einer Bielefelder Firma angestellt worden. Allerdings sei das ein unruhiges Leben gewesen, zumal er einen Bezirk im Harz zu betreuen gehabt habe. Ihm das Emsland als Arbeitsgebiet zuzuteilen, habe man abgelehnt, bis er andernfalls zu kündigen gedroht habe, woraufhin man ihm dann unter merklich aufgebeßertem Gehalt nachgegeben habe. Danach sei es sowohl mit dem Familienleben als auch mit den wirtschaftlichen Umständen deutlich erfreulicher weitergegangen. Er sei bis 1975 bei dieser Firma geblieben.

Bis dahin habe er bereits die Prüfung als Heilpraktiker bestanden gehabt und probatorisch eine Praxis in P. eröffnet. Das sei nicht besonders gut gelaufen, so daß er dann und mit schließlich ausgezeichnetem Erfolg seine Praxis nach Wedel bei Hamburg verlegt habe. Mit der Zeit sei eine beträchtliche Stamm-Klientel herangewachsen, die ihn pausenlos beschäftigt habe. Auch wirtschaftlich sei alles vorzüglich vorangegangen. Selbst mit den Nervenärzten in Eppendorf habe er auf gutem Fuße gestanden, weil die ihn bedarfsweise gebeten hätten, Hypnose-Behandlungen in der Univ.Klinik zu übernehmen.

Dann habe sich 1981 seine Frau von ihm scheiden lassen, mit der Praxis sei es bergab gegangen, bis er sie schließlich aufgegeben habe, "und als schon alles gelaufen war und vorbei zu sein schien, habe ich den Infarkt erlitten."

Von den Früchten seiner Arbeit sei ihm nichts geblieben, von Schulden abgesehen, die seine Frau ihm hinterlassen habe, weil er für sie gebürgt habe, als sie partout ein Sanatorium einzurichten gedacht habe.

Nach seiner zweiten Heirat 1983 habe er beschlossen, sich beruflich umzuorientieren. So habe er an der Hamburger Universität 6 Semester Volkswirtschaft studiert, noch einmal 3 Semester zusätzlich für den Abschluß als Diplom-Sozial-Ökonom angehängt und 1989 sein Staatsexamen bestanden. Das Studium, seinen und den Unterhalt für seine Frau und seine Tochter habe er durch Nebenarbeiten selbst verdient, - hauptsächlich durch Kurierdienste in Hamburg -, und dazu habe er noch seinen Sohn aufgezogen, der ihm ja zugesprochen worden sei.

Sowie er sein Staatsexamen abgeschlossen habe, sei er Dezernent im neugegründeten Landratsamt von Glauchau in Sachsen geworden. Zu diesen Zeiten sei eine annehmbare Wohnung in den damals noch in 'statu nascendi' befindlichen "Neuen Ländern" kaum zu finden gewesen. Er sei gezwungen gewesen, in einem unappetitlichen Wochenquartier zu hausen und nur jedes, manchmal nur jedes zweite Wochenende imstande gewesen, zur Familie nach Hamburg zu fahren.

Die Arbeit allerdings habe ihn zunächst ganz gefangengenommen und ihn für alle zweifelhaften Nebengeräusche auf das Erfreulichste entschädigt. Wie man ja wisse, mußten alle administrativen Strukturen samt ihren politischen und ökonomischen Verflechtungen in die Apparate der "Alten Länder" eingepaßt werden. Dazu habe man naturgemäß der Beihilfe von post-sozialistischen Mitarbeitern bedurft, die es aber erst entsprechend anzuleiten und zu adaptieren galt. Die permanente Initiative und die fachlichen Kenntnisse samt der innovativen Bereitschaft, die es gebraucht habe, um eine solche handlungsfähige Behörde überhaupt in Gang zu bringen, hätten ausschließlich beim ebenfalls aus dem Westen eingeführten neuen Landrat und bei ihm gelegen. Normale Bürostunden hätten sie nicht gekannt, aber auch kaum vermißt. Er selbst habe mit der sogenannten Treuhand zu verhandeln gehabt, vorausschauende Projekte ohne eingefahrene Vorbilder seien zu entwerfen und zu praktizieren gewesen, und dies keineswegs nur von einem friedlichen Schreibtisch aus. So hektisch und aufreibend dieses Leben auch gewesen sei, es habe ihm Freude gemacht mitzuerleben, daß es doch auch dankenswerte und allgemeinnützliche Planungen gegeben habe, die dann begonnen hätten, Leben und Gestalt anzunehmen.

Obwohl er regelmäßig 13-14 Stunden pro Tag gearbeitet habe, habe er noch den Elan dazu gefunden, nebenberuflich eine Transportfirma zu gründen und dazu zwei eigene Lastwagen anzuschaffen.

Auch das Arbeitsklima sei etwa über das erste Jahr hin vorzüglich geblieben. Weder der "alt-deutsche" Landrat noch er selbst hätten sich darin gefallen, anmaßend oder herrschaftlich

belehrend den ostdeutschen Kollegen gegenüber aufzutreten. Die ihrerseits schienen das durch loyale und freundschaftliche Kooperation zu honorieren.

Zu Hause in Hamburg habe sich allerdings Mißstimmung breitgemacht. Seine Frau habe ohne seine Anwesenheit keineswegs an Betätigungsmangel zu leiden gehabt. Sie habe einen Frisierladen besessen und geführt, später im Rahmen einer von ihr gegründeten GmbH noch drei weitere übernommen, und das sei keine kleine Affäre geworden, denn sie habe schließlich um eine Million Mark Umsatz jährlich gemacht. Er habe sie in ihren Geschäften so gut wie möglich beraten und unterstützt, ihr sogar ein spezielles Computerprogramm geschrieben, das auf ihre individuellen Bedürfnisse in der Geschäftsführung zugeschnitten gewesen sei; (ja, das Programmieren habe er auch gelernt). Aber in eine rationale Buchführung und in einen besonnenen Umgang mit Geld habe sie sich nie einfinden können. Und er selbst habe es nicht über sich gebracht, in Glauchau alles hinzuwerfen und Geschäftsführer für seine Frau zu werden. Er habe annähernd sein gesamtes und damals nicht geringes Gehalt in ihre Geschäftskasse transferiert, aber es habe nichts gefruchtet. Ihren Forderungen, sich mehr um ihr Geschäft zu kümmern, seien ihre Beschuldigungen gefolgt, ihre Talfahrt in die Insolvenz sei alleine seiner Indolenz zuzuschreiben, und schließlich habe es kaum noch ein anderes Thema zu Hause gegeben, und friedlich und entspannt sei es dabei auch nicht zugegangen. Ihre Akme* habe diese traurige Geschichte ja dann in seinem Herzstillstand erlebt.

Nach seiner Genesung, und zurück an seinem Arbeitsplatz in Sachsen, habe nichts mehr an das Klima vor seiner Erkrankung erinnert. Der west-stämmige Landrat sei verschwunden gewesen und von einem vormaligen Stasi-Mitarbeiter aus der DDR-Computerfirma "Robotron" ersetzt worden. Der allein habe sich nun in der Öffentlichkeit und im Behördengeflecht als Quelle und Motor aller Erfolge ausgegeben, die der vormalige Landrat zusammen mit ihm; - Herrn H. -, zustande gebracht habe. Auch mit der brüderlichen Kollegialität sei nichts mehr gewesen. Der neue Landrat habe ihm seinen Dezernentenposten entzogen und das mit fadenscheinigen Umorganisationen motiviert. Seine Proteste gegen die ungesetzliche Rückstufung seien von fachmännischem und ganztägigem Mobbing aller ihm vormals so treuherzig ergebenden Mitarbeiter beantwortet worden. Er habe sich geweigert, einfach klein beizugeben, und noch über ein Jahr lang versucht, sich vielleicht doch noch durchsetzen zu können, wozu es aber tatsächlich keine Chance mehr gegeben habe. Die West-CDU habe über den Aufsichtsrat einer nun auch im Osten etablierten gewichtigen westdeutschen Firma der Assistenz alter SED-"Seilschaften" im Landratsamt bedurft, so daß er schließlich dort entsorgt worden sei.

* Der altgriechische Begriff Akme (griechisch ἀκμή) bedeutet „Reife“, „Höhepunkt“.

Mit seiner Transportfirma sei es in seiner Abwesenheit ebenfalls zu Ende gegangen. So habe sich 1991/92 sein endgültiger Rückzug aus den "Neuen Ländern" gestaltet. Er sei neuerlich praktisch mittellos, ohne Familie und nun ohne Anstellung gewesen; die zweite Trennung habe im Februar 1992 stattgefunden.

In Hamburg habe er sich zunächst beim Arbeitsamt um eine Arbeitsvermittlung bemüht. Hier sei er jedoch erstmals in die Kategorie "überqualifiziert und nicht mehr vermittelbar" geraten. So habe er dann unverdrossen in Hamburg Räume gemietet und eine neue Heilpraktiker-Praxis eröffnet. Ein gewisser Teil seiner vormaligen Klientel sei auch tatsächlich zu ihm zurückgekehrt, aber davon sei nicht zu leben gewesen. So sei er dann wieder in Hamburg als Kurier gefahren und habe sich mehr und mehr auf sein Einkommen aus dieser Quelle verlassen müssen. Dadurch sei wiederum seine Praxis zusätzlich vernachlässigt worden und erst recht nicht in Gang gekommen.

Mit dem Beginn des sogen. Trennungsjahrs im April 1992 habe ihn aller Mut verlassen und er sich, wie schon berichtet, ein ganzes Jahr lang in die Vergrübelungen seines Rückzugs in der mütterlichen Wohnung in S. versponnen.

Der Rest seiner Biographie sei ja bekannt. Nach seinen Spitalsaufenthalten in der Psychiatrie in Wehnen, und nach seiner behördlichen Klassifizierung als Schizophrener oder doch "instabiler" oder sonstwie gefährlicher Geisteskranker habe man ihm schließlich den Führerschein entzogen. Er sei eben dabei gewesen, sich durch erneute und ganztägige Kurierdienste im Hamburger Großstadtverkehr eine neue wirtschaftliche Grundlage oder Startposition zu schaffen, - durchweg unfallfrei übrigens. Stattdessen sei er nun amtlicherseits erst zum Langzeitarbeitslosen und endlich zum Sozialhilfe-Empfänger avanciert. Zur Zeit sei er noch wegen des Schlaganfalls im vergangenen Oktober krankgeschrieben.

KÖRPERLICHER UND NEUROLOGISCHER UNTERSUCHUNGSBEFUND:

Pykno-athletischer Habitus. Körpergewicht 90,5 kg, Größe 1,73 m. Damit betrug der Körper-Massen-Index 30,2 und lag im Risikobereich für u.a. kardiovaskuläre Erkrankungen. Vollbart und volles Haar graumeliert. Ca. 5-markstückgroßes Narbenfeld am ventralen Hals, nach Tracheostomie. Geringe rechts-konvexe Gesichtsskoliose mit entsprechender Schädelasymmetrie. Carotiden großkalibrig and etwas sklerosiert erscheinend seitengleich zu tasten. Herzaktion regelmäßig, 67/s, 1. HT angedeutet gespalten, keine pathologischen Geräusche, Blutdruck 145/90 mmHg. Leberrand 1-2 Querfinger unter rechtem Rippenbogen zu tasten

und kratzauskultatorisch abzugrenzen, erschien von unauffälliger Konsistenz. Im Abdomen nichts Krankhaftes zu tasten. Keine äußerlich erkenn- und tastbaren Lymphknoten. Über dem unteren Schienbeindrittel finden sich beiderseits geringfügige Ödeme, nicht so über den Fußrücken.

HIRNNERVEN:

Geruchssinn nicht beeinträchtigt. Pupillen annähernd miotisch (in hellem Raum), seitengleich und rund, reagieren auf Lichteinfall und Naheinstellung entsprechend nur geringfügig, aber prompt. Augäpfel in allen Richtungen frei beweglich. Kein Nystagmus. Hornhautreflexe seitengleich. Sensibilität aller Gesichtshaut-Areale ungestört und seitengleich. Bei maximalem seitwärtigen Spreizen der Lippen (Zähnezeigen) bleibt der rechte Mundwinkel geringfügig, aber konstant bei Wiederholungen hinter dem linken zurück. Die maximale Kontraktion der subkutanen ventralen Halsmuskulatur des Platysmas bleibt rechts deutlich schwächer als links. In allen übrigen Gesichtsmuskeln, die vom N. facialis innerviert werden, fehlen Seitendifferenzen in erkennbaren Muskelkontraktionen. Das Hörvermögen findet sich links milder als rechts, besonders für niederfrequente Geräusche/Töne. Die Gaumenbögen stehen rund und seitengleich. Die Zunge wird gerade und ausgiebig vorgestreckt und zeigt keine seitenungleiche Beschaffenheit. Die Schultern stehen höhengleich und werden symmetrisch kräftig angehoben.

REFLEXSTATUS:

Sogen. Schnauzreflex angedeutet positiv. Die Eigenreflexe sind mittel-lebhaft, am rechten Arm aber lebhafter als links auszulösen, wobei die Seitendifferenz für den Bizepssehnenreflex am deutlichsten ausfällt. Trömnersch'sches Zeichen schwach seitengleich auszulösen. Bei gleichzeitigem Jendrassik'schem Handgriff zeigt sich der rechte Patellarsehnenreflex lebhafter als links, beide gut mittel-lebhaft. Die Achillessehnenreflexe sind beidseits nur schwach, rechts aber noch schwächer als links auszulösen (in der Vorgeschichte Ischialgie). Babinski's und Rossolimo's Zeichen negativ.

Die Bauchhaut-Fremdreflexe sind beiderseits nur unter-mittellebhaft, rechts aber lebhafter als links auszulösen.

MOTORIK:

Die gesamte Gliedmaßen-Muskulatur ist auffallend kräftig entwickelt; (obwohl körperliche Betätigung als geringfügig beschrieben wird). Tremor oder Rigor fehlen. Die Ruhespannung der gesamten Muskulatur des rechten Arms liegt deutlich unter der des linken, wobei wie üblich die Differenz in den Beugergruppen überwiegt. Bei ausreichend besorgter Entspan-

nung findet sich auch der Ruhetonus in der Oberschenkel- und der Waden-Muskulatur rechts niedriger als links, wobei die Seitendifferenz geringer als armwärts ausfällt.

Umschriebene Muskelverschmäftigungen sind nirgends erkennbar.

Die grobe Kraft sämtlicher Muskelgruppen der Extremitäten ist ausgezeichnet und nirgends durch maximale Kraftaufwendung des Untersuchers zu überwinden, ausgenommen bei der kleinen Hand- und Finger-muskulatur, die sich aber gleichfalls als unbeeinträchtigt und seitengleich erweist.

SENSIBILITÄT:

Alle Empfindungsqualitäten finden sich allseits ungestört, einschließlich des (protopathischen und epikritischen) Empfindens am Stamm. Desgleichen erweisen sich die stereotaktischen Fähigkeiten als ausgezeichnet intakt; es werden z.B. bei Lidschluß alle in die Hand gelegten und betasteten Gegenstände erkannt und bei deutschem Hartgeld selbst der Münzwert identifiziert. Seitendifferenzen an den Händen fehlen dabei.

KOORDINATION:

Rechts-Händer und -Beiner. - Schnelle Wechselbewegungen der Hände (Diadochokinese) ungestört. Rasches Trommeln mit den Fingern beider Hände zügig und seitengleich. Alle Zielversuche mit Fingern/Händen oder Füßen fallen spontan oder nach kurzer Übung ungestört aus, einschließlich des Barany- und Finger-Finger-Versuchs. Gang und Stand ohne abnorme Abweichungen, es wird lediglich beim Gehen die rechte Schulter geringfügig vorgehalten. Beim Blindgang über längere Distanz und besonders beim sogen. Kompaßgang (blindes Gehen über je 10 Schritte geradeaus mit Wende um 180 Grad und anschließenden Wiederholungen des Blindgangs) treten Abweichungen nach links auf, die über 10 Schritte 1-2 m betragen. Wartenbergs Standgang mit angedeuteter Links-Rotationsneigung. Monopedalstand ausreichend sicher. Fersen-, Zehenspitzen- und Fußkanten-Gang- und -Stand sicher und ungestört. Beim Hocken auf Zehenspitzen mit vorgestreckten Armen und bei geschlossenen Augen keine Schwank- oder Fallneigung.

SPRACHE:

Das sensorische Vermögen (des Sprach-Verständnisses) bleibt auch während der mehrstündigen Exploration durchweg ungestört.

Das gleiche gilt für das laute und leise Lesevermögen, die fehlerfreie und schnelle Rezitation gewohnter Wortfolgen (Monate etc.), das Schreibvermögen und das Wiedererkennen der eigenen Schrift nach Diktat, bzw. der korrekt geschriebenen Zahlen und Rechenbeispiele nach Aufforderung.

Während längeren Redens unterlaufen sogen. Paraphasien nur gelegentlich und keineswegs in einer Weise, die in üblichen Unterhaltungen auffiele. Dabei geht es vorwiegend um Silben-Verstümmeln/-Verfälschen oder -Auslassen, oft auch mit nachfolgender Korrektur, ohne daß das die Verständigung erschwerte. Die Artikulation wird üblicherweise bei entsprechend lebhaft affektiv besetzten Themen rascher, wobei sich dann die silbenmäßigen Artikulationsfehler häufen, wie das gemeinhin als "Verhaspeln" bezeichnet wird. Herr H. spricht gewöhnlich flüssig bis schnell und meinte selbst dazu, vor der Erkrankung vom Oktober 2000 durchweg schneller und flüssiger geredet oder auch gedacht zu haben. Er empfinde das als eine Verlangsamung seiner inneren Gedanken- oder Wort-Produktion, wobei er das eine schlecht vom anderen unterscheiden könne. Tatsächlich beobachtbare Wortfindungsstörungen kommen in der Tat vor und werden am deutlichsten dadurch angezeigt, daß der vorher fließende Wortstrom plötzlich unterbrochen wird, manchmal nur einen kleinen Augenblick lang, seltener dadurch länger, daß dann ausdrücklich nach dem zutreffenden Ausdruck gesucht wird. Weil es sich in der Regel dabei nicht oder keineswegs ausschließlich um ungebräuchliche oder Fach-Ausdrücke handelt, ist von persistierenden Wortfindungsstörungen auszugehen. Objektiv imponieren die als diskret bis geringfügig, aber wurden subjektiv als noch hinderlich bis aufdringlich beschrieben.

ZUR BESCHREIBUNG SEINER GEGENWÄRTIGEN PSYCHISCHEN VERFASSUNG:

Herr H. blieb über die gesamte 6-stündige Unterhaltung und Untersuchung bei ungetrübtem Bewußtsein und zeigte keine Ermüdungserscheinungen. In allen örtlichen, zeitlichen und persönlichen Qualitäten blieb er korrekt orientiert; es fiel lediglich wiederholt auf, daß er sich umständlicher oder korrekturbedürftig im persönlichen Zeitgitter zurechtfinden mußte, wobei es hauptsächlich um chronologische Abfolgen seiner Erkrankungen ging.

Nach seinen sprachlich-gedanklichen Produktionen, seinem Wortschatz und nach der gesamten ausdrucksmäßigen "Gestaltwahrnehmung" zu urteilen, dürfte Herrn H.'s Intelligenzquotient merklich über dem allgemeinen Durchschnitt liegen.

Vom Formalen her bot sein Gedankengang nichts Krankhaftes, aber andererseits verlief er auch nicht durchweg glatt und mühelos.

Meistens wartete er ab, daß er etwas gefragt wurde. Er versuchte immer, von sich aus dann alles spontan zu einem Thema beizutragen, was ihm dafür von Belang erschien. Das lief nach einem gewissen Grundmuster ab. Gewöhnlich begann er, nach einer kurzen Bedenkzeit zu reden, wenn ein neues Thema aufgegriffen wurde. Zwischenfragen in gleichen Zu-

sammenhängen wurden meistens ohne Latenz beantwortet. Anfangs hatte er sich auf einen neuen Gegenstand auch während des Redens sichtlich noch zu besinnen, denn er sprach dann langsamer, manchmal auch zögernd und stockend. Wenn er einmal in einer Sache Schritt gefaßt hatte, kamen ihm die Gedanken erkennbar müheloser, wenn auch nicht immer kohärent. Er bewies eine gewisse Pedanterie in dem Bestreben, möglichst so genau wie vollständig Auskunft zu geben. Dabei schob er gelegentlich mehrere detaillierte Gedankenstränge sozusagen parallel, aber natürlich nicht zeitgleich voran, so daß thematische Sprünge, bzw. Lücken auftauchten, die aber nicht bis zur Unverständlichkeit reichten. Wenn sich schließlich die Informationen über eine bestimmte Sache erschöpften, tröpfelte der Gedankengang aus, indem nach kürzeren wie längeren Bedenkpausen noch dies und das ergänzt oder genauer veranschaulicht wurde. Danach kam er selten von sich aus zu etwas Neuem sondern wartete, bis etwas anderes an Auskünften erbeten wurde. Es gab also einen gewissen, aber nicht als pathologisch wertbaren Mangel an gedanklich-sprachlicher Spontaneität, eine Umständlichkeit bis zu kleineren gedanklichen Abbrüchen, die durch sein Komplettierungsbestreben mitbedingt wurde, und deutliche Tempi-Wechsel in der gedanklichen und sprachlichen Produktion.

Der Wortschatz bewies eine solide formale Bildung. Grammatische Fehler unterliefen nirgends, und er sprach Hochdeutsch ohne lokalen Akzent.

Die Kontaktbereitschaft blieb durchweg in höflicher und freundlicher Weise erhalten. Das erstreckte sich auch auf Erwidern zu Fragen, die ein gerade ventiliertes Thema relativierten oder konträr deuteten und zumindest eine von ihm geäußerte Meinung nicht bekräftigten. Er zeigte sich bei solchen Gelegenheiten auch nicht unterschwellig erkennbar gereizt oder auch nur irritiert und versuchte nur ausnahmslos, seine eben beschriebene Wertung zum besseren Verständnis zu erklären. Diese besondere Art der "Geduld" mit einem ihm Fremden besaß durchaus eine nachsichtig-beschwichtigende, aber auch nicht entfernt eine unterwürfige Komponente.

Eine gleichsinnige Neigung, verbal direkten Konfrontationen und Hostilitäten aus dem Weg zu gehen, bezog auch solche Personen und Umstände ein, die ursächlich an der Vernichtung seiner sozialen Existenz beteiligt waren, oder von denen er glaubte, daß sie im Zusammenhang damit zu sehen seien. Dabei versuchte er keineswegs, über derartige Personen und Ereignisse inadäquat versöhnlich zu sprechen, so als ob er niemandem im Grunde etwas nachzutragen habe. Aber er hielt auch dabei verbal Distanz und gebrauchte nie Verbalinjurien oder herabwürdigende Charakterisierungen. Wiederholt nahm er sogar gewissen Ereignissen dadurch die Spitze, daß er sie eher als lächerlich bis bitter erheiternd, statt als strafwürdig oder verachtenswert schilderte.

Hierzu gehörte auch die nächtliche Polizeikontrolle am Küstenkanal vom 3.6.1993. Man gewann nicht den Eindruck, daß er etwas zu seinem Vorteil zu rationalisieren und zu bagatellisieren versuchte, als er davon erzählte, wie man mit Hilfe eines defekten Rücklichts in die nächstgelegene Psychiatrie geraten kann.

Ebenfalls in aller Ruhe, aber resigniert und bitter breitete er aus, wie einfach es doch sei, jemanden gegen Kontrakt, Absprache und Treu und Glauben um seine Anstellung zu bringen. So habe er es nach seinem abgeschlossenen Studium im sächsischen Glauchau immerhin zum Dezernenten beim Landratsamt gebracht. Nach seiner Erkrankung und Rückkehr habe er sich mir nichts, dir nichts auf einem erheblich niederrangigeren Posten wiedergefunden. Sein Amtsnachfolger sei ein Angehöriger einer der DDR-SED-"Seilschaften" gewesen, die vor der "Wende" bereits administrativ und lokalpolitisch das Sagen gehabt hätten, und die sich nach abwartender Neuorientierung seit Anfang der 1990-iger Jahre wieder gegenseitig zu einflußreichen Positionen verholten hätten. Obendrein hätten sie sich noch mit den Erfolgen seiner eigenen Dezernentenprojekte geschmückt. Und seine vormaligen Untergebenen, nämlich von ihm angelernte und angeleitete ehemalige DDR-Bürger und anscheinend vormals loyale und freundschaftliche Mitarbeiter, hätten mit einem Mal auch nichts mehr von ihm wissen wollen und sich im Mobbing gegen ihn zusammengetan.

Auch andere Begebenheiten, die ihn verletzt hätten, legte er einem ausnahmslos ohne große Worte und in nachvollziehbaren Zusammenhängen dar.

Wie sich gezeigt habe, sei den eigenen Blutsverwandten nicht mehr als Fremden zu trauen. Er könne seiner Mutter und seinem Sohn nicht verzeihen, daß sie nach seiner psychiatrischen Spitalseinweisung nach Wehnen im Mai 1993 den Ärzten dort Beobachtungen über sein Verhalten auf eine solche Weise geschildert hätten, daß man ihn als Geisteskranken, nämlich als Schizophrenen abgestempelt und gegen seinen Willen eingesperrt und behandelt habe. Das Verhältnis zu seiner Mutter sei seither kühl bis ablehnend und das zu seinem Sohn distanziert geblieben. - Tatsächlich wurde während der Untersuchung, und wenn die Mutter gelegentlich das Zimmer betrat, auch für einen Fremden die Kälte im Umgang miteinander erkennbar.

Es wurde ihm dann eingewandt, daß er aber doch zweifellos im Mai 1993 psychotisch erkrankt sei. Er räumte das ohne weiteres ein, aber doch sichtlich bedrückt. Es sei wohl zutreffend, daß er damals auf abnorme Weise gehandelt, gedacht, gefühlt und wahrgenommen habe. Aber das habe ihn doch nicht zum Schizophrenen gemacht und viel weniger noch gerechtfertigt, daß ihm der Führerschein abgenommen und er damit beruflich paralysiert wurde,

und daß man diese Diagnose als Argument gegen ihn bei seiner Scheidung benutzt habe und im noch laufenden familiengerichtlichen Verfahren zum Sorgerecht für seine Tochter auch weiterhin benutze; es sei ihm ja untersagt, seine Tochter auch nur sehen zu dürfen, als ob er ein gemeingefährlicher Irrer sei.

Obwohl auch hierbei nichts an aufgeregter Gespanntheit bis an die Oberfläche kam, gewann man doch unschwer das Gefühl dafür, wie penetrant der Pfahl sein mußte, der ihm da im Fleische stak. Ein Bedürfnis nach kausalem Verständnis und damit nach einiger Erleichterung brachte ihn dazu, Schuld paranoisch nach außen zu projizieren, wo sie nur scheinbar zu finden sein konnte. Hier war seine rationale Distanz brüchig geworden.

Das Argument, daß im psychiatrischen Gutachten (GA) des Landeskrankenhauses Wehnen aber doch nicht für eine schizophrene sondern für eine körperlich begründbare Psychose plädiert worden sei, wollte er nicht gelten lassen. Das sei eine nachträgliche oder auch zusätzliche Manipulation gewesen. Entlassen worden sei er mit der Diagnose einer Schizophrenie, und so sei es auch seinem Hausarzt mitgeteilt worden. Tatsächlich besitzt Herr H. eine Photokopie des vorläufigen Entlassungsberichts aus dem LKH Wehnen vom Mai 1993, der eine "Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis" konstatiert. Er sei sich sicher, daß auch die Polizei darüber informiert worden sei, wie er das auch bei der Verkehrskontrolle vor der Wiedereinweisung im Juni 1993 überhört habe, als die Beamten bei ihrer Wache Auskünfte über ihn einholten. Außerdem sei ja unzweifelhaft, daß die Behörden über seine angebliche Geisteskrankheit unterrichtet worden seien, denn sonst hätte man ihm ja nicht den Führerschein entzogen⁶.

Im abschließenden oberverwaltungsgerichtlichen Urteil in der Führerscheinsache sei der endgültige Entzug ja mit seiner "psychischen Instabilität" begründet worden und damit als unmittelbare Konsequenz seiner psychiatrischen Einweisungen vom Mai und Juni 1993 zu werten. Das könne nur als Folge der ihm zugeschriebenen Diagnose einer Schizophrenie verstanden werden, oder doch zumindest der Diagnose einer psychotischen Erkrankung, die in ihren Auswirkungen auf seine Fahrtüchtigkeit und auf sein gesamtes Sozialverhalten einer Schizophrenie gleichzusetzen sei. Das GA schließe ja auch mit der Behauptung, es sei nur theoretisch mit einer Besserung zu rechnen⁷.

Diese Einwürfe besaßen also keinesfalls Wahn- oder wahnhaften Charakter.

⁶ Auch das trifft zu. Die handschriftlichen Notizen der Staatsanwaltschaft Oldb. vom 10.12.93, Bl. 57 der Akte des Verw.Ger. Osnabrück, belegen, daß eine Kopie des GAs an den Landkreis Emsland, Meppen, Führerscheinstelle, abgegeben worden ist.

⁷ siehe Zusammenfassung des GAs vom 11.11.1993

Darüber hinaus sei das GA nie von der Staatsanwaltschaft Oldenburg in Auftrag gegeben, vielmehr nur nachträglich von ihr akzeptiert worden, nachdem es ihr von der Psychiatrie in Wehnen aufgenötigt worden sei.

Dabei bezog er sich auf den Aktenvermerk der Staatsanwaltschaft Oldb. vom 28.7.1993 über ein Telefongespräch mit Frau Dr. Becker-Emner, LKH Wehnen. Erbeten worden war tatsächlich nur eine Auskunft (über die Schuldfähigkeit angesichts eines lädierten Verkehrsschildes), die unter Berufung auf die Schweigepflicht von Frau Becker-Emner verweigert wurde. Sie beharrte in der Tat darauf, daß ein "Sachverständigengutachten" einzuholen sei, obwohl die Staatsanwältin mutmaßte, dieser Aufwand wäre wohl "unverhältnismäßig". Schließlich ließ sie sich bewegen, bei Frau Becker-Emner "eine kurze gutachtliche Äußerung" bestellen zu wollen⁸. Daraus wurde dann doch ein reguläres GA mit seinen tatsächlichen unerfreulichen Konsequenzen.

Hier ging es also keineswegs um einen paranoiden oder auch nur paranoischen Inhalt. Was Herrn H. nicht eingehen wollte, war die Motivation der Frau Becker-Emner, warum die sich auf ihr eigenes Betreiben hin auf das GA mit allen seinen unerfreulichen Details versteift habe, statt es bequemerweise mit einer pauschalen Bescheinigung gut sein zu lassen. (Herrn H. sind die Gepflogenheiten des medizinisch-forensischen Liquidationswesens fremd).

Herr H. war und blieb davon überzeugt, daß es in der Gutachtens-Sache und mit der Anzeige wegen Fahrerflucht nicht korrekt und nicht gänzlich mit rechten Dingen zugegangen sei. Das liege auch deswegen umso näher anzunehmen, weil das GA ja insofern vorteilhaft für ihn ausgefallen sei, als wenigstens eine schizophrene Psychose verneint worden sei. Es habe ihm auch jemand vom Psychologischen Departement der Univ. Hamburg bestätigt, daß das GA im Grunde genommen als positiv zu werten sei. Wie aber erkläre es sich dann, daß das GA oder gleichbedeutend seine Einweisungen nach Wehnen derartig desolate Folgen für ihn gezeitigt hätten. Eine psychotische Episode, die durch eine Herzkrankheit verursacht worden sei, könne ja wohl schlecht den permanenten Entzug des Führerscheins und nicht zuletzt im Zusammenhang damit den Verlust der beruflichen Existenz begründen; jedenfalls nicht in einem Rechtsstaat, wenn es nach Recht und Gesetz zugehe.

Es müsse also mehr hinter der ganzen Sache stecken, als es den Anschein habe. Worum es dabei tatsächlich gehen möge, wisse er bis heute nicht, sich klar zu machen. Daß sein ganzes Unheil vom psychiatrischen Krankenhaus Wehnen und seither von den Behörden ausgegangen sei, bedürfe keines umständlichen Beweises: ohne Einweisung kein GA, ohne GA kein Führerscheinentzug und keine Brandmarkung als Geisteskranker samt allen sozialen

⁸ Seiten 23 u. 24 der Akte des Verw.Ger. Osnabrück

sonstigen Konsequenzen. Wenn man dagegen von seiner damaligen Erkrankung als der tatsächlichen Ursache der unseligen Entwicklungen seit 1993 ausgehe, komme man zu derselben Schlußfolgerung: eine psychotische Episode durch eine körperliche Primärerkrankung rechtfertige keine behördliche Klassifizierung als permanent fahruntüchtiger Geisteskranker, etc. etc.: Wo also liege eine grundsätzliche Erklärung, wenn nicht in irgendeiner rechtsbeugenden Machenschaft.

Die Anmutung einer hintergründigen Verschwörung war hier unverkennbar. Ebenso deutlich drängte sich das Ausmaß der Vergrübelung auf, die ergebnislos um diese Frage rotierte. Von einer paranoiden Wahngewißheit konnte keine Rede sein. Im Gegenteil wäre zu erwarten gewesen, daß mit dem Aufblühen eines tatsächlichen systematisierten paranoiden Wahns die Last der fruchtlosen gedanklichen Zermarterung von ihm abgefallen wäre, und daß wahnhaftige Begründungen dann keine rationalen Zweifel mehr zugelassen hätten. Er hätte dann mit Wahngewißheit gewußt, wer und warum jemand hinter der ganzen "Sache" steckte. Tatsächlich gestand er aber zu, daß seine Mutmaßungen objektiv als nichts anderes als Mutmaßungen gewertet werden konnten und alle Zweifel daran von anderer Seite als unmittelbar verständlich. Aber trotzdem bewiese ja seine alltägliche Wirklichkeit, daß er sich in desolaten Lebensumständen befinde, ohne daß er sich selbst und irgendjemand sonst ihm bündig und logisch erklären konnte, wie und warum er in derartige Verstrickungen geraten sei, wenn alles mit rechten Dingen zugegangen wäre.

Andere paranoische Anmutungen von höherem Rang mündeten ringsum mit fließenden Grenzen in nachweisbare Realitäten, strukturierten sich aber in ihrem Zentrum zu einem bereits vage erkennbaren System; - oder vielleicht ja auch zu einem bereits wieder verblassenden, was nicht zu differenzieren war. Dessen generelles Thema umfaßte weibliche Intrigen und Rankünen und feministische Agitation und Zusammenrottung. Persönlich und im besonderen habe ihn das durch üble Erfahrungen in seinen beiden Ehen, bzw. seinen Scheidungen getroffen.

Herr H. verwies im Lauf der Unterhaltung verschiedentlich auf Nachteile, die er wahrscheinlich "durch die Organisation" erlitten habe. Auch bei anderen Gelegenheiten hielt er es für möglich, daß "die Organisation" ihre Finger im Spiel haben oder gehabt haben könnte. Wenn man ihn genauer dazu befragte, räumte er ausnahmslos ein, er habe nur einen derartigen Verdacht und wisse das keineswegs mit Bestimmtheit. Diese Ungewißheiten seien ja eben das Schlimmste daran und besonders darum herum drehten sich seine Gedanken fruchtlos im Kreise.

Er wurde dann gebeten, genau zu erklären, um welche Art von Organisation es sich handele, und warum und inwieweit er durch sie zu Schaden gekommen sei.

Er bezeichne einen verdachtsweise existenten Kreis feministisch eingestimmter Frauenspersonen der Einfachheit halber und sozusagen für den Eigengebrauch als "die Organisation", obwohl er keineswegs wisse, ob sie wirklich bestehe, und obschon er noch weniger wisse, ob es sich tatsächlich um eine organisierte, vereinsähnliche Frauen-Gesellschaft oder -Gemeinschaft handele. Auch über ihre Intentionen und Aktivitäten gebe es nur hergeleitete Verdachtsmomente, die weit von Gewißeiten entfernt seien. Ja, das sei schon richtig, ein Außenstehender werde sich wohl schwertun, das für bare Münze zu nehmen. Aber dennoch, sein Gefühl und auch bestimmte und tatsächliche Ereignisse drängten ihm immer wieder den Verdacht auf, daß ein feministischer Frauenkreis gegen ihn agiert habe und noch weiterhin agiere oder zu agieren bereit stehe.

Dieses Thema war naturgemäß hochgradig affektiv besetzt und hätte ein entsprechendes emotionales Ausdrucksverhalten erwarten lassen. Das war indessen nicht der Fall. Herr H. versuchte lediglich verbal mehrmals und auch in meandernder Weise, einem deutlich zu machen, daß er sich hier am Kern seiner endlosen Zergrübelungen bewege, und daß dies eine der wesentlichsten Quellen sei, aus denen seine ohnmächtige Hilflosigkeit und die erlebte Wirklichkeit stammten, daß "man", oder "die Organisation", - und diverse Behörden eingeschlossen -, ihn weit im sozialen Abseits entsorgt hätten, und daß nichts und niemand mehr willens und imstande sein werde, ihn von dorthier wieder in ein menschenwürdiges und sinnvoll genutztes Leben zurückkehren zu lassen. Und warum das wohl alles. Was er denn wohl getan habe, oder was an Aussätzigkeit ihm zugestoßen sei und anhafte, daß er das verdiene. Das Arbeitsamt habe die schlüssigste Formel dafür gefunden, wie die Überbleibsel seiner Existenz einzuordnen seien: "Überqualifiziert und nicht mehr zu vermitteln."

Auch diese psychopathologischen Inhalte bewegten sich weit außerhalb von paranoidem Wahn, von Wahngewißheit und wahnhaften Schlußfolgerungen. Es handelte sich erneut um einfühlbare paranoische Anmutungen und Herleitungen, die eine mehr- oder vieljährige durchgehende Vorgeschichte und Entwicklung besaßen, und die sich hier um eine Gemütsverstimmung von vitaler Tiefe gruppierten.

Nach der Natur dieses Themas hätte man eher erwartet, daß er es in einer erbitterten und erregten, oder in querulatorisch-kämpferischer und in aufbegehrender Verstimmung ausgebreitet hätte. Davon war nirgends die Rede. Was an tatsächlicher Verbitterung zutage kam, beschränkte sich auf verbale Inhalte und schloß keine ablesbaren begleitenden gespannten

oder hostilem Emotionen ein. Vielmehr trug er das alles in entmutigt-wegwerfender Weise vor, und es hatte in der Regel erfragt zu werden und wurde erst dann spontan ausgiebiger ausgebreitet. Es dominierte eine matte und erschöpfte Resignation. An seiner Verbitterung ließ er keinen Zweifel, aber auch dann, wenn er sich unmittelbar damit befaßte, brachte er es heraus wie eine böse und widerwärtige Erzählung aus vergangenen Zeiten, in die aus der Gegenwart heraus nicht mehr einzugreifen war. Herr H. stand weder unter sichtbarem affektiven Druck noch drängte es aus ihm heraus, was an Themen am engsten mit seiner existentiellen Misere verbunden war. Das bedeutete nicht ohne weiteres, daß es tatsächlich nicht in ihm gedrückt und gepreßt haben könnte. Aber in diesem Fall hätte er über eine erstaunliche Selbstbeherrschung verfügen müssen, die in dieser Untersuchung nicht von erkennbarem Vorteil gewesen wäre.

Ohne einen erfragten detaillierten Hintergrund wäre nicht zu begründen gewesen, daß man es mit einer paranoischen Entwicklung und nicht etwa mit einem paranoiden Wahn zu tun hatte.

Darüber hinaus gibt es Hinweise auf eine verdachtsweise endogen-depressive Erkrankung lange vor den Ereignissen von 1993:

Man müsse wissen, daß er von seinem ursprünglichen Naturell her ein zugänglicher Mensch gewesen sei, auch für eine gute Sache zu begeistern und bereit, sich mit Haut und Haaren für etwas einzusetzen, das er als lohnend genug angesehen habe. Auch Stehvermögen habe er besessen und bewiesen, so daß man ihn so leicht nicht enttäuschen könne. Das beziehe sich auch auf seine beruflichen Aufgaben. Er habe sich auch von schwerwiegenden Problemen nie rasch entmutigen lassen und immer versucht, ob sich Schwierigkeiten nicht doch meistern ließen, ehe er etwas aufgegeben habe. Und obwohl er nie viele Freunde besessen habe, so doch einige gute und verlässliche, und etliche davon besuchten ihn bis heute noch. Wenn er erst einmal zu jemandem Vertrauen gefaßt und ihn oder sie als vertrauenswürdig erlebt habe, dann könne man nicht nur in guten Tagen auf ihn bauen.

So habe er es auch in seinen beiden Ehen gehalten, was die grundlegenden menschlichen Beziehungen angeht. Seine erste Frau und er hätten Verwicklungen durchstanden, wie sie anderen Ehepaaren gewöhnlich erspart blieben. Sie seien beide noch sehr jung gewesen und beide ohne eine tatsächliche Familie und hätten umso mehr aneinander gehalten. Das Mädchen habe bei einem Stiefvater gelebt, der offenbar nicht recht bei Trost gewesen sei. Er habe sie buchstäblich von allen Kontakten nach außen hin wegzuschließen versucht, ihn sogar einmal mit einer Pistole bedroht, um ihn von weiteren Beziehungen abzu-

schrecken, und schließlich das Mädchen außerhalb vor ihm versteckt. Sie hätten sich trotzdem nicht voneinander trennen lassen und dann wenig später ja auch geheiratet.

Bis heute überdenke er immer wieder alle Ereignisse ihres Zusammenlebens, um vielleicht doch noch zu verstehen, warum seine Frau ihn schließlich verlassen habe, und warum das auf eine so häßliche Weise geschehen sei. Immerhin seien sie 13 Jahre lang verheiratet gewesen und hätten zwei Kinder miteinander gehabt.

Er räumt dann ein, es sei in der Tat möglich, daß seine Gemütsverstimmungen zu der Entfremdung beigetragen haben könnten.

Wie immer, wenn nach vormaligen oder aktuellen psychopathologischen Symptomen gefragt wird, zieht er sich zurück und überlegt lange, bevor er schließlich antwortet, und läßt sich nur mühsam bewegen, doch noch dies und das im Detail zu schildern. Sicherlich erfährt man bei weitem nichts Vollständiges. Offensichtlich bleibt er sich durchweg bewußt, daß man ihn als Geisteskranken klassifiziert hat, und versucht zu vermeiden, dieses Etikett auch noch selbst zu bestätigen.

So tut er seinen Suizidversuch mit 19 Jahren damit ab, die politische Ohnmacht, die er mit anderen der 1968-iger Revoluzzer erfahren habe, sei ihm unerträglich geworden. Es habe eben alles hoffnungslos ausgesehen. Sonst sei da nichts weiter gewesen.

Nun hatte es sich um keine Intoxikation gehandelt, die man als probatorisch oder demonstrativ etc. werten könnte, und die vielleicht einer juvenilen abnormen Erlebnisreaktion etc. zugeschrieben werden könnte; es wird auch nichts erinnert, was entfernt dafür in Frage gekommen wäre. Wenn er die eingenommene Phenobarbital-Dosis korrekt erinnert, hätte sie ausgereicht, einen Stier umzubringen.

Tatsächlich räumt er ein, daß seine politische Entmutigung im Alter von 19 Jahren nicht als suizidales Motiv überzeuge. Ein anderes weiß er aber nicht zu nennen und unternimmt auch keine Anstalten, die Gründe für dieses überaus dramatische Ereignis in noch zusätzlichen Versuchen zu rationalisieren. Stattdessen bleibt er auch darin ratlos. Ratlosigkeit, Hilflosigkeit, das Bewußtsein, auf unberechenbarem Boden zu stehen, und dazu halbherzige Rationalisierungen durchziehen seine ganze retrospektive Biographie und Krankengeschichte.

Auch im weiteren Verlauf der Ehe sei er nicht immer frei von erklärbaren Verstimmungen geblieben. Andererseits legt er dar, wie überaus lernbegierig, aktiv und voller Initiative er gewesen sei, wofür ja u.a. seine bis 1981 blühende Praxis in Hamburg und sein anschließendes Studium zeugten.

Andererseits habe er seine Familie ausgezeichnet versorgt und sehr an den Kindern gehangen. Schließlich habe er sogar für seine Frau gebürgt, als die unbedingt ein Sanatorium eröffnen wollte. Am Ende sei er es ja gewesen, den man dafür verantwortlich gemacht habe.

Und dann sei eines Tages seine Frau mit der kleinen Tochter ohne Ankündigung und ohne Erklärung einfach verschwunden. In das Oldenburger Frauenhaus sei sie "geflohen", habe er dann erfahren und dessen geheimgehaltene Anschrift auch ermitteln können. Um das Maß voll zu machen, habe sie ihm vorgeworfen, daß er sie körperlich mißhandelt habe. Nun sei er das genaue Gegenteil eines gewalttätigen oder nur minder aggressiven Menschen und habe noch nie in seinem Leben jemanden geschlagen, geschweige denn seine Frau oder seine Kinder. Warum also habe seine Frau ihn derart heimtückisch und verleumderisch verletzt. Je länger er über dieser Frage brüte, umso wahrscheinlicher sei ihm vorgekommen, daß seine Frau von anderen Frauen aufgehetzt, übel beraten oder verleitet worden sei.

In diesem Fall benennt er "die Organisation" und meint damit die Feministinnen, die das Oldenburger Frauenhaus betrieben hätten; bzw. den bundesweiten Verbund von derart kampfbereiten Frauen, die nicht nur Frauenhäuser unterhielten sondern die feministische Front insgesamt hielten. Und am verletzlichsten durch feministische Umtriebe seien Männer nun einmal da, wo es ihre eigenen Frauen und mit ihnen ihre intakten Familien betreffe.

Und er habe erfahren müssen, daß diese Damen über beeindruckende Mittel und Macht verfügten, um ihre Ziele zu betreiben; es seien keineswegs verschreckte Mädchen, die in zurückgezogenen Häkelkreisen zusammenkämen.

Er habe damals nicht ertragen können, von seiner kleinen Tochter nicht einmal zu wissen, wo sie lebte und wo sie notfalls zu erreichen und zu sehen gewesen wäre. Natürlich habe er gewußt, daß man ihm im Frauenhaus den Zutritt verweigern werde, und daß seine Frau anderswo untergebracht werden würde, wenn er sie dort besuchte. Also habe er mit seinem Sohn, der bedingungslos zu ihm gehalten habe, einen entsprechenden Plan ausgedacht und dann ausgeführt. Er habe dem Jungen genügend Kleingeld in die Kleidung geknöpft und sei dann mit ihm zum Frauenhaus gefahren und habe ihn dort "abgeliefert". Er habe das den hektisch aufgeschreckten und aufgeregten Damen damit erklärt, daß der Sohn seine Mutter und seine Schwester zu besuchen und einstweilen bei ihnen zu bleiben wünsche. Von der Straße aus habe er dann umgehend und wie erwartet die Folgen seines Besuchs beobachten können: Auf der Stelle seien seine Frau und die Kinder weggeschafft worden, und zwar in eine der bereitgehaltenen und eingerichteten Wohnungen, über die das Frauenhaus verfügte. Diese Feministinnen seien so organisiert und ausgestattet, daß sie ohne weiteres und

ungeachtet allgemeiner Wohnungsnot Frauen und Kinder ganz nach Bedarf und Belieben hierhin und dorthin einmieten und vor Männern und Vätern verbergen könnten.

Wie verabredet, habe sein Sohn ihn einige Tage später während eines Ausgangs mit der Mutter angerufen und ihn gebeten, ihn nun wieder an der neuen Adresse der Mutter abzuholen. Bei dieser Gelegenheit habe er selbstverständlich mit seiner Frau gesprochen. Die sei nicht umzustimmen gewesen, aber sie habe ihm auch nicht verständlicher machen können, warum sie ihm das alles angetan hatte.

Seine zweite Ehe sei durchaus zunächst harmonischer verlaufen; man habe einfach besser zueinander gepaßt und sei liebenswürdig miteinander umgegangen und ausgekommen, wenn man von üblichen und unbedeutenden kleinen Streitigkeiten absehe.

Es sei vor der Heirat allerdings etwas Merkwürdiges vor sich gegangen. Seine zweite Frau habe eine Freundin, - nicht nur gehabt sondern immer noch -, eine sehr beredte, sicher auch intelligente, selbstbewußte und feministisch-emanzipierte Psychologin. Seine spätere Frau habe ihm dann eröffnet, bevor sie sich endgültig entschlief, ihn zu heiraten, wolle sie dazu erst die Begutachtung ihrer Freundin einholen und ihn ihr deswegen vorstellen. Als Zumutung sei ihm das in der Tat erschienen, und lustig habe er es auch nicht gefunden, aber aus Gutmütigkeit, und um seine Frau nicht zu verärgern, habe er sich dann darauf eingelassen. Anscheinend sei er ja auch als ehetauglich befunden worden.

Auch für seine zweite Frau sei es die zweite Ehe gewesen. Er habe gewußt, aber sich damals davon nicht beirren lassen, daß sie während der Scheidung nicht sehr zartfühlend mit ihrem ersten Mann umgesprungen sei und ihn, wie man so sage, kalt "abserviert" habe.

Er verhehle nicht, daß er während seiner ganzen dann folgenden zweiten Ehe vor dieser Freundin so etwas empfunden habe, was man als gewissermaßen ängstliche bis auch furchtbesetzte Scheu umschreiben könne. Er selbst wisse sehr wohl von sich, daß er seit jeher im Denken eher langsamer als andere sei, zumindest glaube er das. Dafür gehe er gedanklich gründlicher und umsichtiger vor, als er es bei vielen anderen beobachten könne. Wie auch immer, diese Freundin seiner Frau habe nicht nur ein bestechendes Mundwerk gehabt, sondern sie sei auch wieselflink im Denken gewesen, da sei man kaum mitgekommen, und natürlich habe sie über alles Bescheid gewußt und sofort eine eigene Meinung zu allem und jedem präsentiert, der habe niemand das Wasser reichen können, er sei gegen die nicht angekommen und gebe freimütig zu, daß er dieser Frau nicht gewachsen gewesen sei.

Offenbar habe das auch für den eigenen Mann dieser Freundin gegolten. Dem habe sie derartig zugesetzt, daß auch der schließlich in der Psychiatrie in Wehnen gelandet sei, und gleich für sechs Wochen lang.

Diese Freundin habe dann mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit seine zweite Frau im Frühjahr 1992 dazu gebracht, ihn zu verlassen. Das damals noch kleine gemeinsame Töchterchen sei bei ihm geblieben. Er habe damals mit ihr in seinem Elternhaus in S. gewohnt. Da sei nun eines Tages, als das kleine Mädchen vor dem Garten gespielt habe, ein Auto herangeschossen, die Türen seien aufgefliegen, Frauen herausgestürzt, darunter auch die seinige und ihre Freundin, sie hätten das Töchterchen gegriffen und in den Wagen gesteckt, und ehe irgendjemand auch nur zur Besinnung gekommen wäre, sei das Auto bereits auf und davon gewesen. Die hätten seine Tochter so entführt, wie wenn sie in einem amerikanischen Gangsterfilm aufgetreten wären.

Nein, natürlich wisse er nichts mit Bestimmtheit darüber, wie weit diese fatale Freundin für seine zweite Scheidung verantwortlich sei. Seine Frau habe aber immer sehr auf sie gehört und sei in ihren Meinungen fraglos weitgehend von ihr abhängig gewesen, und wenn sie deren Beratung ja sogar vor der Eheschließung eingeholt und befolgt habe, dann wohl verlässlich genug erst recht vor und zu der Scheidung.

Nun gehe das familiengerichtliche Verfahren, das über das Sorge- und Besuchsrecht für seine Tochter zu entscheiden habe, bereits über sechs Jahre lang. Seit der Entführung sei ihm verweigert worden, seine Tochter auch nur sehen zu dürfen. Wenn ein Vater an seinem Kind hänge, - was wohl nicht als ungewöhnlich gelten könne -, und wenn er immer ein liebevolles Verhältnis zu ihm gehabt habe, brauche es keine besonderen Erläuterungen, um seine Empfindungen darüber auszubreiten.

Er wisse, daß die Freundin seiner Frau diese auch tatkräftig gegen ihn vor dem Familiengericht unterstütze. Auch hier schlage man selbstverständlich mit dem Argument auf ihn ein, er sei ohnehin nur ein Geisteskranker, oder "psychisch labil", oder durch eine sonstwie psychotische Erkrankung ganz außerstande, für sein Kind zu sorgen, oder es auch nur zu sehen, denn man präsentiere ihn dem Familienrichter als gefährlichen Irren; wie offenbar ja auch der Straßenverkehrsbehörde.

Das sei ihm alles unbegreiflich. Er finde nirgendwo einen Zugang, der ihm auch nur ungefähr verständlich mache, warum seine Frau sich feindselig gegen ihn verhalte. Er könne nicht glauben, daß seine psychotischen Episoden unmittelbar nach dem Herzstillstand und dann im Mai 1993 den Ausschlag dafür gegeben hätten; denn seine Frau habe ihm das nie vor-

geworfen. Womit sie ihn tatsächlich und einigermaßen permanent beschuldigt habe, das sei seine angeblich verweigerte oder unzureichende fachmännische Hilfe bei der Führung ihres Friseurladens gewesen. Seine Frau habe nie verstanden, ihr Geschäft nach ökonomischen und rationellen Regeln zu betreiben. Weil sie seine Warnungen nicht beherzigt und er gesehen habe, wie das Unternehmen auf diese Weise enden werde, und weil er nicht für einen schließlichen Bankrott verantwortlich gemacht werden wollte, habe er es abgelehnt, ihr die Bücher zu führen und die Bankgeschäfte etc. zu besorgen. Außerdem wäre ihm gar nicht die Zeit dazu geblieben, denn er sei während seiner Anstellung in Sachsen nur am Wochenende oder alle 14 Tage einmal zu Hause gewesen. So habe er einen Hamburger Freund, der mit ihm Ökonomie studiert hatte, dafür gewinnen können, seiner Frau die Verrechnungs- und Steuersachen abzunehmen. Auch der habe sie gewarnt, es werde schlimm für sie ausgehen, wenn sie ihren Geschäftsstil nicht ändere. Natürlich habe sie dann Konkurs gemacht, obwohl er einen großen Teil seines nicht geringfügigen Gehalts in den Laden investiert habe. Die Schuld daran sei dann ausschließlich ihm und seinem mangelnden Engagement zugeschrieben worden. Es habe heftige und häufige Szenen deswegen gegeben. Auch das gehe ihm alles nicht ein, es erscheine ihm so irrational, daß es ihm unwirklich geworden sei. Mittlerweile nehme er an, daß auch an diesen Schuldzuschreibungen die notorisch umtriebige Freundin beteiligt gewesen sei.

Ob überhaupt, oder in welchem Maße seine Frau noch mit militanten Feministinnen liiert sei, wisse er ebenfalls nicht. Es habe hier und da Beobachtungen gegeben, die ihm verdächtig erschienen seien, aber etwas Handfestes sei das nicht gewesen. Einmal habe seine Frau ihn z.B. um seine Unterstützung gebeten, nämlich bereits nach der Scheidung, und es sei ihm bis heute nicht klar, was sie dabei von ihm erwartet habe. Jedenfalls habe er sie wunschgemäß in einem Hotel in der Nähe Hamburgs getroffen, wo sie zusammen mit seiner Tochter offenbar an einer Frauenversammlung teilnahm. An den geparkten Wagen habe er ablesen können, daß Teilnehmerinnen fast aus der ganzen BRD angereist waren. Er habe nicht erfahren, worum es gegangen sei, aber bis heute beschleiche ihn die Ahnung, daß es sich um ein Feministinnen-Treffen gehandelt haben könnte.

Nein, er glaube keineswegs, daß es eine Art feministischer Verschwörung gegen ihn gebe, oder daß es auf der Agenda irgendwelcher Feministinnen stehe, ihn persönlich fertig zu machen. Was er aber in der Tat glaube, das sei, daß seine beiden Frauen sich ohne feministische Beeinflussungen nicht oder nicht auf die erlebte Weise von ihm getrennt hätten, und daß Feministinnen im Rechts- und Sozialgefüge der Republik eine weitaus gravierendere Rolle spielten als an die Öffentlichkeit komme, daß sie ferner ohne Frage, und wie ja sowieso allgemein bekannt, gut untereinander organisiert seien, und daß zweifellos eine Frau je-

derzeit eine nur allzu wirksame Hilfe von Feministinnen gegen ihren Mann rekrutieren könne, wenn sie nur die richtigen Verbindungen besitze.

Das brachte die Frage auf, ob er auch glaube, die gutachtende Chefärztin der Psychiatrie Wehnen und die Staatsanwältin beim LG Oldenburg, die angeblich nachträglich das GA angefordert habe, seien Feministinnen, die es darauf angelegt hätten, ihm Schaden zuzufügen, ob nun auf das Betreiben seiner Frau und deren Freundin hin, oder ob spontan sozusagen wegen allgegenwärtiger feministischer Hostilität Männern gegenüber.

Bezeichnenderweise machte er dazu klar, daß es ihm seine Rationalität verbiete, etwas derartiges zu glauben, denn die Unwahrscheinlichkeit eines solchen feministischen Gefüges sei ihm deutlich vor Augen. Aber er könne auch nicht leugnen, daß ihn zuzeiten derartige Anmutungen beschlichen, als könnte es doch in dieser Sache hintergründige und für ihn abträgliche feministische Verzahnungen geben oder gegeben haben. Wenn er sich dann selbst zur Ordnung rufe, korrigiere er sich prompt und gewinne wieder Abstand davon. Aber ein unwohles, dunkles und manchmal ja doch ahnungsvolles Gefühl bleibe.

Dieses Detailmuster schloß mithin einen paranoiden Wahn und eine paranoide Wahngewißheit verlässlich aus. Verneint wurden auch alle sonstigen psychotischen Inhalte ersten oder zweiten Ranges. Es ließ sich auch nichts erfahren, was es zugelassen hätte, auf abnorme Beziehungen und Bedeutungen zu schließen.

Blasse paranoische Gedanken-Abläufe und -Verflechtungen bestanden indessen, also verfolgungswahn-ähnliche, aber nicht-psychotische Inhalte, die aus tatsächlichen Erlebnissen einfühlbar herzuleiten waren, und die sich hier unschwer durch erlittene kräftige Gemütsbewegungen und qualitativ gleich besetzte Ereignis-Abfolgen erklärten. Diese abnorme paranoisch-depressive Entwicklung, - oder gleichbedeutend: diese paranoisch-depressive Neurose -, fand sich vage systematisiert oder begann möglicherweise auch erst, sich strukturiert zu systematisieren, oder war es vielleicht einmal deutlicher. - Von einer abnormen Erlebnisreaktion sollte man nicht sprechen, weil hier keine einzelne Belastungssituation die Entwicklung in Gang setzte, und weil die ursprünglich induzierende Traumatisierung permanent fortbesteht.

Generiert wurde die paranoische Verarbeitung naheliegenderweise durch den außerordentlichen Erklärungsdruck, unter dem er permanent stand, weil seine Rat- und Hilflosigkeit und das Erlebnis, ohnmächtig einem kompletten Statusverlust ausgeliefert worden zu sein, nach einer ursächlichen Deutung verlangten. Eine kausale "Sicherheit" und eine wahnhafte oder

Wahn-"Geborgenheit" und Erleichterung gewährten ihm allerdings seine nur matten paranoischen Anmutungen nicht, weil seine erhaltene logische Kritikfähigkeit dem im Wege steht. Aus demselben Grund war das nicht als paranoide Wahnstimmung zu interpretieren; denn die abnorme Entwicklung ließ sich auf reale Einschnitte in sein Leben zurückverfolgen, und ohne Mühe brachte er sich in eine kritische Distanz zu etwaig nicht mehr nachvollziehbaren pathologischen Ableitungen, die sich ansonsten angeboten hätten.

Seine erhaltenen kognitiven Fähigkeiten bei sicherlich überdurchschnittlicher Intelligenz dürften ihn auch davor bewahrt haben, in eine sogen. katathyme, - oder psychogene -, paranoide Psychose geraten zu sein, nämlich in blühende psychotische Produktivitäten, deren Qualität sich in nichts von denen sogenannter Schizophrenien zu unterscheiden braucht, aber die ihren Ursprung in gemütsmäßig massiven und meistens angstvollen Erschütterungen haben. In der Regel bleiben sie auch Minderbegabten vorbehalten.

Auch ohne psychotische Qualitäten kam der paranoischen Entwicklung ein gemütsmäßiger Krankheitswert zu. Es waren gleich mehrfache profunde Verluste erlitten worden, -nämlich die zweier Ehefrauen, des Kontaktes zu seiner kleinen Tochter, des intimen Vertrauens zu seiner Mutter und zu seinem Sohn, und nicht zuletzt der Verlust der beruflich-sozialen Existenz. Er begehrte zwar gegen die ihm angeklebte Diagnose einer erlittenen Geisteskrankheit auf, aber dieses "Verdikt" mußte ihm als autoritär endgültig zugewiesen vorkommen, und jedenfalls wußte er nicht, wie man sich davon befreien könnte. Einer tatsächlichen Geisteskrankheit käme ja ohne weiteres die "Schuld" an seinem Unglück zu, und dabei machte es für seinen Selbstwert kaum noch einen Unterschied, ob das ein moralisch anlastbares oder schicksalhaftes "Verschulden" wäre.

Der Krankheitswert der abnormen Entwicklung ließ sich unschwer daran ablesen, daß sie sein alltägliches Tun und Lassen und sein Selbsterleben nachhaltig weiter beeinflusst.

Daß die Krankheitsfolgen so massiv geworden sind, kann nicht ohne den Zusammenhang mit der vitalen Tiefe seiner Depressivität gesehen werden. Der Ursprung und Inhalt der paranoischen Entwicklung schließen eine depressive Gefühlsqualität mit ein. Wenn die Verstimmung aber "nur" im Gefolge der abnormen Entwicklung bestünde, könnte sie schwerlich jemals die Schwelle des existentiellen Unwertes und den Grad der Hoffnungs- und Hilflosigkeit erreicht haben, wie er sich heute darbietet. Zu der neurotisch induzierten Depressivität muß seit 1992/93 eine depressive Erkrankung gekommen sein, die den gesamten vitalen Untergrund dramatisch abgesenkt hat. Oder eine solche Erkrankung hat vielleicht episodisch schon vor 1992/93 bestanden.

Denn gegenwärtig präsentiert er eine hochgradige Einbuße des gerichteten Antriebs, nahezu aller primärpersönlichen Interessen und seiner sozialen Kontakte.

Das weitaus gravierendere Ausmaß der Depressivität in der Zeit vor der psychotischen Episode vom Mai 1993 läßt sich daran ablesen, daß er damals ein ganzes Jahr kontaktlos bis grüblerisch versteinert in seiner Mansarde gehockt hat.

Die Erinnerungen an diese Erkrankung setzen ihm außerordentlich zu, so daß er immer wortkarger vor sich hin sieht und spontane Bewegungen immer spärlicher werden, vereinzelt Positionswechsel im Sitzen dafür umso rascher bis ruckartig ablaufen, so daß sie die seltenen Gelegenheiten markieren, zu denen er sichtlich gespannt wird. Er gesteht erneut ein, daß ihm alles aufdringlich zuwider sei, was mit seiner angeblichen vormaligen Geisteskrankheit in Wehnen zu tun habe. Trotzdem räumt er ein, daß er bei der psychiatrischen Einweisung am 6.5.93 zweifellos blühend psychotisch gewesen sei. Gerade mit dieser Tatsache komme er ja in seinem Selbstverständnis nicht zurecht.

Dagegen beschreibt er scheinbar überraschenderweise spontan seine Verwirrtheiten, Agitation, Trugwahrnehmungen und Gedächtnis- und Antriebsstörungen, die er nach seinem Herzstillstand 1991 erlebt habe, bzw. diejenigen, an die er sich noch zu erinnern vermöge. Diese psychopathologischen Phänomene tangieren ihn gemütsmäßig nicht sonderlich, weil es ihm ohne weiteres verständlich ist, daß es sich um die psychischen und flüchtigen Folgen seines Herzstillstands und der Sauerstoffnot seines Gehirns gehandelt hat. Jedem Laien ist dabei klar, daß so etwas nicht als Geisteskrankheit gelten kann.

Gleiche Zusammenhänge sieht er auch zwischen seiner dreitägigen Schlaflosigkeit und der folgenden psychiatrischen Aufnahme in Wehnen; er meint, man dürfe wohl annehmen, daß die vorausgegangenen kardialen Ereignisse sich auch daran mitbeteiligt hätten, weil sie vermutlich die Anfälligkeit für die Wiederkehr psychotischer Symptome erhöht haben. Er halte es sogar für möglich, daß ein funktioneller Restschaden von seiner gravierenden Barbituratvergiftung im Alter von 19 Jahren zurückgeblieben sein könnte, der die Schwelle für gewisse vegetative Störungen zusätzlich gesenkt haben könnte. Im Zusammenhang damit sieht er auch Apnoen, die er nach der damaligen Intoxikation erlitten habe, und die ihrerseits wegbereitend für seinen Herzinfarkt im Alter von 31 Jahren geworden seien könnten.

Herrn H. fehlen also nicht das Einsichtsvermögen und das medizinische Verständnis, daß vielfältige körperliche Erkrankungen psychopathologische Symptome auszulösen vermögen. Immerhin hat er sich jahrelang als Heilpraktiker betätigt.

Die Sperrungen und Verstimmungen, die sich dagegen so aufdringlich an die psychiatrischen Behandlungen vom Mai und Juni 93 knüpften, hatten sich durch die damalige Diagnose einer Geisteskrankheit eingeschlichen, nämlich der einer Schizophrenie, und das habe man ihm nicht nur gesagt sondern auf dem Entlassungsbericht ja auch schriftlich mitgegeben. Zwischen der entsprechenden Benachrichtigung des Hausarztes und vermutlich auch zwischen Auskünften, die man Behörden oder der Polizei gegeben habe, und dem GA mit der Diagnose einer symptomatischen, also nicht-schizophrenen Psychose habe ein halbes Jahr gelegen. Das sei eine hinreichend lange Zeit, ihn als angeblich Schizophrenen im Polizeicomputer, bei der Straßenverkehrsbehörde, beim Scheidungs- und Familiengericht und bei allen nachbehandelnden Ärzten einzuführen und notorisch zu machen.

Der Einwand, daß die ärztliche und behördliche Schweigepflicht das verhindert haben sollten, schien ihm nicht viel zu gelten.

- Eingedenk der erlebten behördlich-gerichtlichen Sanktionen, die sich offenkundig auf die Annahme einer fortschwellenden Psychose gründeten, können die diagnose-induzierten Schädigungsinhalte weder als paranoisch, paranoid, überwertig oder überhaupt abnorm gewertet werden.

Im Vergleich zum Jahr 1992/93 seien Stimmung und Antrieb zwar auf nun erträglicherem Niveau, aber weiterhin unvergleichlich gedrückter und minder als jemals die größten reaktiven Auslenkungen während gesunder Tage. Sein Bewußtsein sei unverändert randvoll mit den Vergrübelungen über den Verlust seiner vormaligen Lebensinhalte angefüllt, so daß kaum für andere Gedanken oder Ablenkungen Platz sei. Eine gewisse und flüchtige Zerstreuung finde sich noch durch das Fernsehen, und er stochere hier und da im Internet herum. Dazu halte und Sorge er für eine Familie von Zwerg-Bergziegen. Ein Steckenpferd betreibe er nicht. Er lese so gut wie nichts, nichts jedenfalls regelmäßig, nicht einmal Zeitung und erst recht keine Bücher oder sonstwie längere zusammenhängende Texte. Einerseits interessiere ihn nichts, andererseits könne er sich nicht lange genug auf ein und dieselbe Sache konzentrieren, und tatsächlich habe er auch in gesunden Tagen nicht viel gelesen. Es rühre ihn auch nichts nennenswert an, was ihn von außen her erreiche. Er befinde sich sehr viel mehr in einem trüben Einerlei von düsterer Rat- und Entschlußlosigkeit, als daß er etwa Trauer, Resignation, Verbitterung, Ärger oder Angst fühle und erlebe. Aus solchen Empfindungen sei eine Art von nur noch gedanklicher Erinnerung geworden, wie man sich etwa an einen Geruch erinnere, wenn man den Geruchssinn verloren hätte. - Es dürfte sich tatsächlich um das depressive 'Gefühl der Gefühllosigkeit' handeln.

Immerhin unternehme er jetzt manchmal Spaziergänge, wobei er tunlichst niemandem begegnen möge. Aber er rede wieder mit jemandem, wenn sich das anbiete, ohne daß ihm aber daran gelegen sei. Jedenfalls habe er vor einiger Zeit einmal von sich aus einen Psychiater in P. besucht, was dann aber doch zu nichts geführt und nichts geklärt habe. Auch mit den seltenen Besuchern unterhalte er sich flüssig, auch wenn es ihn eine früher unbekannte Energie koste, aber auch daran mangle die innere Beteiligung und ein gemütsmäßiges Echo. In gesunden Tagen sei er ausgesprochen gesprächig gewesen, habe sich stundenlang und mit Elan und geräuschvoll mit Freunden und Bekannten unterhalten und nie genug davon bekommen können. Damals habe er sich auch nicht den Kopf darüber zerbrechen müssen, worüber man wohl miteinander reden könnte. Die Gedanken seien ihm mühelos zugeströmt und wären von alleine zu Worten geworden, und es sei eine Freude gewesen, sich mit anderen auszutauschen oder andere Meinungen anzufechten oder eigene Überzeugungen auszubreiten. Auch davon abgesehen, daß er sein Sprachvermögen durch den Schlaganfall im vergangenen Oktober noch immer als behindert erlebe, gehe alles gedanklich viel langsamer, er müsse nach Gedanken herumkramen und sie dann aufwendig zu Worten machen. Er erlebe sich grundsätzlich jetzt selbst als etwas hoffnungslos Hängengebliebenes, was von alleine nicht nach vorne oder zurück könne, halb voller böser Ahnungen, als stünde noch Schlimmeres bevor, wobei das Schlimmste ohnehin wäre, daß alles mit ihm so bliebe wie jetzt und in den letzten Jahren. Freude könne das Leben auf diese Weise schwerlich machen, und er sei seines Daseins auch rechtschaffen überdrüssig. Trotzdem verneint er, sich ernsthaft mit suizidalen Absichten zu tragen; woran allerdings Zweifel bleiben. Er meint, es bewege ihn noch etwas dazu, sich nach Hilfe umsehen zu sollen.

Er hat das dann auch wirklich getan, nämlich in einer Weise, die sich nahtlos in die übrigen Qualitäten seiner reduzierten Existenz einfügt, durch ein richtungsloses Gesuch im Internet, als eine virtuelle Flaschenpost, also ohne einen Adressaten, und ohne daß dieses Instrument es zuließe, sein Anliegen jemandem verständlich zu machen.

DISKUSSION, BEURTEILUNG UND ZUSAMMENFASSUNG

Zum Eingang einer Fehldiagnose in den behördlichen Datenschatz

Herr H. hat noch niemals in seinem Leben an einer schizophrenen Psychose gelitten. Von einer Geisteskrankheit kann bei ihm keine Rede sein.

Wann immer und ob jemals nach seinem 19. Lebensjahr eine episodische anderweitige psychotische Erkrankung bestanden haben sollte oder könnte oder tatsächlich bestanden hat,

so hätte sich nach allgemeinverbindlicher, nämlich genereller nervenärztlicher Übereinkunft die Diagnose einer "Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis"⁹, bzw. "eine paranoid-halluzinatorische Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis"¹⁰ von alleine verboten. Bis zum Dezember 1993 war der Beginn der imaginären "paranoid-halluzinatorische(n) Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis" bereits behördlich auf das Jahr 1991 zurückdatiert worden und hatte sich nun nach amtlichem Dafürhalten im Mai und Juni 1993 anlässlich seiner Aufenthalte in der Psychiatrie in Wehnen lediglich in "einer akuten Aktualisierung der Psychose" erneut zurückgemeldet, so daß nun mittlerweile von einem "chronifizierenden Wahn" auszugehen sei.¹¹

Zu sogen. schizophrenen und zu körperlich begründbaren Psychosen

Es wird hier aufgezeigt werden, daß sich psychotische Episoden ereignet haben, die durchweg körperlich begründbarer Natur gewesen sind. Eine Kette von organischen Brückensymptomen reiht sich hintereinander auf von den stationär-psychiatrischen Aufnahmen von 1993 bis zurück zu einer suizidalen Barbituratvergiftung im Alter von 19 Jahren. Die Belege dafür und die anamnestischen Beiträge dazu sind durchweg verfügbar oder abfragbar gewesen. Unter diesen Umständen ist die Diagnose einer schizophrenen Psychose, geschweige denn einer chronifizierten derartigen Erkrankung zu keiner Zeit vertretbar gewesen.

Die Annahme einer schizophrenen Psychose stellt unverändert eine Ausschluß-Diagnose dar: Die Ursachen schizophrener Erkrankungen sind bekanntlich noch nicht objektiviert worden. Außerordentlich vielfältige und sowohl allgemein körperliche als auch hirnormale Erkrankungen vermögen, Psychosen zu induzieren oder zu unterhalten, die sich u.a. in ihren psychopathologischen Symptomen in nichts von denen sogenannter Schizophrenien zu unterscheiden brauchen. Etwa 80% aller psychotischen Erkrankungen sind körperlich-organischer Herkunft¹², der Rest gilt als "körperlich noch nicht begründbar" und "endogen schizophren"¹³. Vormalige Ansichten haben sich nicht bestätigt, daß körperlich begründbare Psychosen sich stets durch charakteristische Besonderheiten zu erkennen gäben, etwa durch begleitende Bewußtseinsänderungen etc. Es verbietet sich deswegen, eine Schizophrenie zu konstatieren, ehe nicht alle krankhaften Störungen ausgeschlossen worden sind, die Psychosen auszulösen vermögen. Welche Disziplin dabei zu bewahren ist, bzw. welche generellen Kriterien die Diagnose einer körperlich begründbaren Psychose zu erfüllen hat,

⁹ siehe Entlassungsbericht des Psychiatrischen LKHs Wehnen vom 12.5.1993

¹⁰ siehe die "Ärztliche Bescheinigung" der Psychiatrischen Nerven- und Poliklinik der Univ. Hamburg-Eppendorf, unterzeichnet von Prof.Götze und Dr.H.Schultze-Jena vom 16.9.1993

¹¹ Aktengutachten des Gesundheitsamtes Aschendorf, Frau Medizinaldirektorin Dr.med.Gramberg, vom 8.12.1993.

¹² siehe u.a.: R.E.Hales und S.C.Yudofsky: Textbook of Neuropsychiatry. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1987

beschreiben noch immer mit fachverbindlicher Gültigkeit die grundlegenden Überlegungen Kurt Schneiders dazu:

"Ob man eine faßbare Krankheit wirklich für die Psychose verantwortlich machen will, ist im Einzelfall oft recht willkürlich. Mancher Kliniker ist geneigt, schon geringe Befunde, wie eine kurze Grippeinfektion oder eine Zystitis als hinreichende Ursache anzuerkennen. Man darf aber nicht zu weit gehen. Wir möchten zur Annahme einer körperlich begründeten Psychose fordern: 1. Belangvolle körperliche Befunde. 2. Einen evidenten zeitlichen Zusammenhang zwischen körperlichem Befund und der Psychose. 3. Eine gewisse Parallelität der Verläufe von beiden. 4. Psychische Bilder, wie man sie bei faßbaren Körperschädigungen auch sonst zu sehen gewohnt ist, eben "exogene" oder "organische". Diese Forderung gilt am wenigsten streng."¹⁴

Nach den derzeit bindenden diagnostischen Manualen hätte im Fall des Herrn H. schon der geforderte 6-monatige Mindestverlauf einer ununterbrochenen psychotischen Erkrankung der Diagnose einer Schizophrenie entgegengestanden¹⁵;

es ist nirgends dokumentiert worden, daß Herr H. jemals länger als über einige Tage oder wie ausnahmsweise im Gefolge des Herzstillstands für länger als 1 Woche oder vielleicht 10 Tage lang blühende psychopathologische Phänomene gezeigt hätte; und der hierbei begleitende körperliche Befund drängte sich als so grobschlächtig auf, daß sich nicht einmal ein Laie zur Behauptung einer Schizophrenie verstiegen hätte.

Es existiert nur eine einzige schriftliche Bekundung, daß sich angeblich eine etwa 4-monatige Wahn-Erkrankung zurückverfolgen lasse. Das wurde nicht nur lediglich als "EIN-DRUCK" weitergereicht, sondern auch ohne phänomenologische Details und ohne nachvollziehbare Begründung behauptet, obwohl es diagnostisch von beachtlichem Rang gewesen wäre, wenn es zutreffen hätte. Der von Herrn H. erlebte soziale, hier von außen gemachte und beeinflusste Statusverlust entsprach den üblichen Konsequenzen einer ("chronifizierenden") Schizophrenie auch ohne die dazugehörige Krankheit. Ein einziger Satz aus universitärem Munde und ein mißverstandenes Gutachten reichten aus, um ihn in die Anomie abgleiten zu lassen.

"Nach unserem Eindruck liegt bei Herrn H. ein chronifizierender Wahn vor, von einer psychotherapeutisch tätigen Freundin seiner Frau verfolgt und beeinflusst zu werden, dessentwegen (sic) sich der Patient nicht ausreichend psychiatrisch behandeln läßt."¹⁶

¹³ Kurt Schneider, Klinische Psychopathologie, Thieme, Stuttgart, 1966

¹⁴ Kurt Schneider: Klinische Psychopathologie. Thieme, Stuttgart, 1966, p.79f.

¹⁵ DSM III/IV und ICD 10

NB: Ein Wahn sollte sich entweder psychopathologisch beschreibend herleiten lassen, oder ein sich nur einschleichender derartiger Verdacht sollte verantwortlicherweise unveröffentlicht bleiben.

Zur reaktiven oder/und endogenen Depressivität

Warum Herr H. mit 19 Jahren einen massiven Suizidversuch mit Phenobarbital unternommen hat, ließ sich nicht befriedigend herausfinden. Eine von ihm selbst nur matt umschriebene angeblich reaktive Verstimmung konnte nicht nachträglich und einfühlbar überzeugen. Eine nur versehentlich eingenommene Überdosis wird es nicht gewesen sein, denn Herr H. besaß genügend pharmakologische Kenntnisse, um die letale Wirkung einer hohen Luminal-Dosis einschätzen zu können. Er hatte zuvor seinen Wehrdienst in einem Apotheken-Departement der Bundeswehr verbracht.

Es bleibt deshalb möglich, daß er an einer Phase einer nicht-reaktiven, also einer sogenannten endogenen Depression gelitten haben mag. Die Qualität und das einst bestimmende Ausmaß seiner antriebsgehemmten vitalen Verstimmung zwischen April 1992 und Anfang Mai 1993 könnten ebenfalls dafür sprechen, daß zumindest eine endogene Komponente mitbeteiligt gewesen sein könnte. In diesem Zusammenhang ist auch daran zu erinnern, daß nach einem ganzen Jahr, das er in vergrübelter selbstgewählter und anscheinend so gut wie kompletter Isolation in der Mansarde seines Elternhauses zugebracht hatte, eine plötzliche und hektische Betriebsamkeit über ihn gekommen sei. Er beschrieb das als einen unwiderstehlichen, ruhelosen Drang, der ihn dazu getrieben habe, mit einem Mal aus seiner langen tatenlosen Erlahmung herauszutreten und sich im Auto auf eine tagelange Rundreise ohne Schlaf und ohne vernünftiges Ziel zu werfen. Unverbindlich deskriptiv ausgedrückt, hat es sich also um eine maniforme Umtriebigkeit und Agitation gehandelt. Es kommt angesichts der vorausgegangenen (und bis heute nachfolgenden) Fingerzeige auf eine mögliche endogene phasische Depression zwangsläufig die Überlegung auf, ob nicht der plötzliche Umschlag in eine manische Phase die Ursache und Triebkraft für die schlaflosen Irrfahrten vom 4.-6.5.1993 gewesen sein könnte; d.h. ob nicht eine manisch-depressive Erkrankung mitgespielt hat.

Daß spätestens seit 1981 mit der ersten Scheidung und massiv seit dem Herzstillstand von 1991 überreichliche Erklärungen für reaktive Depressivitäten zur Hand sind, braucht nicht im einzelnen ausgebreitet zu werden. Nach vieljährigen traurigen Verstimmungen bleibt es häufig eine noch subjektivere Ermessensfrage als ohnehin allenthalben bei psychiatrischen Dif-

¹⁶ siehe "Ärztliche Bescheinigung" der Psychiatr. Poliklinik der Univ. Hamburg vom 16.9.1993.

ferentialdiagnosen, ob oder wie weitgehend sich reaktive und endogene oder endoforme Momente vermischt haben.

Für die Beurteilung seiner Fahrtüchtigkeit ist eine solche retrospektive Differenzierung ohnehin belanglos.

Wenn phasische endogene manisch-depressive Auslenkungen bestanden haben sollten, ließen sich lediglich der Suizidversuch und die dreitägige Autofahrerei vom Mai 1993 besser verstehen. Was die Behandlungs-Bedürftigkeit und Behandlungs-Weise angeht, würde das heute niemand davon abhängig machen, ob man eher zur Deutung einer überwiegend reaktiv unterhaltenen oder überwiegend endogenen Absenkung des affektiven Untergrunds neigt. Die Verstimmung ist immer noch von vitaler Tiefe, nämlich dominiert seine Lebensumstände und sein Selbsterleben so nachhaltig, daß ohne eine geeignete medikamentöse antidepressive Behandlung nicht auszukommen ist.

Schließlich könnte die Depressivität womöglich auch als Begleit-Erkrankung der Narkolepsie behauptet werden (s.unten). Die sog. idiopathischen Narkolepsien, die also keine erkenn- oder erfahrbare organisch-symptomatische Ursache aufweisen, gehen immerhin in etwa 20%-iger Häufigkeit mit endoformen/endogenen Depressionen einher.¹⁷ Im Fall des Herrn H. sind die erste depressive Erkrankung und der Suizidversuch aber anamnestisch eindeutig der Narkolepsie vorausgegangen.

Mögliche Folgen der Barbituratvergiftung; das narkoleptische Syndrom

Die Überlegungen zur Fahrtüchtigkeit des Herrn H. brauchten sich nicht damit zu befassen, wie sich irgendeine schizophrene Erkrankung wohl im Straßenverkehr auswirken könnte; denn er hat nie an einer derartigen Erkrankung gelitten.

Dagegen hat diskutiert zu werden, ob oder wie weit eine Narkolepsie die Fahrtüchtigkeit einschränken könnte.

Die neurologische Erkrankung der Narkolepsie, - des "Schlaf-Anfalls" -, hat mit Anfalls-Leiden im Sinn von Epilepsien nichts zu schaffen. Gekennzeichnet wird sie durch vier Kardinalsymptome, die aber nicht regelmäßig alle und nicht zur selben Zeit aufzutreten brauchen:

1. die Symptome eines episodisch aufkommenden erheblichen bis imperativen Schlafbedürfnisses über Tag. Gibt man ihm nach, pflegt man nach 10-15 Minuten wieder wie frisch ausgeschlafen aufzuwachen. Durch Berühren oder Anrufen bleibt man jederzeit erweckbar, und das Bewußtsein trübt sich außerhalb des Schlafs nie ein. Weil auch der Nachtschlaf

¹⁷ u.a. Reynolds, CF et al.: Sleep in narcolepsy and depression: does it all look alike? J.Nerv.Ment.Dis. 171(1983)290

häufig gestört ist, kann sich tagsüber ein imperatives Schlafbedürfnis auch einer durchweg vermehrten Müdigkeit aufpfropfen. - Eine allgemein über Tag vermehrte Schläfrigkeit kann in der gleichen Weise und Ausprägung auch durch nächtliche Apnoen bedingt sein, die sich darin nicht von narkoleptischen Schläfrigkeiten zu unterscheiden brauchen;

2. ein plötzlicher Verlust der Muskelspannung, - manchmal beschränkt auf umschriebene Muskelgruppen, manchmal auch annähernd generalisiert, aber immer die Augenmuskulatur aussparend -, ausgelöst durch starke Gemütsbewegungen, ob nun freudiger oder bedrückender Natur. Wenn diese 'Kataplexie' oder dieser 'affektive Tonusverlust' z.B. (auch) die Muskulatur der Beine betrifft, stürzt man unversehens zu Boden, wenn man etwa gerade über einen Witz lachen muß ("Lachschlag"), gewinnt aber innerhalb von Sekunden wieder die Gewalt über sich und bleibt dabei immer hellwach; oder es werden einem nur die Knie weich, die Tasse fällt aus der Hand, oder der Kopf senkt sich plötzlich auf die Brust etc.;

3. der sogen. Wachanfall oder die "Schlaflähmung": auch das beschreibt einen muskulären Tonusverlust, allerdings einen generalisierten, wieder von der Muskulatur der Augäpfel abgesehen; das überfällt einen meistens während des Einschlafens oder beim Aufwachen, so daß man sich weder bewegen noch sprechen noch atmen kann; aber nach kurzer Zeit, - nach Sekunden bis höchstens wenige Minuten -, kehrt die Muskelspannung zurück, desgleichen umgehend auch beim Ansprechen und Rütteln;

4. die sogen. "hypnagogen Halluzinationen" treten ebenfalls ganz überwiegend beim Einschlafen oder Aufwachen auf; es kann zu außerordentlich lebhaften optischen oder akustischen etc. Halluzinationen kommen, meistens mit heftigen ängstlichen oder bedrohlichen Gemütsempfindungen.

Wie bei anderen Erkrankungen auch, reicht die Breite der Krankheitsausprägung von milden Fällen bis hin zu alltäglich erheblich belastenden. Mit zunehmendem Alter blaßt die Akuität der Erscheinungen oft ab.

Von diesen Symptomen und auch von objektiven Begleitbefunden her sind narkoleptische Anfälle am ehesten so zu verstehen, als drängten sich schlagartig Traumphasen aus der Schlaftiefe der sogen. schnellen Augenbewegungen (REM-Schlaf) mitten in das Wachsein hinein. Wie auch im physiologischen REM-Schlaf, verbindet sich das mit einem Tonusverlust der Muskulatur (Kataplexie und Schlaflähmung), man ist oder wird naturgemäß sehr müde (imperatives Schlafbedürfnis), und man träumt auf das Lebhafteste (hypnagoge Halluzinationen).

Diese Symptome sind so "merk"-würdig, daß man die Diagnose nicht verfehlen kann; vorausgesetzt, man fragt danach. Danach zu fragen, ist immer oder spätestens dann obligatorisch, wenn sich z.B. ein Autounfall nicht anderweitig erklären läßt als durch eine ursächliche

Übermüdung. Herr H. könnte sehr wohl am 6.5.1993 eingeschlafen und deswegen gegen ein Verkehrsschild gefahren sein. Nach 72 Stunden ohne Schlaf wäre das auch ohne eine Narkolepsie nicht weiter erstaunlich. Das schliesse auch nicht aus, daß ihn zuvor tatsächlich die Sonne geblendet hatte; es schließt sich ja nicht gegenseitig aus, gleichzeitig müde und geblendet sein zu können; (man versteht nicht recht die Entschlossenheit in den Polizeiberichten etc., partout nicht an ein Blendung glauben zu wollen).

Am bezeichnendsten hat Herr H. Kataplexien bei heftigen, hier gedanklich induzierten Gemütsbewegungen erlebt und geschildert, so auf dem Gelände des KZs Esterwegen und in seinem Zimmer, wobei er zu Boden oder auf sein Bett stürzte. Die kataplektischen Attacken beweisen das narkoleptische Syndrom.

Imperative und mit den Jahren abnehmende Schlafbedürfnisse über Tag kenne er seit der Zeit nach seinem Suizidversuch. Bezeichnenderweise hätten sich damals Einschlafen, bleierne Müdigkeit und begleitende Lustlosigkeit durch das Medikament "AN 1" völlig beseitigen und verhindern lassen. Dieses Amphetamin-Derivat war seinerzeit bei Narkolepsien das Mittel der Wahl.

Das, was er offenbar und eindrucksvoll als "Apnoen" beschrieben hat, könnten sehr wohl "Wachanfalle" gewesen sein; (s.o.).

Hypnagoge Halluzinationen habe er dagegen nicht erlebt.

Obwohl er seit der "AN 1"-Behandlung in Frankfurt eine über 30-jährige Krankengeschichte einer seit seinem 20. Lebensjahr nicht mehr beachteten Narkolepsie hinter sich gebracht hat, ist diese Erkrankung keineswegs selten. In der weißen Bevölkerung liegt die Morbiditätsrate bei 50 Fällen pro 100.000 Einwohner^{18 19 20}. Für die BRD wären danach um 41.000 Kranke zu erwarten, tatsächlich diagnostiziert worden sind lediglich um 1.500 Fälle²¹.

Überwiegend treten sogen. idiopathische Erkrankungen auf, also ohne erkenn- oder ableitbare körperliche Veranlassung, woran sich auch Erbfaktoren beteiligen. Seit langem bekannt sich aber auch symptomatische Narkolepsien, also solche im Gefolge traumatischer oder anderweitiger zentralnervöser Schäden.

Es wundert einen nicht, daß eine schwere Vergiftung mit einem Narkotikum wie dem Phenobarbital zu einer Störung der zentralnervösen Regelkreise führen kann, die den Schlaf-Wach-Rhythmus kontrollieren. Den unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang zwischen einem

¹⁸ Bierbrauer, J et al.: Narcolepsy. An illness in transition. Nervenarzt 71(2000)807

¹⁹ Mignot, E.: Perspectives in narcolepsy research and therapy. Curr.Opin.Pulm.Med. 2(1996)482

²⁰ Billiard, M.: Narcolepsy. Rev.Prat. 46(1996)2428

²¹ s. Fußnote 15

mehrtägigen Koma und den ersten narkoleptischen Tages-Schläfrigkeiten nach der Genesung um 1968 herum hat Herrn H. spontan geschildert.

Auch Blei-²², radioaktive und anderweitige Vergiftungen²³ haben sekundäre Narkolepsien zur Folge gehabt, dazu verschiedenartige traumatische Hirnschäden²⁴, Herz-Lungen-Versagen in der Narkose²⁵, raumfordernde Hirnprozesse²⁶, die multiple Sklerose²⁷, Erkrankungen aus dem sogen. rheumatischen Formenkreis²⁸, der Lupus erythematosus²⁹, entzündliche Prozesse³⁰, die Niemann-Picksche Speicherkrankheit³¹, etc.

Es war hier den Begleitumständen und zeitlichen Beziehungen nach von einer symptomatischen Narkolepsie nach Phenobarbital-Vergiftung auszugehen.

Der Verkehrsunfall von 1991 ereignete sich während des erlittenen Herzstillstands. Bis zu dem Bagatellunfall vom 6.5.93 sind keine Zwischenfälle bekannt geworden, die auch nur möglicherweise auf narkolepsie-bedingtes Einschlafen bezogen werden könnten. Er hat also ungewöhnlich aktiv über mehr als 30 Jahre als Autofahrer am Straßenverkehr teilgenommen, - nämlich auch jahrelang mit Kurierfahrten in Hamburg -, ohne daß er durch seine Narkolepsie sich oder andere gefährdet hätte. Als maßgeblich für den behördlichen Standard der Verkehrssicherheit gilt aber nun einmal die statistische Orientierung über eine krankheitsbedingte Gefährdung. Statistisch bergen Narkoleptiker tatsächlich ein höheres Unfallsrisiko als Gesunde; u.a.³². Daß aber diese statistische Ermittlung nur einen Teil narkoleptischer Patienten zutreffend einschätzt und auf die andere Hälfte dieser Probanden nicht anzuwenden war,

²² Boris, NW: Case study: hypersomnolence and precocious puberty in a child with pica and chronic lead intoxication. *J.Amer.Acad.Child Adolesc.Psychiatry* 35(1996)1050

²³ Pliven, BN et al.: Non-convulsive paroxysmal disorders in exogenous-organic diseases of the brain. *Zh.Nevrol Psychiatr.Im.S.S.Korsakova* 99(1999)22

²⁴ s. Fußnote 20; Francisco, GE et al.: Successful treatment of post-traumatic narcolepsy with methylphenidate. *Amer.J.Phys.Med.Rehabil.* 75(1996)63; Lankford, DA et al.: Posttraumatic narcolepsy in mild to moderate closed head injury. *Sleep* 17, Suppl.8(1994)S25

²⁵ Rivera, VM et al.: Narcolepsy following cerebral hypoxic ischemia. *Ann.Neurol.* 19(1986)505

²⁶ Servan, J. et al.: Narcolepsy disclosing neurosarcooidosis. *Rev.Neurol.* 151(1995)281; D'Cruz, OF et al.: Symptomatic cataplexy in pontomedullary lesions. *Neurology* 44(1994)2189; Aldrich, MS et al.: Narcolepsy associated with lesions of the diencephalon. *Neurology* 39(1989)1505; Clavelou, P. et al.: Narcolepsy associated with arteriovenous malformation of the diencephalon. *Sleep* 18(1995)202

²⁷ s. Fußnote 23, D'Cruz et al.

²⁸ Disdier, P. et al.: Clinical screening for narcolepsy/cataplexy in patients with fibromyalgia. *Clin.Rheumatol.* 13(1994)132; Disdier, P. et al.: Fibrositis syndrome and narcolepsy. *J.Rheumatol.* 20(1993)888; Disdier, P. et al.: Fibromyalgia disclosing Gelineau's disease: apropos of 2 cases. *Rev.Med.Interne* 14(1993)988

²⁹ Gonzalez-Crespo, MR et al.: Magnetic resonance imaging of the brain in systemic lupus erythematosus. *Br.J.Rheumatol.* 34(1995)1055

³⁰ Cantile, C. et al.: A case of narcolepsy-cataplexy associated with distemper encephalitis. *Zbl.Veterinärmed.A.* 46(1999)301; und s. Fußnote 20, Pliven et al.

³¹ Boor, R. et al.: Cataplexy in type C Niemann-Pick disease. *Klin.Pediatr.* 209(1997)88

³² Findley, L. et al.: Vigilance and automobile accidents in patients with sleep apnea or narcolepsy. *Chest* 108(1995)619; Leon-Munoz, L. et al.: Accidents prevalence in a group of patients with the narcolepsy-cataplexy syndrome. *Rev.Neurol.* 30(2000)596; George, CF et al.: Comparison of simulated driving performance in narcolepsy and sleep apnea patients. *Sleep* 19(1996)711; Pakola, SJ et al.:

läßt die summarische Klassifizierung eines Einzelfalls logisch nicht begründen; 50% der untersuchten narkoleptischen Patienten funktionierten in psychologischen Untersuchungen zur Fahrtüchtigkeit genauso unbeeinträchtigt wie Gesunde.³³

Darüber hinaus gestatten Ergebnisse aus Testsituationen keinen Rückschluß auf die wirkliche Funktionstüchtigkeit Gesunder im Straßenverkehr, weil die durch Übermüdung häufig gefährdeter sein dürften als die Mehrzahl aller Narkoleptiker. So trat die Hälfte von 567 gesunden, bzw. zufallsverlesenen Autofahrern im Vergleich zur eigenen mittleren Schlafdauer pro Jahr die Fahrt bereits mit einem Schlafdefizit von mittleren 3 Stunden und 20 Minuten an, und 10% hatten in der Nacht vor ihrer Abfahrt gar nicht geschlafen.³⁴ Zudem liegt die Rate von Schlafgestörten in der Allgemeinbevölkerung bei einem Drittel und darüber. Erwartungsgemäß hing die Schläfrigkeit Gesunder über Tag vom Ausmaß ihren nächtlichen Schlafstörungen ab. Von 1600 untersuchten zufallsgewählten Autofahrern hatten bereits 1,3% Verkehrsunfälle durch Übermüdung am Steuer verursacht, und fast 5% aller männlichen erfaßten Fahrer waren bereits mindestens fünfmal in ihrem Leben beim Fahren eingenickt.³⁵ Bei einer zu erwartenden Morbiditätsrate der Narkolepsie von 0,05% waren also 26-mal mehr Übermüdungs-Unfälle registriert worden als der theoretischen Gesamtzahl von Narkoleptikern in der BRD entspräche, und 100-mal mehr männliche Autofahrer waren mindestens schon 5-mal am Steuer eingenickt.

Es wäre also unververtretbar, einem Narkoleptiker den Führerschein zu entziehen, nur weil er Narkoleptiker ist. Gelten kann nur die individuell untersuchte Fahrtüchtigkeit.

Dabei hat man sich auf das Ergebnis des medizinisch-psychologischen Gutachtens vom 16.4.1996³⁶ bezogen. Das Straßenverkehrsamt des Landkreises Emsland hat daraufhin am 23.5.1996 endgültig den Führerschein eingezogen. Die dargestellten leistungspsychologischen Mängel wurden einerseits einem "hirnorganischen Psychosyndrom" durch den erlittenen Sauerstoffmangel während des Herzstillstands zugeschrieben. Andererseits wurde die Beurteilung durch psychopathologische Bewertungen belastet, die dem psychiatrischen Gutachten vom 11.11.93 entnommen worden sind ("Gedächtnisstörungen, psychische und phasische Veränderungen sowie paranoide Denkinhalte"). Als weiterhin erschwerend repetierte

Review of regulations and guidelines for commercial and noncommercial drivers with sleep apnea and narcolepsy. *Sleep* 18(1995)787

³³ s. Fußnote 29, George et al.

³⁴ Philip, P. et al.: Determinants of sleepiness in automobile drivers. *J.Psychosom.Res.* 41(1996)279

³⁵ Martikainen, K. et al.: Daytime sleepiness: a risk factor in community life. *Acta Neurol.Scand.*

86(1992)337

³⁶ Dipl.Psychologe Fehling und Prof.Zangemeister vom Technischen Überwachungs-Verein Nord e.V., Hamburg

man den "Eindruck" der psychiatrischen Poliklinik Hamburg vom 16.9.93, "daß Herr H. einen chronifizierenden Wahn habe."

Testergebnisse können nicht ohne den bekannten und mitbewerteten psychischen wie somatischen Rahmen beurteilt werden, in dem sie gewonnen worden sind. Dazu zählt nicht zuletzt eine zutreffende Diagnose, die dem Gutachter 1996 indessen gar nicht bekannt war. Der Herzstillstand könnte zwar durchaus ein sogen. "hirnorganisches Psychosyndrom" hinterlassen haben, also eine hypoxisch bewirkte Hirnleistungsschwäche. Wenn man gutachterlich davon ausgeht, sollte man sie aber in ihren Symptomen detailliert beschreiben und nicht versäumen anzugeben, ob es sich erwiesenermaßen um flüchtige oder erwiesenermaßen um permanente Ausfälle handelte.

Das Testergebnis vom April 1996 kann weder eine damalige noch eine aktuelle Verbindlichkeit beanspruchen.

Es war zum ersten gar nicht bekannt, daß Herr H. an einer Narkolepsie litt. Die damit einhergehenden Schläfrigkeiten, die Ablenkbarkeit, die Verlangsamung und die abnorme zusätzliche Ermüdungsrate unter Belastung können Funktionsmängel verursachen, die sich von solchen in nichts zu unterscheiden brauchen, die tatsächlich auf irgendein "hirnorganisches Psychosyndrom" zurückgehen mögen.

Noch gravierender ist zweitens der Umstand, daß die Narkolepsie 1996 gar nicht behandelt wurde.

Alle psychologischen und statistischen Befunde, die zusammengetragen worden sind, um das Risiko einer Narkolepsie für den Straßenverkehr darzustellen, beziehen sich selbstverständlich auf unbehandelte Patienten.

Viele Narkoleptiker scheuen sich jedoch, sich behandeln zu lassen, und zwar wegen der durchaus begründeten Furcht, ihren Führerschein zu verlieren, sobald ihre Behinderung bekannt würde³⁷; (ein großes Vertrauen in die Undurchdringlichkeit der ärztlichen Schweigepflicht spiegelt sich darin nicht wider).

Mit geringfügigen Ausnahmen sind narkoleptische Erkrankungen heute aber so vorzüglich medikamentös einzustellen, daß sie den Verkehr nicht mehr als völlig Gesunde auch "gefährden". Die Fahrtauglichkeit von Herrn H. läßt sich also erst beurteilen, wenn er antinarkoleptisch ausreichend eingestellt worden ist. - Die subjektiven Erfahrungen, die er von seiner

³⁷ Douglas, NJ: The psychosocial aspects of narcolepsy. Neurology 50, 2 Suppl. 1(1998)S27

vormaligen "AN 1"-Einnahme erinnert, lassen darauf setzen, daß man sie mit jetzt verfügbaren und geeigneteren Mitteln wiederholen kann.

Überraschenderweise wird er nämlich bereits effektiv anti-narkoleptisch behandelt, ohne daß das gezielt intendiert worden wäre. Seine laufende Medikation enthält auch 40 mg Cipramil^R täglich. Dieser sogen. spezifische Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) ist ihm als (modernes und gut herzverträgliches³⁸) Antidepressivum verschrieben worden. Es ist zusammen mit den anderen verfügbaren SSRI aber auch ausgezeichnet anti-narkoleptisch wirksam³⁹.

Stimmung und Antrieb haben sich darunter aber bisher nicht ausreichend aufgehellt. Entweder reicht die Behandlungszeit oder die Dosis oder das verwendete spezielle Präparat nicht aus.

Weil die Symptome der Depressivität einem Teil der narkoleptischen Erscheinungen gleichen und sie zumindest in Testsituationen massiv vergrößern können, wäre eine neue Untersuchung zur Fahrtüchtigkeit erst nach einer ausreichenden Remission der Depression vertretbar. Möglicherweise müßte noch ein besonders antriebsausgleichendes Mittel zugelegt werden, das eine stabile Wachheit und Attenz sicherte. Amphetamine sind für diesen Zweck heute obsolet, und auch das noch weiterbenutzte Methylphenidat wird zunehmend aufgegeben. Das neue Präparat Modafinil⁴⁰ hat sich dagegen nicht nur als erfreulich wirksam und verträglich erwiesen, sondern macht auch weder abhängig noch süchtig⁴¹. - Allerdings müßte jede Art der medikamentösen Versorgung von einem Internisten oder Kardiologen beurteilt und überwacht werden.

³⁸ u.a.: Keller,MB: Citalopram therapy for depression: a review of 10 years of European experience and data from U.S. clinical trials. J.Clin.Psychiatry 61(2000)896

³⁹ Farina, B. et al.: New perspectives in the diagnosis and therapy of narcolepsy. Clin.Ter. 151(2000)357; Schrader, H. et al.: The treatment of accessory symptoms in narcolepsy: a double-blind cross-over study of a selective serotonin re-uptake inhibitor (femoxetine) versus placebo. Acta Neurol.Scand. 74(1986)297; Frey, J. et al.: Fluoxetine suppresses human cataplexy: a pilot study. Neurology 44(1994)707; Wing, YK et al.: A patient with coexisting narcolepsy and morbid jealousy showing favourable response to fluoxetine. Postgrad.Med.J. 70(1994)34; Nishino, S. et al.: Desmethyl metabolites of serotonergic uptake inhibitors are more potent for suppressing canine cataplexy than their parent compounds. Sleep 16(1993)706

⁴⁰ in der BRD unter dem Handelsnamen "Vigil" bei der Fa. Merck erhältlich.

⁴¹ Guillemineault, C. et al.: Narcolepsy in children: a practical guide to its diagnosis, treatment, and follow-up. Paediatr.Drugs 2(2000)1; Farina, B. et al.: New perspectives in the diagnosis and therapy of narcolepsy. Clin. Ter. 151(2000)357

Darüber hinaus haben auch die sogen. Beta-Blocker anti-narkoleptische Wirkungen bewiesen⁴², und Herr H. ist (gegen die Herzrhythmusstörungen) mit dem Beta-Blocker Sotalol (Sotalol^R) eingestellt worden.

Die Narkolepsie, die depressive Verstimmung und die 1996 fehlende medikamentöse Versorgung beschränkten die Gültigkeit der psychologischen Testergebnisse des TÜVs Hamburg vom 16.4.96 auf den Zeitpunkt der Untersuchung und erlauben es keineswegs, damit zeitlich unlimitierte oder abschließende Beurteilungen der Fahrtauglichkeit zu begründen.

Zum Herzstillstand von 1991 und seinen psychopathologischen Folgen

Möglicherweise existiert eine familiäre Belastung durch Häufung von Infarkten und anderen Herzerkrankungen. Der Vorderwand-Spitzen-Infarkt von 1981 scheint ohne weiteren akuten zentralnervösen und peripheren Sauerstoffmangel abgelaufen zu sein. Nach Herrn H.s subjektivem Empfinden haben aber seither, nämlich seit seinem 31. Lebensjahr, als wahrscheinliche Infarktfolgen Herzrhythmusstörungen begonnen, die ihrerseits 10 Jahre später dem Herzstillstand den Weg bereitet haben dürften.

1991, mit 41 Jahren, überstand er eine mehrminütige Unterbrechung der Blutversorgung des Gehirns ohne nachweisbare neurologische Ausfälle. Jedenfalls sind 1993⁴³ und 1996⁴⁴ keine entdeckt worden. Eine Hirn-Kernspin-Tomographie von 1993 zeigte lediglich diffuse und geringfügige Rindenverschwächigungen, die nicht als krankhaft gewertet werden konnten.⁴⁵ Im GA aus Wehnen vom November 1993 heißt es dann wieder, das Kernspin-Tomogramm habe "deutlich breite Hirnfurchen gezeigt."

Es ließe sich ohnehin nicht entscheiden, ob die offensichtlich minimalen Rückbildungszeichen nicht bereits von der Luminal-Vergiftung im 19. Lebensjahr herrührten; falls sie tatsächlich außerhalb der oberen Variationsbreite liegen sollten.

Nach seiner Wiederbelebung geriet er durch die erlittene und drastische Sauerstoffnot des Gehirns in eine hirnorganisch begründbare Psychose, nämlich in ein sogen. posthypoxämisches Durchgangssyndrom. Offensichtlich hat es sich um ein delirantes Bild gehandelt; als Delir wird lediglich und deskriptiv die Trias von Bewußtseinstrübung, körperlicher, dranghafter Unruhe bis zur "gewalttätigen" Exzitation, und eine blühende psychotische

⁴² Kales, A. et al.: Successful treatment of narcolepsy with propranolol: a case report. Arch.Neurol. 36(1979)650; Kales, A. et al.: Propranolol in the treatment of narcolepsy. Ann.Intern.Med. 91(1979)741

⁴³ psychiatrisches GA der Frau Becker-Emner

⁴⁴ neuropsychologisches GA des TÜVs Hamburg

⁴⁵ s. Vorläufigen Entlassungsbericht des LKGs Wehnen vom 12.5.93: "EKG u. (unleserlich) jetzt unauffällig, des weiteren EEG und craniales NMR" (craniale nuklear-magnetische Resonanz-

Symptomatik bezeichnet, die am häufigsten aus Trugwahrnehmungen und aus einem Wahn, bzw. aus wahnhaften Inhalten besteht. - Mit einem Alkohol-Mißbrauch oder -Entzug hatte das alles nichts zu schaffen.

Ohne ein solches oder verwandtes psychopathologisches "Nachspiel" hätte Herr H. nach seinem überlebten klinischen Tod überhaupt nicht den Weg zu einer auch zentralnervösen Erholung antreten können. Das Gehirn ist kein Radio-Apparat, den man abschalten und wieder in voller Betriebsfähigkeit anknippen kann. Das weiß heutzutage auch durch die Bemühungen des öffentlich-rechtlichen Fernsehens etc. jeder Laie.

Neben anderen Qualitäten der Hirnleistungen gilt für das Gedächtnis das gleiche. Auch das weiß jeder, daß bereits eine nennenswerte Hirnerschütterung und umso vieles mehr ein mehrminütig unterbrochener Hirnkreislauf Gedächtnisstörungen hinterläßt, die meistens Speicherungen aus einer vergleichsweise kurzen Zeit vor und aus einer längeren bis auch langen Zeit nach der funktionellen Traumatisierung betreffen.

- Nach den bei Herrn H. damals dominierenden Erscheinungen würde man also ein 'delirant-amnestisches Durchgangssyndrom' beschreiben. Solche psychopathologischen Folgeerscheinungen stellen Feld-, Wald- und Wiesen-Ereignisse dar, besonders und erwartungsgemäß häufig auf Intensiv- und Unfall-Stationen.

Umso eindringlicher frappt es, was für ein diagnostischer Unfug im Nachhinein mit diesem ordinären Durchgangssyndrom getrieben worden ist, und keineswegs nur durch medizinische Laien.

Zu den diagnostischen und anamnestischen Verwirrungen im psychiatrischen GA von 1993

Die (damals schon geschiedene und seit 2 Jahren getrennt lebende) ehemalige Ehefrau trug das folgende bei und hatte das auch so schon als Argument im Scheidungsverfahren benutzt: nämlich "daß ihr Mann schon seit langem verhaltensauffällig sei. Vor zwei Jahren habe er einen Herzstillstand mit nachfolgendem hypoxischem Hirnschaden erlitten. Anschließend vermehrt aggressive, aber auch realitätsfremde Tendenzen."⁴⁶

Mit "anschließend" aggressiven Tendenzen mag sie die unmittelbare Periode nach wiedererlangtem Bewußtsein gemeint haben. So, wie es hier steht, muß es als: "seit dem Herzstillstand" verstanden werden. Alles, was es indessen an "Aggressivitäten" jemals gegeben hatte, war die flüchtige dranghafte Unruhe im Rahmen des deliranten Syndroms nach wiedererlangtem Bewußtsein im Altonaer Krankenhaus gewesen. -

Tomographie); desgl. zitiert im GA Becker-Emner vom Nov. 1993

⁴⁶ aus dem psychiatrischen GA Becker-Emner vom Nov. 1993

Eine ähnliche innewohnende Unterstellung liegt darin, daß er "schon seit langem" verhaltensauffällig gewesen sei. Obendrein insinuiert das im Zusammenhang mit dem "vor zwei Jahren" erlittenen Herzstillstand, daß er schon vor diesem Ereignis "verhaltensauffällig" geworden sein soll. Gleich auf derselben Seite des GAs folgt dann das "Eingeständnis" des Herrn H. in Wehnen: "Seit etwa einem Jahr erlebe er seine Umwelt unreal"; was immer "unreal" wohl sein mag. Etwas weiter unten in den gutachterlichen Ausführungen begrenzte der Patient dann angeblich seine Erkrankungsdauer auf ein halbes Jahr.

Dann wird der Sohn gutachterlich zitiert: "Nach diesem Herzstillstand sei er psychisch verändert gewesen. Es hätten sich Gedächtnisstörungen gezeigt, und er sei oftmals konfus gewesen. Phasisch sei er dann wieder recht gut integriert gewesen, allenfalls hätten geringgradige Gedächtnisstörungen persistiert."

Auch das kann nur so verstanden werden, als sei er nach dem Herzstillstand durchgehend "psychisch verändert gewesen"; was immer das für Veränderungen gewesen sein mögen. Nur manchmal und vorübergehend habe sich das gebessert, denn ausdrücklich "phasisch" habe er sich wieder gut seiner Umgebung anpassen können, sonst also in den "Zwischenphasen" eben nicht. In dem gleichen Sinn wird eine permanente psychische Derangiertheit mit der Irreführung unterstellt: "Nach dem Herzstillstand habe sich sein Vater verändert. Er habe geglaubt, daß er von anderen Leuten gesteuert werde, sei hiervon überzeugt gewesen" -, (ja, natürlich, sonst hätte er es ja nicht geglaubt) -, "habe sich als Marionette erlebt." Dann folgt aber gleich: "Der Sohn habe bestritten, daß der Vater FRÜHER je psychisch auffällig gewesen sei." "Früher" kann sich also nur auf die Zeit vor dem Herzstillstand beziehen. Das wiederum steht dem Zitat der Ex-Ehefrau entgegen, daß er ja schon "seit langem verhaltensauffällig" gewesen sei.

Es bleibt also die Wahl anzunehmen, daß er schon "seit langem" vor 1991, spätestens aber seit dem Herzstillstand psychotisch dekompenziert sei; wenn auch "phasisch" wieder ein bißchen gebessert.

Schließlich erfährt man aber doch noch unzweifelhafte zeitliche Markierungen:⁴⁷ Es seien nämlich "bei ihm SEIT DEM ZEITPUNKT DES HERZSTILLSTANDES" z.B. beobachtet worden: "LEICHTE Gedächtnisstörungen im Sinne von Merkschwäche...DISKRETE Denstörungen mit Betroffensein der Informationsverarbeitung und der Konzentration...Denkablauf sei ETWAS störanfällig gewesen mit beeinträchtigter Wendigkeit im Vergleich zur Primärpersönlichkeit vor dem aktuen Krankheitsgeschehen."

⁴⁷ alles zitiert aus dem GA des LKHs Wehnen

Obwohl gerade noch "seit langem", seit "einem Jahr" oder seit "einem halben Jahr" blühende psychotische Inhalte bestanden haben sollen, war die durch den Herzstillstand acquirierte psychische Erkrankung doch am Ende so schlimm nicht: "Im Längsschnitt haben sich aber seit dem akuten Krankheitsereignis und der Reanimation keine Anhaltspunkte dafür finden lassen, daß die bestehenden organisch-psychischen Störungen derart gravierend gewesen seien, daß sie zur Desorientiertheit geführt hätten. Auch haben sich offenbar keine extremen Störungen der Affektivität, des Antriebs und der Psychomotorik, keine schweren amnestischen Störungen oder gar Bewußtseinsstörungen gezeigt."

So scheint ja am Ende doch noch alles gut geworden zu sein.

Allerdings wird gleich darauf zusammengefaßt: "Herr H. bot ... die NAHEZU klassische Symptomatik einer Psychose. Er berichtete von akustischen Halluzinationen...Er fühlte sich von den auf ihn einredenden Stimmen bedrängt und zu imperativem Handeln veranlaßt....habe den Wahnsinn und 'schwarze Löcher' gesehen...Umwelt nicht mehr real erlebt...Déjà-vue-Erlebnis...Gegenstände aus Wänden.(gezogen) ... mit nicht existierenden Personen unterhalten ... fremdgesteuert ... als Marionette erlebt; etc"

Endlich kommt auch heraus, daß "zum Zeitpunkt des Unfallgeschehens" nicht nur "nahezu" klassische psychotische Produktivitäten bestanden hätten sondern "auch in den nachfolgenden STUNDEN des Tages (sic!!) KLASSISCHE Symptome einer akuten organischen Psychose...".

Nun ist Klarheit geschaffen worden: Die AKUTE organische Psychose hat nur für einige STUNDEN nach dem Unfall noch klassische psychotische Symptome produziert. Tatsächlich hat sie also doch wohl weder "seit langem", noch "seit dem Herzstillstand" (das waren 2 Jahre her), noch "seit einem Jahr" und auch nicht seit "einem halben Jahr" bestanden. Damit man nichts mehr durcheinander bringt, wird noch einmal wenig später im GA unterstrichen, daß "die Diagnose einer AKUTEN ORGANISCHEN VORÜBERGEHENDEN Psychose... bei Herrn H. zu bejahen" sei. Und damit man nicht dem Trugschluß aufsitzen könnte, die akute und vorübergehende Psychose sei doch so bald nicht vorübergegangen, wird eigens und schon wieder sichergestellt: "Auch hebt sich die vorgenannte akute KrankheitsEPISODE mit organisch-psychischen Störungen SEHR KLAR von der psychischen Verfassung Tage vorher UND NACH DER STATIONÄREN BEHANDLUNG ab."

Wenn man einmal die besondere formal-stilistische persönliche Note des GAs übergeht, muß man dankenswerterweise bestätigen, daß man endlich gründlich und unmißverständlich über Natur und Verlauf der psychotischen Episode unterrichtet worden ist.

Das deckt sich ja auch mit der Krankengeschichte im Altonaer Krankenhaus, daß nämlich für etwa 7-10 Tage nach wiedererlangtem Bewußtsein ein delirant-amnestisches Durchgangssyndrom geblüht habe. Nirgendwo sind indessen produktive Inhalte belegt für die Zeit nach der Krankenhausentlassung 1991 und Anfang Mai 1993.

Doch sogleich mit dem letzten Satz der darauffolgenden gutachterlichen Zusammenfassung verschlägt es einem den Atem.

Erst heißt es nur: "Die Beurteilung der Vollexkulpierung bezieht sich ausschließlich auf DIE akuten KrankheitsPHASEN." Das läßt notwendigerweise danach fragen, wieviele Phasen denn nun eigentlich schon im Verlauf der Erkrankung dokumentiert worden waren. Die Beobachtungen in Wehnen vom Mai und Juni 1993 ließen ja nicht den prophetischen Rückschluß zu, daß die Erkrankung phasisch verlaufen würde, geschweige denn, ob sie sich überhaupt fortsetzte. Wahrscheinlich wollte sich die Gutachterin aber nur allgemein auf den akuten organisch-symptomatischen Krankheitstyp beziehen.

Aber dann folgt: "Bei DER ZUGRUNDE LIEGENDEN Erkrankung kann REIN THEORETISCH auch ein SYMPTOMFREIES KrankheitsINTERVALL mit einer NAHEZU VOLLKOMMENEN Aufhebung der akuten Krankheitssymptome einer Psychose vorkommen."

Die zugrunde liegende Erkrankung war diejenige des Herrn H., mit der sich das GA zuvor in scheinbar so eindeutiger Entschiedenheit beschäftigt hatte. Daß diese Erkrankung nun aber nur rein theoretisch und nur in Intervallen rückbildungsfähig sei, und zwar nicht einmal komplett sondern nur "nahezu vollkommen", das ist eine umwerfende Überraschung, denn das las man vor Tische ganz anders:

Eben noch war des langen und breiten beteuert worden, Herr H. habe lediglich an einer akuten, vorübergehenden, nämlich nur für ein paar Stunden klassisch floriden symptomatischen Psychose gelitten. Nun auf einmal soll diese Erkrankung nur theoretisch und dann auch nur partiell besserungsfähig sein. Wenn es sich hier wegen eines sprachlichen Unvermögens aber dennoch um ein Mißverständnis handeln sollte, dann ist dieses Mißverständnis so unmißverständlich eindeutig formuliert worden, daß nur ein einziges Verständnis bleiben kann: Zusammengefaßt wird, daß die Erkrankung des Herrn H. nur theoretisch einmal Besserung verspricht, und falls das wider Erwarten eintreten sollte, dann auch nur teilweise so.

Jeder Staatsanwalt und Richter und auch jeder nachuntersuchende Arzt, der sich mit der Zusammenfassung begnügte, mußte unausweichlich zu dieser und zu keiner anderen Auffassung kommen.

Das GA aus dem LKH Wehnen offeriert das psychiatrische Pendant zur Pointe eines nur scheinbar amüsierlichen Nachkriegsfilms⁴⁸: da bemühte sich ein Staatsanwalt eifrig bis zum Schweißausbruch, den Diebstahl einer Tafel Schokolade zu bagatellisieren, um den Delinquenten möglichst unanfechtbar zu exkulpieren. Nachdem ihm das gelungen war, plädierte er für die Todesstrafe.

Die psychiatrische Karriere des Herrn H. begann nicht mit dem Herzstillstand von 1991 und nicht einmal mit den psychiatrisch-stationären Aufnahmen vom Mai und Juni 1993 sondern mit dem verworrenen psychiatrischen GA vom November 1993 und der Bescheinigung der Eppendorfer Psychiatrie vom September 1993.

Das forensische Oeuvre aus Wehnen schreibt Seite um Seite aus einem Leitfaden für Adepten der Begutachtungskunst ab, um darzutun, was alles ausscheide, um etwaige Schuldunfähigkeit für die Beschädigung eines Verkehrsschilds ('Fahrerflucht') begründen zu können. Nachdem es sich dann korrekterweise für eine organische Psychose entschieden hat, widmet es den vermutlichen Zusammenhängen zwischen körperlicher Schädigung und Existenz wie Ausbruch der Psychose nur flüchtige Bemerkungen.

Der Kernsatz lautet: "Diagnostisch beurteilte man die psychotische Exazerbation als Belastungssituation bei Eheproblematik bei bestehenden Hirnleistungsminderungen nach cerebraler Hypoxämie unter Herzstillstand vor zwei Jahren". Das bezog sich auf die stationäre Aufnahme am 6.5.93.

Die diagnostische Forderung nach einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang zwischen organischer Schädigung und Ausbruch einer Psychose konnte also nicht direkt erfüllt werden. Eine zweijährige Latenzzeit könnte für einen ursächlichen Zusammenhang nicht mehr überzeugen. Also hatte es sich erstens nur um einen neuerlichen Ausbruch DER Psychose zu handeln, die bereits erstmals in tatsächlich unmittelbarer zeitlicher Verknüpfung mit dem Herzstillstand aufgetreten war, nämlich um eine EXAZERBATION. 1991 im Altonaer Krankenhaus war er aber (erwartungsgemäß) in ein delirant-amnestisches Durchgangssyndrom geraten. Selbstverständlich war das eine psychotische Begleiterkrankung nach dem klinischen Herztod, aber eben eine flüchtige, deren produktiv-psychotische Inhalte bis zur Spitalsentlassung längst wieder abgeklungen waren.

Die psychotische Erkrankung vom Mai 1993 konnte also gar keine EXAZERBATION der delirant-amnestischen Funktionspsychose nach der Wiederbelebung gewesen sein, denn Herr H. hat ja 1993 nicht noch einen zweiten Herzstillstand oder Herzinfarkt oder eine sonstwie bedingte Sauerstoffnot seines Gehirns erlebt.

⁴⁸ der Schauspieler Martin Held in dem Film "Rosen für den Staatsanwalt"

So mußten zweitens eine Brücken-Symptomatik und drittens ein erneuter akuter Auslöser für die psychotische Episode im Mai 1993 vorgezeigt werden.

Als vermittelnde und seit 1991 durchgehend überbrückende pathophysiologische Grundlage werden alsdann "bestehende Hirnleistungsminderungen nach cerebraler Hypoxämie unter Herzstillstand vor zwei Jahren" bemüht. Worin die Hirnleistungsminderungen bestanden haben sollen, erfährt man nicht genau. Was immer wieder im Text an genannten Symptomen auftaucht, um Brückensymptome zu demonstrieren, gehörte zum flüchtigen delirant-amnestischen Durchgangssyndrom von 1991. Selbstverständlich trifft es zu, daß er "nach diesem Herzstillstand ... psychisch verändert gewesen" sei⁴⁹, daß sich "Gedächtnisstörungen gezeigt" hätten und er "oftmals konfus gewesen" sei, daß er wiederum "nach dem Herzstillstand" geglaubt habe, "daß er von anderen Leuten gesteuert werde" wie eine "Marionette", und daß er sich in seinen Ängsten und Klagen mit seiner gescheiterten Ehe befaßt habe. Nach dem Muster einer jesuitischen Reservatio mentalis wird aber durchweg verschwiegen, daß dies Inhalte des flüchtigen delirant-amnestischen Durchgangssyndroms waren; NACH dem Herzstillstand haben die sich ja tatsächlich ereignet. Suggestiert wird dadurch eine seither ununterbrochen vor sich hin dampfende Psychose, die nur kürzlich im Mai 93 wieder dramatisch aufgeköcht, also EXAZERBIERT sei. Es ist auch offenbar in Wehnen gar nicht erfragt worden, um welche Natur einer organischen Psychose es sich nach dem Herzstillstand gehandelt hatte; obwohl eine delirant-amnestische Funktionspsychose das alltäglich Gewöhnliche im Gefolge solcher Ereignisse zu sein pflegt.

Die jesuitischen Brückensymptome werden dann wahlweise auf die vergangenen zwei Jahre gestreckt, dann wieder auf ein Jahr reduziert, dann auf ein halbes; s. oben.

Als Auslöser für die aktuelle "psychotische EXAZERBATION" im Mai/Juni 1993 wurde nun eine "Belastungssituation bei Eheproblematik" präsentiert.

Die Eheproblematik bestand allerdings zu diesem Zeitpunkt seit über einem Jahr nur noch retrospektiv, weil Herr H. im Februar 1992 geschieden worden war. Seitdem hatte er in seiner Mansarde gesessen und vor sich hin gebrütet. Die "Eheproblematik" soll und müßte also floride genug geblieben sein, um sich kausal an der psychotischen Episode von 1993 zu beteiligen; samt den ja seit 2 Jahren "bestehenden Hirnleistungsminderungen" okkulter Ausgestaltung.

Warum aber sollte das erst nach einem ganzen Jahr seinen Siedepunkt erreicht und den psychotischen Ausbruch so verspätet induziert haben? Die "Eheproblematik" kam also als aktuell psychotogene "Belastungssituation" im Mai 1993 überhaupt nicht in Frage.

⁴⁹ zitierter anamnestischer Beitrag des Sohns im GA v. 11.11.93

Das GA aus Wehnen hat mithin gar keinen kausalen Zusammenhang zwischen der organischen Psychose von 1993 und der Wiederbelebung von 1991 darzulegen vermocht. Dabei bleibt immer vor Augen, daß psychiatrische "Diagnosen" nichts mit objektivierbaren Diagnosen anderer medizinischer Disziplinen gemein haben. Sie sind fast ausnahmslos deskriptiver Natur und gründen sich auf verbindliche Absprachen darüber, wie beobachtete Phänomene zu nennen und nach welchen Kriterien sie zu werten sind. Psychodynamische und ein guter Teil der psychopathologischen Zusammenhänge und Bedingungen sollen aber wenigstens "einfühlbar" oder "nachvollziehbar" herzustellen sein, wobei der Untersucher vorzüglich sein eigenes und eben kein objektives Maß einbringt. Aber auch dabei sind "Spielregeln" der sozusagen logischen Zumutbarkeit und alltäglichen Erfahrung einzuhalten, und diesen Spielregeln entspricht es keineswegs, daß ohne zusätzliche Brückensymptomatik die "Eheproblematik" erst mit einjähriger Latenz eine psychotische Episode initiiert haben soll.

Es füllte aber eine balkendicke psychiatrische Brückensymptomatik die Zeit von bereits vor Eintritt des Herstillstands bis in die Gegenwart, und diese Krankheitssymptome sind in der Tat zwischen Anfang 1992 und Mai 1993 sukzessive exazerbiert. Es ist oben von Herrn H. eindringlich beschrieben worden, in welcher vital tiefen Verstimmung er ein ganzes Jahr vor Mai 93 antriebslos vergrübelt in seiner Wohnung zugebracht und mit niemandem verkehrt und geredet hat. Dies war nicht die erste massive affektive Absenkung, die er zeitlebens erlitten hatte; der Suizidversuch von 1968 setzte hier die erste Landmarke. Es sind sowohl deutlich reaktive als auch verdachtsweise endogene oder zumindest endoform anmutende Depressivitäten nachgefolgt. Erwähnt worden ist schon, daß auch das narkoleptische Syndrom sich daran beteiligt haben mag.

Die reaktive oder anteilig endogene oder endoform geprägte Verstimmung traf seit dem Herzstillstand und spätestens seit der Scheidung Anfang 1992 auf eine psychosomatische Gesamtverfassung, die sich wesentlich von vorausgegangenen Befindlichkeiten unterschied. Der unterbrochene Hirnkreislauf hatte zwar keine manifesten neurologischen Ausfälle hinterlassen wie etwa Lähmungen oder Sprachstörungen etc. Das delirant-amnestische Nachfolge-Syndrom repräsentierte lediglich eine flüchtige zentralnervöse Massenwirkung. Aber ein mehrminütiger klinischer Tod reicht auch bei einem solchen glimpflichen Verlauf aus, um retrospektiv eine Herunterregulierung des zentralen "Schwellenwerts" anzunehmen. Auch ohne feststellbare Einbußen an Hirnsubstanz pflegt nach solchen Ereignissen und in nicht mehr jugendlichem Alter die funktionelle Anfälligkeit des Hirns gegenüber zusätzlichen weiteren Schädigungen oder "Belastungen" zuzunehmen. Was vormals ohne körperliche oder seelische Einbußen oder Irritationen "vertragen" wurde, kann nun z.B. vergrößerte Züge der

Primärpersönlichkeit erkennen lassen, oder eine raschere körperliche wie geistige Ermüdbarkeit, oder eine früher spurlos verkraftete Blutdrucksenkung macht einen nun alarmierend-erweise schwindelig, oder man wird emotional anrührbarer bis zur Affektinkontinenz etc. etc. Solche Erscheinungen können auch qualitativ als etwas ganz "Neues" imponieren und brauchen sich nicht nur wie eine Voralterung auszunehmen, obwohl sich Parallelen dazu aufdrängen.

Zum abgesenkten hirnorganischen "Schwellenwert" gesellte sich durch die Scheidung ein irreparabler Verlust seiner Familie zum gerade erlebten Verlust seiner beruflichen Existenz als Sozialökonom und Derzernent in Glauchau und als Heilpraktiker in Hamburg. Sozial fand er sich isoliert vor, und die zunehmende Depressivität isolierte ihn dann vollständig.

Diesem kompakten psychosozialen "Stress" haftete seit der Scheidung Anfang 1992 aggravierend die Hilflosigkeit an, daß eigenes Wollen und Handeln seine Lage nicht wieder verbessern könne.

Besonders diese Art von Stress nach irreversiblen Verlusten im engsten persönlichen Lebensumkreis mündet häufig in depressive Verstimmungen von zweifelsfreiem Krankheitswert, oder sie fungiert als Auslöser erneuter endogen-depressiver Phasen. Das geschieht umso regelmäßiger, je niedriger auch die hirnorganische "Schwelle" liegt; auch hier findet sich wieder ein möglicher Vergleich mit der erhöhten depressiven Erkrankungsrate im Alter, bzw. mit der Häufung und Verlängerung von endogen oder involutiv depressiven Phasen im Rückbildungsalter.

Es geschieht nicht selten, daß die depressive Erkrankung erst zu einem solchen Zeitpunkt im Verlauf erlebter bedrückender Lebensumstände beginnt, wenn keine aktiven Bewältigungsversuche etc. mehr möglich sind oder möglich zu sein scheinen. Man beschreibt diese Beobachtungen dann z.B. als "Beerdigungs-Depression" oder als "Erschöpfungs-, Umzugs-, Witwen-, Scheidungs-, Immigranten-etc. Depression".

Herr H. befand sich bereits vor der Scheidung 1992 in einer hochgradigen, zumindest endoform-depressiven Verstimmung. Unter dem seither permanenten Stress seiner entmutigenden Lebensumstände glitt er in die beschriebene vitale Depressivität ab, die sich in nichts mehr von einer gravierenden endogen depressiven Phase unterschied, und die fraglos einer klinischen Behandlung bedurft hätte.

Auf der Talsohle derartiger Erkrankungen können neben den vertrauten depressiven Inhalten auch vorübergehend produktiv psychotische Phänomene auftauchen, die keineswegs etwa die Diagnose einer schizophrenen Erkrankung gestatteten. Das gleiche gilt für transitorische psychotische Produktivitäten besonders beim "Umkippen" in eine Manie. - Herr H. hat oben

beschrieben, in welcher Verfassung er sich am 4.5.93 erlebte, und es ist schon erwähnt worden, daß das einen Umschlag der Depression in eine Manie oder Hypomanie nicht ausschließen läßt. Ein derartiges Überspringen in die Manie nach auch vielmonatiger tiefer Depressivität kann selbst innerhalb von wenigen Minuten stattfinden.⁵⁰

Es wäre also vorstellbar, daß die chronifizierte depressive Erkrankung zwischen Februar 1992 und Anfang Mai 1993 das Brückensymptom zwischen hirnganischen "Schwellenwerts-Minderungen" durch den Herzstillstand und dem Ausbruch einer psychotischen Episode darstellte.

Ohne weiteres überzeugt es aber nicht, daß Herr H. schon zu Beginn seines Reisemarathons am 4.5.93 psychotisch gewesen sein soll. Die Behauptungen dazu im GA vom 11.11.93 lassen nirgendwo zweifelsfrei zwischen Phänomenen unterscheiden, die dem delirant-amnestischen Durchgangssyndrom von 1991 angehörten, und solchen, die tatsächlich auf die Aufnahmen von Mai und Juni 1993 zu datieren waren. Für die Bewertung der Erkrankung macht das auch keinen Unterschied. Zur Diskussion steht nur, was am wahrscheinlichsten als unmittelbarer Auslöser der episodischen körperlich begründbaren Psychose vom Mai 1993 in Frage kommt, und wie es sich den übrigen Brückensymptomen bis zum Herzstillstand zurück zuordnen ließe.

Zum Schlafentzug

Mit der zweifelsfrei größten rekonstruierbaren Wahrscheinlichkeit ist es der Schlafentzug gewesen, der den psychotischen Ausbruch "gezündet" hat.

Jeder Mensch wird produktiv psychotisch, wenn er lange genug wach gehalten wird. Wann man beginnt, z.B. optisch und akustisch etc. zu halluzinieren oder einen Wahn zu produzieren, hängt nur von der individuellen "Schwelle" ab. Diese Zusammenhänge gehören zum völkischen Allgemeinwissen, und der psychotogene Schlafentzug ist als altehrwürdiges Mittel der christlichen Wahrheitsfindung gewohnheitsmäßig in der Hexen-Tortur praktiziert worden.⁵¹

⁵⁰ u.a.: Anyonyme Übersicht: The switch process in manic-depressive psychosis. Ann. Intern. Med. 87(1977)319

⁵¹ Der erzwungene Schlafentzug wurde von Peter Binsfeld, Suffraganbischof von Trier, als "Tormentum insomniae" erstmals 1589 warn empfohlen, um in den Hexenprozessen die Geständnisfreudigkeit zu fördern: sobald die Damen psychotisch produktiv geworden waren, offenbarten sie zwangloser ihre satanische Ferse. Matthew Hopkins, General-Hexenfinder von Englang, führte das Tormentum insomniae als erster routinemäßig in das Folterprogramm ein, woraufhin diese Innovation sich auch fest im Kirchenstaat und in Deutschland etablierte. - W.G.Soldan und H.Heppe: Geschichte der Hexenprozesse, 1843 & 1879, 2 Bde., Neuauflage durch G.Müller, München, 1911.

Heutzutage entwickeln sich Schlafentzugs-Psychosen aller Art und Färbung wohl am häufigsten auf medizinischen Intensiv- und Unfallstationen⁵². Anderwärts haben end- und schlaflose Bahnreisen zur Etikettierung der 'paranoiden Eisenbahn-Psychose' geführt; aus gleicher Quelle stammen Beobachtungen zu experimentellen Schlafentzugs-Psychosen.⁵³ Auch psychologisch induzierte Schlaflosigkeit unter mißhandelten und gedemütigten Soldaten der Sowjetarmee scheinen vertraute Beobachtungen gewesen zu sein. Auch dabei zeigte es sich, daß u.a. eine erniedrigte Ausgangs-"Schwelle" durch geringfügige Hirnschäden zu psychotogenen Reaktionen prädisponierte⁵⁴. In wohlhabenderer Umgebung werden Einmann-Langstreckensegler von Schlafentzugs-Psychosen geplagt. Drei schlaflose Nächte scheinen zumeist zur psychotischen Induktion auszureichen⁵⁵. Nach einem dann guten Nachtschlaf oder spätestens nach 2-5 Tagen remittieren diese Psychosen spontan.⁵⁶

Herr H. ist vom 4.-6.5.93 über 72 Stunden lang schlaf- und rastlos mit dem Auto unterwegs gewesen. Er habe das auch übereinstimmend überall berichtet, wo er bisher zur Sache exploriert worden sei. Auch das psychiatrische GA vom 11.11.93 bestätigt das ja: "Herr H. habe hinzugefügt, daß er vor dem Unfall etwa 72 Stunden nicht geschlafen habe. Dies sei aufgrund einer psychischen Ausnahmesituation gewesen, und zwar aufgrund der Trennung von seiner Ehefrau." (NB: diese Trennung lag bekanntlich über ein Jahr zurück; auch hier verzichtete man wieder auf nachvollziehbare Brückensymptome).

Ansonsten hat dieser Schlafentzug weder im GA aus Wehnen noch sonstwo irgendein Interesse erzeugt und ist nirgends trotz seiner ja zuverlässigen psychotogenen Effekte diskutiert worden. Diese Indifferenz hinterläßt für eine psychiatrische Universitätsklinik und selbst noch für ein psychiatrisches Landes-Fachkrankenhaus ein nicht geringes Erstaunen.

Zu den diagnostischen Darbietungen nach dem Akten-Gutachten vom November 1993

Der vorläufige Entlassungsbericht aus Wehnen vom Juni 1993 und das psychiatrische GA vom 11.11.93 hatten bestätigt, daß während und nach der stationären Aufnahme im Juni 1993 "die Diagnose einer paranoid-halluzinatorischen Psychose gestellt worden"⁵⁷ sei; allerdings hat sich das GA unzweideutig davon distanziert.

⁵² u.a.: Geary, SM: Intensive care unit psychosis revisited: understanding and managing delirium in the critical care setting. Crit.Care Nurs.Q. 17(1994)51; Gelling, L.: Causes of ICU psychosis: the environmental factors. Nurs.Crit.Care 4(1999)22.

⁵³ Moefes, SM: "Railway" paranoid disorder and forced insomnia. Zh.Nevropatol.Psikhiatr.Im.S.S.Korsakova 91(1991)95

⁵⁴ Kudriavtsev, IA et al.: Transient psychogenic psychoses in servicemen. Zh.Nevropathol.Psikhiatr.Im.S.S.Korsakova 92(1992)72

⁵⁵ Devillieres, P et al.: Delusion and sleep deprivation. Encephale 22(1996)229

⁵⁶ s.bei Devillieres, P et al. und bei Moefes,SM.

⁵⁷ wie auch im vorläufigen Entlassungsbericht vom Juni '93 dokumentiert worden ist

Zwischen dem 25.8. und 16.9.1993 suchte Herr H. aus eigener Initiative viermal die Psychiatrische Poliklinik der Universität Hamburg-Eppendorf zu "diagnostisch-therapeutischen Gesprächen"⁵⁸ auf. Das Gutachten der Psychiatrie Wehnen vom November 1993 kann also noch nicht bekannt gewesen sein. Medizinische Aufzeichnungen zu den Vorbehandlungen in Wehnen haben aber in Eppendorf vorgelegen, wie es sich schriftlich bestätigt findet: es sei "zweimal zu kurzen psychiatrisch-stationären Behandlungen im Mai und Juni 1993 im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Wehnen" gekommen. "Den stationären Aufnahmen war nach den UNS VORLIEGENDEN UNTERLAGEN jeweils eine Exazerbation der psychotischen Symptomatik vorausgegangen...".

Und dann übernahm man dort entweder ohne eigene differentialdiagnostische Anstrengungen die noch nicht widerrufenen Diagnose aus Wehnen, oder man zeichnete ohne auswärtige Beihilfe nur selbst für die folgenden Behauptungen verantwortlich: "Aus der Vorgeschichte gewannen WIR den EINDRUCK, daß bei dem Patienten nach einem Herzstillstand mit nachfolgender Reanimation vor 2 Jahren und nach einer sich daran anschließenden beruflichen und privaten Krise erstmals eine paranoid-halluzinatorische Psychose AUS DEM SCHIZOPHRENEN FORMENKREIS zum Ausbruch kam..."

Unterstellt wird also, daß im Anschluß an die Wiederbelebung eine schizophrene Psychose ausgebrochen sei und seither fortbestanden habe, die inzwischen zweimal exazerbiert sei, also sich lediglich verschlimmert habe, damit also keinesfalls aber erst im Mai oder Juni 1993 erstmals zum Vorschein gekommen sei.

Es braucht Mut, einen Herzstillstand ohne weiteren Kommentar in einen unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit einer erstmaligen schizophrenen Erkrankung zu bringen. Wenn jemand nach einer Wiederbelebung das erste Mal psychotische Symptome produziert, müssen schon sehr, sehr ungewöhnliche Begleitkriterien nachgewiesen werden, um das NICHT als organisch bedingte, symptomatische Psychose zu werten, bzw. als psychotisches (hier delirant-amnestisches) Durchgangssyndrom. Auf eine überwältigendere Beweisführung für einen kausalen Zusammenhang zwischen körperlicher Beeinträchtigung und psychotischer Nacherkrankung wäre nach den rational-zurückhaltenden Kriterien Kurt Schneiders (samt den aktuellen diagnostischen Manualen) schwer zu kommen, woran hier noch einmal erinnert sei: »1. Belangvolle körperliche Befunde. 2. Einen evidenten zeitlichen Zusammenhang zwischen körperlichem Befund und der Psychose. 3. Eine gewisse Parallelität der Verläufe von beiden. 4. Psychische Bilder, wie man sie bei faßbaren Körperschädigungen auch sonst

⁵⁸ siehe "Ärztliche Bescheinigung" vom 16.9.1993

zu sehen gewohnt ist, eben "exogene" oder "organische". Diese Forderung gilt am wenigsten streng.⁵⁹ «. Ein "belangvollere körperlicher Befund" als der Eintritt des klinischen Todes wird nicht präsentiert werden können.

Es wird aber nicht einmal angedeutet, daß trotzdem und infolgedessen durch irgendwelche dennoch überzeugenden, aber notwendigerweise extravaganten Umstände auf eine schizophrene und nicht auf eine organisch-symptomatische Psychose geschlossen werden mußte.

Schließlich wird ein zweiter, ebenfalls hauseigener EINDRUCK hinzugefügt: "Nach UNSEREM EINDRUCK liegt bei Herrn H. ein chronifizierender Wahn vor, von einer psychotherapeutisch tätigen Freundin seiner Frau verfolgt und beeinflusst zu werden...".

Zusammen mit der behaupteten schizophrenen Psychose bleibt damit für niemanden ein Zweifel bestehen, daß ein chronifiziertes paranoides Wahnsystem im Rahmen einer also zwangsläufig ebenfalls chronischen schizophrenen Psychose gemeint ist.

Wichtiger als Vorbefunde, die einen möglicherweise diagnostisch befangen machen, war in Eppendorf die persönliche und viermalige Anwesenheit des Herrn H. Er hätte zu allen anamnestischen Auskünften zur Verfügung gestanden, die er auch jetzt beigetragen hat. Erfahren hätte man dann ebenso von den nur flüchtigen psychotischen Erscheinungen nach der Wiederbelebung 1991, von den ebenfalls flüchtigen produktiven Inhalten vor und während des Umherirrens im Auto im Mai 1993, und man hätte sich vergewissern können, ob der "chronifizierende Wahn" tatsächlich einer war, also z.B. nicht korrigierbar und rationalen Argumenten nirgends zugänglich, oder wenn wirklich ein Wahn, ob dann ein katathymer, ein sensibler Beziehungswahn oder sonstwie ein "psychogener", oder ob differentialdiagnostisch eindeutig vertretbar wirklich ein schizophrener Wahn.

Das wäre beileibe nicht nur von akademischem Interesse gewesen. Hier ging es um eine fachärztliche Bescheinigung, daß jemand an einer schizophrenen Psychose litte. Das wurde auch nicht von irgendeinem psychiatrischen Etablissement zwischen Moor und Heide attestiert sondern von einer psychiatrischen Universitätsklinik und war von einem Professor für Psychiatrie gegengezeichnet worden.

Die veröffentlichte Diagnose einer Schizophrenie bedeutet für jedermann in einem halbwegs qualifizierten Berufsleben und aus einem auch nur halbwegs differenzierten persönlichen Umfeld die psychosoziale Eliminierung. Diese Bescheinigung bezeugt einen fahrlässigen und leichtfertigen Dilettantismus.

⁵⁹ Kurt Schneider: Klinische Psychopathologie. Thieme, Stuttgart, 1966, p.79f.

Daran änderte nichts, daß neben der persönlichen Entbindung von der Schweigepflicht zusätzlich und schriftlich beiliegend gefordert wurde, sie "dürfe nicht ohne AUSDRÜCKLICHES Einverständnis DES KRANKENHAUSES an andere Personen oder Dienststellen weitergegeben werden".⁶⁰ Für Herrn H. bedeutete es eine Frage der wirtschaftlichen Existenz, seinen Führerschein zu behalten. Er nahm es in Kauf, daß man ihn als Schizophrenen etikettierte, weil dieselbe Bescheinigung ihm die Fahrtüchtigkeit bestätigte. Deswegen folgte er am 22.11.1993 der Aufforderung des Landkreises Emsland und legte sie dort selbst vor.⁶¹ Dazu hätte er rechtens die Zustimmung aus Eppendorf einholen müssen, oder aber der Landkreis Emsland hätte das zu tun gehabt. Das geschah genauso wenig wie jemals später, wenn sich ein Arzt oder eine Behörde auf diese Fehl-Diagnose und -Leistung bezog; nirgendwo in den Akten findet sich eine entsprechendes Einverständnis der Eppendorfer Klinik.

Bereits am 8.12.1993 vermeldet das Gesundheitsamt Aschendorf: "Herr H. erkrankte ERSTMALIG vor zwei Jahren an einer paranoid-halluzinatorischen Psychose AUS DEM SCHIZOPHRENEN FORMENKREIS...Im September 1993 bestanden NOCH WEITERHIN Wahnvorstellungen, so daß die Universität Hamburg von einem 'chronifizierenden Wahn' ausgeht..."; es müßten "die psychiatrischen Episoden vom Mai und Juni 1993 ALS REZIDIV angesehen werden, nach denen IN DER REGEL EINE POSITIVE BEURTEILUNG ERST NACH 3 BIS 5 JAHREN MÖGLICH IST...nach kürzerer Zeit nur bei 'besonders günstigen Umständen'...Diese besonders günstigen Umstände können aber hier nicht erkannt werden insbesondere deswegen nicht (sic), das bei Herrn H. NOCH EINE KRANKHEITSSYMPТОМАТИК VORLIEGT und er sich nicht in psychiatrischer Behandlung befindet."⁶²

Herr H. ist am 8.12.1993 nicht neuropsychiatrisch vom Gesundheitsamt nachuntersucht worden, aber nichtsdestoweniger versicherte man von dorthin "nach Durchsicht der Akte", daß "NOCH EINE KRANKHEITSSYMPТОМАТИК VORLIEGT." Zugrunde lag dem die Bescheinigung aus Eppendorf vom 16.9.93, wo er ja viermal spontan zu "diagnostisch-therapeutischen Gesprächen" erschienen war.

Obwohl inzwischen 3 Monate vergangen waren, ging das Gesundheitsamt also mit Selbstverständlichkeit davon aus, daß Herr H. 'unverändert' psychotisch sei, und zwar mangels Behandlungswilligkeit. Ein mithin "chronifizierender" und/oder rezidivierender Schizophrener kann aber "nach den Richtlinien 'Krankheit und Kraftverkehr'" bestenfalls nach 3-5 Jahren seinen Führerschein zurückerwarten.

⁶⁰ in der Akte des Verwaltungsgerichts Osnabrück, Beiakten A zum AZ. 2 B 39/96, als S.12 bezeichnet

⁶¹ S.11 der Akte des VWGer Osnabrück

⁶² Frau Medizinaldirektorin Dr.med.Gramberg, GA Aschendorf

Seither hat sich die Psychose "AUS DEM SCHIZOPHRENEN FORMENKREIS" fest und unerschütterlich in allen behördlichen und ärztlichen Beiträgen zur Führerscheinsache etabliert.

Beispielsweise forderte das Straßenverkehrsamt des Landkreises Emsland im November 1995 beim Medizin.-Psycholog. Institut Hamburg an zu beurteilen, ob Herr H. "trotz der festgestellten Art der Gesundheitsstörung (chronifizierender Wahn) ein Kraftfahrzeug der Klasse 3 sicher führen" könne⁶³. Das Ergebnis muß für Herrn H. als inakzeptabel ausgefallen sein, denn er entband die Untersucher nicht von ihrer Schweigepflicht.⁶⁴

Dasselbe Institut bezog sich bei der Nachbegutachtung vom 16.4.1996 sowohl auf das psychiatrische GA aus Wehnen als auch auf die Bescheinigung aus Eppendorf. "Es wird über Gedächtnisstörungen, psychische und phasische Veränderungen sowie paranoide Denkinhalte berichtet"⁶⁵. Eine Seite weiter wird die "akute organische Psychose" aus Wehnen und darunter der "chronifizierende Wahn" aus Eppendorf zitiert. Obwohl Herr H. seine aktenkundigen psychiatrischen Symptome dissimuliert habe und "hintergründig verschlossen depressiv und angespannt" wirkte, konnten nunmehr keinerlei psychotische Symptome mehr eruiert werden⁶⁶. Die eigene Beurteilung zieht sich dann zurück auf leistungspsychologische Defizite aufgrund eines "hirnorganischen Psychosyndroms" nach dem Herzstillstand von 1991. Wegen dieser "Restsymptomatik" wird die Fahrtüchtigkeit dann verneint⁶⁷.

- Es ist schon darauf eingegangen worden, daß eine derartige hirnorganisch verursachte "Restsymptomatik" 5 Jahre nach der Wiederbelebung und nach inzwischen auch wiederholten unfallfreien Kurierdiensten im Hamburger Großstadtverkehr nur überzeugt hätte, wenn als tatsächlicher Grund für mangelhafte Testleistungen u.a. eine Depression und narkoleptogene Behinderungen ausgeschlossen worden wären.

Im Oktober 1996 erkennt das Verwaltungsgericht Osnabrück darauf, daß "in dem Zeitraum Mai/Juni 1993" keine Verkehrstauglichkeit bestanden habe; gemeint sind die psychiatrisch-stationären Aufenthalte in Wehnen. Dem ist beizupflichten, und diese Frage belastet Herrn H. auch nicht weiter. "Eine positive Eignungsprognose nach Abklingen einer organischen Psychose" setze aber "u.a. voraus, daß keine Restsymptome der Psychose mehr nachweisbar sind (vgl. Ziff. 2.2. des Gutachtens "Krankheit und Kraftverkehr"). Gerade solche Restsymptome - u.a. in Form von Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen - sind jedoch nach den Feststellungen im TÜV-Gutachten vom 16. April 1996 ... auch heute noch nachweisbar." ... "Eine dem Antragssteller günstige Eignungsprognose läßt sich schließlich auch nicht aus

⁶³ S. 68, Beiakten A zum AZ 2 B 39/96, VWGer Osnabrück

⁶⁴ S. 71 derselben Akte

⁶⁵ S.79 ders. Akte

⁶⁶ S.81 ders. Akte

⁶⁷ S.83 ders. Akte

dem Gutachten der Frau Dr.Becker-Emner vom 11. November 1993 herleiten", weil sich das nur mit der Schuldfähigkeit für "die Verkehrsauffälligkeiten im Mai/Juni 1993" befasse.⁶⁸

Für die Zeit dieses Beschlusses und für die vorausgegangenen drei Jahre existiert tatsächlich aber nirgendwo irgendein Beleg dafür, daß noch "Restsymptome der (organischen) Psychose" bestanden hätten. "Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen" können nicht als psychotische Restsymptome klassifiziert werden, und das ist im TÜV-Gutachten vom 16.4.96 auch nicht unterstellt worden; Restschäden dieser Art durch den 1991 überlebten Herzstillstand und im Rahmen eines etwaigen 'hirnorganischen Psychosyndroms' wären durchaus denkbar gewesen, wenn eben anderweitige Ursachen ausgeschlossen worden wären; s.o. - Im übrigen bekunden die Verweise des Gerichts auf das GA der Frau Becker-Emner, daß man sich richtungsweisend an deren zusammenfassender Beurteilung orientiert hat, die die 180-gradige Verkehrung ihrer vorausgegangenen Expertise zustande brachte. Auch im späteren Widerspruchsverfahren taucht das auf: "Ausdrücklich wird verwiesen auf das seinerzeitige Gutachten von Frau Dr.Becker-Emner, wonach ZUM DAMALIGEN Zeitpunkt eine AKUTE organische Psychose mit ausgeprägter paranoid-halluzinatorischer Symptomatik angenommen wurde.⁶⁹" Eben, eben, akut und nur damals. Nun kann man einen Nicht-Mediziner aber nicht dafür verantwortlich machen, wenn ihm die Orientierung schwer fällt, weil einem einerseits eine nur vorübergehende und akute, gleich darauf aber eine nur theoretisch und bestenfalls partiell besserungsfähige Psychose angedient wird.⁷⁰ - Wunderlicherweise soll Herr H. der Polizei am 3.6.93 auch "auf Nachfrage" sogleich gestanden haben, "paranoid/schizophren" krank zu sein.⁷¹ Das wäre ja doch sehr entgegenkommend von ihm gewesen und hätte gegen seine anderwärts oft beklagte Dissimulationsneigung gesprochen. Darüber hinaus betonte dieselbe Behörde, die Beurteilung der Fahrtauglichkeit habe im übrigen "die Gesamtpersönlichkeit des Bewerbers zu würdigen".

In summa ist Herr H. seit 1993 zum immer wieder bekräftigten Psychotiker mit "Restsymptomatik" gemacht worden, nach Natur und Verlauf wahlweise organisch, akut, nur vorübergehend für ein paar Stunden, oder schizophren, bzw. aus dem schizophrenen Formenkreis, und dazu erschwerend "chronifizierend". Im Gegensatz zu diesen psychosozial deletären Diagnosen ist er aber seit Herbst 1993, also seit 7,5 Jahren nicht mehr neuropsychiatrisch begutachtet worden. Die leistungspsychologische TÜV-Untersuchung von 1996 konnte bei der allseits bekannten Vorgeschichte eine fachgerechte nervenärztliche Untersuchung nicht ersetzen.

⁶⁸ Beschluß vom 24.10.1996

⁶⁹ Bezirksregierung Weser-Ems vom 19.3.1997

⁷⁰ psychiatrisches GA vom 11.11.1993

⁷¹ Bezirksregierung Weser-Ems vom 19.3.1997

Zu ethischen und forensischen Fragen, die sich aus der Krankengeschichte ergeben

a) zur Frage einer erlittenen Freiheitsberaubung und Körperverletzung

Herr H. hat detailliert davon erzählt, wie und daß er am 6.5.93 von der Polizei im LKH Wehnen eingeliefert und dort bis zur Entlassung gegen seinen Willen auf einer geschlossenen Krankenstation festgehalten worden sei. Während dieser Zeit habe er einen Fluchtversuch unternommen und sei von mehreren Pflegern körperlich überwältigt und vorübergehend in eine Zwangsjacke gesteckt worden.

Auch am 3.6.93 sei er unfreiwillig von der Polizei nach Wehnen zurückgebracht worden. Weder im Mai noch im Juni 93 habe er jemals sein schriftliches Einverständnis zu einer stationären Behandlung, geschweige denn zu einer geschlossenen Unterbringung hinterlegt. Er sei weder im Mai noch im Juni 1993 in Wehnen von einem Amtsrichter angehört und gerichtlich unfreiwillig untergebracht gewesen.

Diese Angaben müßten sich bei der zuständigen Ordnungsbehörde, bzw. beim Amtsgericht unschwer überprüfen lassen. Die Krankenakten des LKHs Wehnen sollten erkennen lassen, ob Herr H. sich auf einer geschlossenen Abteilung befunden, ob er sein schriftliches Einverständnis hinterlassen, und ob er vom Stationspersonal körperlich überwältigt worden ist; letzteres, bzw. seinen Fluchtversuch, müßte der Pflegebericht dokumentiert haben.

Sollten diese Umstände korrekt wiedergegeben worden sein, erfüllten sie die Straftatsbestände der Freiheitsberaubung und Körperverletzung.

b) zur medikamentösen Fehlbehandlung im psychiatrischen LKH Wehnen

Darüber hinaus ist er beide Male in Wehnen mit einer Medikation bedacht worden, die bei seinem bekannten Herzleiden kontraindiziert war. Sie hätte zu lebensbedrohlichen und sogar zu letalen Komplikationen führen können. Herr H. versichert mit großer Bestimmtheit, auch diese Medikamente seien ihm bei beiden Gelegenheiten der stationären Unterbringungen in Wehnen gegen seinen Willen aufgenötigt worden. Der vorläufige Entlassungsbericht vom 12.5.93 deckt sich mit diesen Angaben. Es heißt dort: "Die produktive psychotische Symptomatik klang unter einer NEUROLEPTISCHEN Medikation ab, die FORTFÜHRUNG einer Medikation wurde bei dem abgeklungenen psychot. Bild von dem Pat. ABGELEHNT, welcher die ENTLASSUNG WÜNSCHTE ..." Das GA vom 11.11.93 trägt dazu bei: "Herr H. WÜNSCHTE dann die SOFORTIGE ENTLASSUNG, die schließlich GEGEN ÄRZTLICHEN RAT erfolgt sei."

Welche Mittel ihm im Mai verabfolgt wurden, nennt der vorläufige Bericht nicht, doch werden sie im GA getreulich für den Entlassungstag aufgezählt:

"Zum ZEITPUNKT DER ENTLASSUNG habe man folgende Medikation verordnet (und zuvor vielleicht eine noch höhere):

Lyogen forte: 3-mal 40 Tropfen

Truxal: 3-mal 50 mg

Akineton: 2-mal 1 Tablette."

Lyogen^R enthält das sogen. hochpotente, i.e. hochwirksame Antipsychotikum / i.e. Neuroleptikum Fluphenazin aus der chemischen Stoffklasse der Phenothiazine. 3-mal 40 Tropfen enthalten 3-mal 4 mg und präsentieren eine gut mittlere Dosis. Als prophylaktische Erhaltungsdosis für eine bereits erloschene Psychose wäre diese Dosierung ungewöhnlich hoch gewesen.

Truxal^R enthält das mittelgradig potente Antipsychotikum / Neuroleptikum Chlorprothixen aus der Stoffklasse der Thioxanthene. 150 mg machen eine hoch-mittlere Tagesdosis. Auch diese Dosierung wäre für eine schon abgeklungene psychotische Erkrankung ungewöhnlich hoch.

Akineton^R enthält das Anticholinergikum Biperiden, hier 4 mg pro Tag, eine gut mittlere Dosierung. Es blockiert (besonders sogen. muscarinische) Rezeptoren des -, kursorisch ausgedrückt -, parasymphatischen vegetativen Nervensystems und ist vorzüglich hirngängig. Hier wurde es gegeben, weil Herr H. unter den Neuroleptika, vorwiegend wohl dem Lyogen, sogen. extrapyramidale Nebenwirkungen erlitten hatte, nämlich parkinson-ähnliche Symptome der Muskelversteifung und die damit einhergehende Behinderung der körperlichen Beweglichkeit. So verzeichnet es auch das GA vom 11.11.93: "Biperiden, Präparat zur Linderung medikamentös bedingter extrapyramidaler Symptome durch Neuroleptika." (Als wohlmeinende Zusatzinformation wird der Staatsanwaltschaft noch warnend übermittelt: "Gefahr des Mißbrauchs!")

Herr H. hat guten Grund, sich wie der Reiter über den Bodensee darüber zu freuen, daß er unter diesen Mitteln nicht zu Schaden gekommen ist.

Selbst die Pharmaindustrie warnt in der Katalogisierung ihrer Produkte⁷² davor, daß es unter Lyogen gelegentliche Herzstillstände gegeben habe ("plötzliche, ungeklärte Todesfälle"), daß

⁷² "Rote Liste"

depressive Verstimmungen dadurch induziert werden können, und daß eine erhöhte Thrombose-Gefährdung bestehe. Vor letzterem wird aus gleicher Quelle bei Gabe von Truxal gewarnt, dazu noch: "Bei zerebralen Vorschäden kann es HÄUFIG zu Verwirrtheit kommen." - Als Nebenwirkungen des Akinetons werden u.a. Tachykardie, also Pulsbeschleunigung, zentralnervöse Störungen wie Halluzinationen, Verwirrtheit, Unruhe, Delir, und Gedächtnisstörungen gelistet. Außerdem schwächt es die antipsychotischen Wirkungen der Neuroleptika ab.

Selbst aus dieser pharmakologischen Trivalliteratur sollten einem also Bedenken erwachsen, jemanden unter derartige Neuroleptika und unter Akineton zu setzen, der in seiner Anamnese einen Herzstillstand (offensichtlich aufgrund von Kammerflimmern), einen Herzinfarkt und eine nun organisch begründbare psychotische Episode aufwies.

Schon ein verbreitetes deutsches Textbuch der Psychopharmakologie aus den 1980-iger Jahren nennt unter den Kontraindikationen der Neuroleptika alle kardiovaskulären Vorschäden. Vorausgegangene depressive Syndrome werden als relative Kontraindikationen gewertet.

Besonders die Phenothiazine verlängern die Überleitungszeiten im Reizleitungssystem des Herzens. Allgemeine kardiovaskuläre Nebenwirkungen können unter nieder- und mittelpotenten Neuroleptika noch häufiger als unter hochpotenten auftreten. Die zitierte Quelle, die keineswegs hohe Anforderungen an pharmakologische Kenntnisse stellt, konstatiert dazu:

"Neuroleptika-bedingte Herzrhythmusstörungen.

Nach neuroleptischer Behandlung wurden Sinus-Tachykardien, Sinus-Bradykardien, supraventrikuläre Tachykardien, Vorhofflimmern, ventrikuläre Extrasystolen, Kammerflimmern und (selten nach Langzeitbehandlung) Kardiomyopathien beobachtet. Bei einem Teil der plötzlichen Todesfälle unter neuroleptischer Behandlung ... wird Kammerflimmern nach Phenothiazin-Behandlung als Ursache angeschuldigt.

Die KARDIOTOXIZITÄT DER PHENOTHIAZINE kommt besonders dort zum Tragen, wo EINE PSYCHOSE UND EINE ORGANISCHE HERZERKRANKUNG GLEICHZEITIG VORLIEGEN ..."

Gleichen Ortes wird vor Delirien, Verwirrtheiten und sonstigen toxischen Psychosen gewarnt, die sowohl die Neuroleptika als auch besonders ihre Kombination mit Anticholinergika, - hier dem Akineton -, in Gang setzen können⁷³.

⁷³ G.Langer et al.: Psychopharmaka, Grundlagen und Therapie. Springer-Verlag, 1983

So weit betrifft es psychopharmakologisches Anfänger-Wissen, und das bereits verbot es verbindlich, diese Mittel einem Patienten einzugeben, der bekannterweise einen Herzstillstand samt Infarkt überlebt und durch Herzrhythmusstörungen als besonders anfällig für Thrombosen und für embolische Ereignisse zu gelten hatte.

Die kardiotoxischen neuroleptischen Nebenwirkungen beruhen vorwiegend auf ihren muskarinisch anticholinergen Effekten, die also den Akineton-Wirkungen entsprechen. Die muskarinischen Modulationen der Herztätigkeit und seines Reizleitungssystems, die also von Akineton und Neuroleptika alteriert werden, sind detailliert bekannt und erklären mögliche potenzierte schädliche Herzwirkungen durch eine Kombination von Neuroleptika und Akineton.⁷⁴

An den herzgefährdenden Nebenwirkungen der Neuroleptika (plus des Akinetons) gibt es keine Zweifel mehr. Im Vordergrund stehen die Verlängerungen der Reiz-Überleitungszeit, Herzrhythmusstörungen und besonders die ventrikulären Tachy-Arrhythmien und der plötzliche Herztod. Diese Komplikationen sind unberechenbar und unvorhersagbar. Ein EKG unter Neuroleptika / Akineton ohne registrierte Rhythmusstörungen besagt nichts über den Gefährdungsgrad. Alle Neuroleptika sind mit derartigen potentiellen Nebenwirkungen behaftet, das sogen. atypische Mittel Olanzapin wohl nur geringfügig⁷⁵, am häufigsten diejenigen aus den Stoffklassen der Phenothiazine (wie das Lyogen) und der Butyrophenone⁷⁶.

Dies gilt für alle Patienten und ereignet sich glücklicherweise selten.

⁷⁴ u.a.: Sauviat, MP: Muscarinic modulation of cardiac activity. *J.Soc.Biol.* 193(1999)469; Endoh, M: Muscarinic regulation of Ca² signaling in mammalian atrial and ventricular myocardium. *Eur.J.Pharmacol.* 375(1999)177

⁷⁵ Czekalla, J. et al.: Cardiac safety parameters of olanzapine: comparison with other atypical and typical antipsychotics. *J.Clin.Psychiatry* 62, Suppl.2(2001)35

⁷⁶ u.a.: Welch, R. et al.: Antipsychotic agents and QT changes. *J.Psychiatry Neurosci.* 25(2000)154; Di Salvo, TG et al.: Torsade de pointes caused by high-dose intravenous haloperidol in cardiac patients. *Clin.Cardiol.* 18(1995)285; Drici, MD et al.: Prolongation of QT interval in isolated feline hearts by antipsychotic drugs. *J.Clin.Psychopharmacol.* 18(1998)477; De Ponti, F. et al.: QT-interval prolongation by non-cardiac drugs: lessons to be learned from recent experience. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 56(2000)1; Appleby, L. et al.: Sudden unexplained death in psychiatric in-patients. *Br.J.Psychiatry* 176(2000)405; Rouleau, F. et al.: Transient ST segment elevation in right precordial leads induced by psychotropic drugs: relationship to the Brugada syndrome. *J.Cardiovasc.Electrophysiol.* 12(2001)12; Czekalla, J. et al.: Cardiac safety parameters of olanzapine: comparison with other atypical and typical antipsychotics. *J.Clin.Psychiatry* 62, Suppl. 2(2001)35; Lader, M.: Some adverse effects of antipsychotics: prevention and treatment. *J.Clin.Psychiatry.* 60, Sppl.12(1999)18; Jiang, KD: Adams-Stokes syndrome due to neuroleptic agents. *Zhonghua Shen Jing Jing Shen Ke Za Zhi* 22(1989)69; Roden, DM: Torsade de pointes. *Clin.Cardiol.* 16(1993)683.

Patienten mit vorbestehenden Herzscheiden jedoch gelten für neuroleptika-induzierte Herzrhythmusstörungen und für den plötzlichen Herztod unter Neuroleptika als HOCHRISIKO-FÄLLE⁷⁷.

Nach Herzinfarkt, Herzstillstand und seither immer wieder erlebten Herz-Rhythmusstörungen WAR HERR H. FRAGLOS ALS HOCHRISIKO-FALL einzustufen.

Daß er bei bekannter kardialer Vorschädigung dennoch unter Neuroleptika und Akineton gesetzt wurde, bezeugte entweder eine erstaunliche psychopharmakologische Unwissenheit oder eine ärztliche Risikobereitschaft, die ethisch nicht zu vertreten war.

Die antipsychotische Behandlung präsentierte eine fahrlässige potentielle Körperverletzung mit theoretisch drohendem letalen Ausgang.

c) zur kausalen Verkettung zwischen Fehldiagnose, der Depressivität und der dadurch bedingten kardialen Gefährdung

Der damals akuten gesundheitlichen medikamentös-induzierten Bedrohung hat sich seither eine chronische depressiogene angeschlossen.

Herr H. ist bis heute andauernd einem permanenten Stress ausgesetzt geblieben, der sich in einem Circulus vitiosus in positiver Rückkoppelung aufgeschaukelt hat. Das bewegt sich über die Stationen seines verletzten Selbstwertgefühls durch die Fehldiagnose einer Schizophrenie hinein in den Verlust seines sozialen Status, mit dem der Entzug des Führerscheins sich eng verbunden hat, und das alles mündet in eine chronifizierte vitale Verstimmung, die ihrerseits die Ohnmacht und Hilflosigkeit vervollständigen, in denen er sich im Kreis bewegt. Es wird hier nachgewiesen, daß die Natur und Dauer dieses Stresses das körperliche Morbiditäts- und das Mortalitäts-Risiko gleichermaßen erhöhten, und dies je länger desto eindringlicher.

Zur Beschreibung wesentlicher Merkmale seiner Primärpersönlichkeit brauchen keine subjektiven Eindrücke bemüht zu werden, denn seine Biographie bezeugt das deutlich genug von alleine.

Er hat schon mit 15 Jahren und auch darin auf sich selbst gestellt die Entschlossenheit und die Beständigkeit aufgebracht, sich aus seiner vertrauten Umgebung zu lösen, die ihm zu seiner beruflichen und persönlichen Entwicklung wenig bieten konnte. Er brachte sich alleine in einem auswärtigen Lehrlingsheim durch und beendete erfolgreich eine anspruchsvolle Lehrausbildung. Im weiteren Verlauf seines Lebens verstand er es, sich neuen Umständen und Erfordernissen in seiner Umgebung immer wieder unverdrossen anzupassen. Obwohl ihm Neuanfänge einen hohen Einsatz an Energie und Lernbereitschaft abforderten, hat er es

⁷⁷ u.a. Buckley, NA et al.: Cardiovascular adverse effects of antipsychotic drugs. Drug Saf. 23(2000)215.

nacheinander zu beruflichen und wirtschaftlichen Erfolgen als Pharmareferent, Heilpraktiker und studierter Sozialökonom gebracht. Herrn H. hat zeitlebens niemand zuzureden brauchen, für sich selbst zu sorgen und verantwortlich zu sein. Seine Herzerkrankung hat dann schicksalhaft in seinen persönlichen Werdegang eingegriffen, auch wenn das nicht alleine sein Familienleben bestimmt haben wird.

Als er sich nach dem Herzstillstand von 1991 anschickte, sich beruflich noch einmal neu einzurichten, entzogen ihm seine Scheidung und dann die nachfolgende chronifizierte, schwer gehemmte und vital tiefe Depression von Anfang 1992 bis Anfang Mai 1993 den Boden unter den Füßen. Nach einer depressiven Teilremission etwa ab Herbst 1993 versuchte er noch einmal, sich aus eigener Initiative wieder zu verselbständigen und sich ohne fremde Hilfe selbst zu erhalten, aber dazu war sein Führerschein unerlässlich, und den hat man ihm dann verweigert.

Die Fehldiagnose einer Schizophrenie hat nicht nur seine letzten 8 Lebensjahre in seiner sozialen Entwurzelung und seinen persönlichsten Beziehungen geprägt, sondern vor allem auch sein Selbstverständnis und seine Selbstachtung.

Er hat nie einen Hehl daraus gemacht, daß er tatsächlich nach dem Herzstillstand und dann noch einmal Anfang Mai 1993 psychotisch geworden ist. Verstanden hat er das nie, was damals mit ihm vor sich gegangen ist, weil es ihm auch niemand erklärt hat. Statt dessen versah man ihn mit der Diagnose einer "Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis", erst im Nds. LKH Wehnen, dann sogar in der Psychiatrischen Universitätsklinik Eppendorf. Selbstverständlich hat er das nicht glauben wollen, aber die Autorität der an ihm tätigen Diagnostiker mußte ihn am Ende wenigstens rational davon überzeugen, daß er wohl tatsächlich ein Geisteskranker sei. Ob es dann doch eine organische Psychose gewesen sein sollte oder nicht, machte nun auch keinen Unterschied mehr; denn er hatte ja im GA vom November 1993 gelesen, daß eine solche Krankheit nur theoretisch einmal wieder abklingen könne, und selbst dann nur unvollständig.

Die bekannt gewordene Diagnose einer Schizophrenie macht den angeblich oder tatsächlich derart Kranken vor allen Dingen hilf- und wehrlos; was immer sonst sie noch anrichten mag. Weil auch Psychiater nicht wissen, was eine Schizophrenie ist, ergründen Patienten das umso weniger. Sie wissen und erfahren nur, daß jeder Diskussion über jede Art einer wieder versuchten Selbst-Behauptung und öffentlichen -Bestätigung damit ein Ende gemacht wird, daß ihnen ihre Diagnose vorgehalten wird. Ein Geisteskranker bleibt nach bündiger Anschauung unberechenbar, und das schließt am Ende sein eigenes Urteil über sich nicht aus. Er mag sich glänzend als Kurier im Großstadtverkehr zurechtfinden, aber das zählt nicht viel,

denn wer weiß denn, wozu er sich vielleicht demnächst hinreißen läßt. Auch einer Ehefrau und den eigenen Kindern wird bei den alltäglichsten Konflikten die Erinnerung zusetzen, das sei ja ein behördlich beglaubigter Geisteskranker, der womöglich gleich irgendetwas Irrationales anbieten wird; etc.

Aus diesem Stress und Treibsand konnte Herr H. sich nicht mehr befreien. Der Abstieg in eine permanente Depressivität folgte unvermeidlich, und in der Struktur, der Schwere und in dem Verlauf dieser depressiven Dauerverstimmung finden sich schließlich keine überzeugenden Kriterien mehr, die eine reaktive von einer endogenen oder von einer endoformen "Erschöpfungs-Depression" etc. abgrenzen ließe.

Diese Depression von unzweifelhaftem Krankheitswert macht erwiesenermaßen körperlich krank und reduziert auch die Lebenserwartung des Herrn H.

Es war seit langem epidemiologisch gesichert, daß depressiv Kranke im Vergleich zur gesunden Allgemeinbevölkerung mit einer statistisch signifikant erhöhten Rate an Herz- und Kreislauferkrankungen belastet sind, und daß ihre Lebenserwartung dadurch deutlich gemindert wird⁷⁸. Nachdem sich außerdem gefunden hatte, daß Depressivität erheblich und direkt mit Tabakrauchen korreliert ist, war man versucht, die hohen Herzerkrankungsraten etc. darauf zu beziehen. Das ist inzwischen verlässlich widerlegt worden. Es ist die Depression selbst, die sich mit einem signifikant erhöhten Risiko paart, an tödlichen oder nicht-tödlichen gefäßbedingten Herzleiden zu erkranken. Ein Herzinfarkt bei simultaner Depression endet über die ersten 6 Monate z.B. 4,3-mal häufiger tödlich als Infarkte ohne begleitende Depressivität⁷⁹. Das pathophysiologische Prinzip dieses Zusammenhangs dürfte der mentale

⁷⁸ u.a. Dalack, GW et al.: Perspectives on the relationship between cardiovascular disease and affective disorder. *J.Clin.Psychiatry* 51, Suppl. 4-9(1990) 10; Glassman, AH et al.: Depression and the course of coronary artery disease. *Am. J. Psychiatry* 155(1998)4; Nemeroff, CB et al.: Depression and cardiac disease. *Depress. Anxiety* 8, Suppl. 1(1998)71; Musselman, DL et al.: The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. *Arch.Gen.Psychiatry* 55(1998)580; Patten, SB: Depressive symptoms and disorders, levels of functioning and psychosocial stress: an integrative hypothesis. *Med.Hypotheses* 53(1999)210; Connor, TJ et al.: Depression, stress and immunological activation: the role of cytokines in depressive disorders. *Life Sci.* 62(1998)583; Licinio, J. et al.: The role of inflammatory mediators in the biology of major depression: central nervous system cytokines modulate the biological substrate of depressive symptoms, regulate stress-responsive systems, and contribute to neurotoxicity and neuroprotection. *Mol. Psychiatry* 4(1999)317; Gold, PW et al.: Clinical and biochemical manifestations of depression. Relation to the neurobiology of stress. *N.Engl.J.Med.* 319(1988)413; Nair, GV et al.: Depression, coronary events, platelet inhibition, and serotonin reuptake inhibitors. *Am.J.Cardiol.* 84(1999)321; Pokorski, RJ: Mortality risk in patients with coronary artery disease and depression. *J.Insur.Med.* 31(1999)4; Lavoie, KL et al.: The impact of depression on the course and outcome of coronary artery disease: review for cardiologists. *Can.J.Cardiol.* 16(2000)653; Nemeroff, CB et al.: Are platelets the link between depression and ischemic heart disease? *Am.Heart J.* 140, Suppl. 4(2000)57; Gold, PW et al.: The endocrinology of melancholic and atypical depression: relation to neurocircuitry and somatic consequences. *Proc.Assoc.Am.Physicians* 111(1999)22;

⁷⁹ u.a.: Übersicht bei Glassman, AH: The central nervous system, depression and cardiac death. *Encephale* 23, Spec. 3(1997)55

Stress und seine bisher bekannte Biologie und Pathologie sein⁸⁰. Auch Nicht-Depressive unter alltäglichem psychologischen Stress besitzen ein zweimal höheres Risiko für Herz-Kranzgefäßleiden als weniger oder nur intermittierend Stress-Belastete.⁸¹

Eine wesentliche Rolle spielen in dem Zusammenhang zwischen Depression und Herz-Infarkt und sonstigen gefäßabhängigen -Leiden samt den begleitenden Mortalitätsraten die Blutplättchen und ihre Verklumpungsneigung⁸².

Es ist noch nicht in die forensische und versicherungsmedizinische Praxis gedrungen, daß Depressionen nun bewiesenermaßen zu den Erkrankungen zählen, die zentralnervös begründete körperliche Krankheiten induzieren.

Für den Fall des Herrn H. folgt daraus, daß die seit 1993 durchlaufende Depressivität ihn kardial kranker gemacht hat, als er es ohne die vital tiefe affektive Absenkung gewesen wäre. An dieser Depression hat sich auslösend und erhaltend die Fehldiagnose einer "Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis" beteiligt, die eine Lebensatmosphäre des unausgesetzten psychosozialen Stresses aufrechterhalten hat. Es ließe sich nicht vertreten, wenn man behauptete, Herr H. hätte wegen des Zusammenhangs zwischen Blutplättchenverklumpung und Depressivität ohne die permanente Verstimmung im Oktober 2000 KEINE Hirn-Embolie durch ausgeschwemmte Vorhof-Thromben erlitten. Sehr wohl läßt sich aber darauf verweisen, daß unter der Depressivität das Risiko signifikant höher war, auf diese Art zusätzlich zu erkranken, und es beinhaltet auch, daß Herr H. weiterhin erheblich gefährdeter ist, weitere (Hirn-)Embolien oder Thrombosen zu erleben, oder einen weiteren Infarkt und weitere oder ernsthaftere Herzrhythmusstörungen zu erleiden, und daß seine Lebenserwartung so lange überproportional reduziert bleiben wird, wie es nicht zu einer Vollremission der Depression kommt. Die basalste Voraussetzung dazu wäre aber eine öffentliche Rücknahme der Fehldiagnose einer Schizophrenie und seine psychosoziale Erholung von den Konsequenzen dieser Fehlbeurteilung.

Die von jeher unbegründbare Diagnose einer Schizophrenie hat seit acht Jahren mit signifikanter Wahrscheinlichkeit krankmachende und lebensgefährdende und -verkürzende Wirkungen auf Herrn H. ausgeübt.

⁸⁰ u.a.: O'Connor, CM et al.: Depression and ischemic heart disease. Am.Heart J. 140, Suppl.4(2000)63; Asakura, M. et al.: Influence of chronic stress an central nervous systems. Nihon Shinkei Seishin Yakurigaka Zasshi 20(2000)97; Agid, O. et al.: Environmental stress and psychiatric illness. Biomed.Pharmacother. 54(2000)135; Gold, PW. et al.: s. unter 78).

⁸¹ O'Connor, CM et al.: s. unter 78).

ZUSAMMENFASSUNG

Herr H. hat nie an einer schizophrenen Psychose oder an einer anderweitigen chronifizierten Geisteskrankheit gelitten.

Neurologischerseits besteht ein narkoleptisch-kataplektisches Syndrom, das die Fahrtüchtigkeit nicht beeinträchtigt.

Diskrete Seitendifferenzen im neurologischen Status könnten als funktionell bedeutungslose Residuen auf den abgelaufenen Schlaganfall oder den vormaligen Herzstillstand weisen.

Psychische und soziale Traumatisierungen haben sich in einer einfühlbaren paranoischen Entwicklung niedergeschlagen.

Der Wiederbelebung von 1991 folgte ein flüchtiges delirant-amnestisches Durchgangssyndrom.

Im Mai 1993 wurde eine körperlich begründbare psychotische Episode vermutlich durch einen Schlafentzug ausgelöst.

Eine chronifizierte Depressivität von vitaler Tiefe reicht bis 1992 zurück. Depressive Verstimmungen sind bereits früher vorausgegangen.

Die Fehldiagnose einer Schizophrenie hat sich seit 1993 mitauslösend und unterhaltend an der chronifizierten Depression beteiligt und hat mit nachweisbar signifikanter Wahrscheinlichkeit die Herzkrankheit verschlimmert und die kardiale Prognose verschlechtert.

⁸² siehe u.a. Glassman, AH et al., 1998, unter 78); Nemeroff, CB et al., 1998, unter 78); Nair, GV et al., 1999, unter 78); Nemeroff, CB et al., 2000, unter 78).

Die medikamentöse Behandlung vom Mai und Juni 1993 mit den Neuroleptika Lyogen^R und Truxal^R und mit dem Anticholinergikum Akineton^R war wegen kardialen Hochrisikos kontraindiziert und hätte letal ausgehen können.

Anamnestiche Beiträge lassen für die stationär-psychiatrischen Aufnahmen vom Mai und Juni 1993 auf eine Freiheitsberaubung mit Körperverletzung schließen.

Es fehlen neuropsychiatrische Ausfälle, die eine Fahruntauglichkeit begründen könnten.

Desgleichen existieren keinerlei neuropsychiatrische Argumente, die es rechtfertigten, ihm den Kontakt mit seiner Tochter zu untersagen.

**Dr.med.K.Klempel
Facharzt f. Neurologie
u. Psychiatrie
Gießen, 18.04.2001.**