

Der Begriff der Konstellation und seine Bedeutung für das Problem der Beurteilung von Psychoneurosen nach Unfällen.

Von
Dir. Dr. Max Meyer.

(Aus der Nervenheilanstalt der Stadt Frankfurt a. M. im Köpperner Tal im Taunus.)

(Eingegangen am 14. November 1921.)

Unter dem Begriff der Konstellation verstehen wir nach Tendeloo¹⁾ nicht nur die Summe der für eine bestimmte Wirkung erforderlichen Bedingungen, sondern auch deren einseitige und gegenseitige Beeinflussung in ihrer zeitlichen und räumlichen Anordnung. Wir sind gewöhnt, in der klinischen Medizin alle diese konstellativen Faktoren bei der Beurteilung ursächlicher Momente und deren Wirkungen in jedmöglicher Form von Beziehungen und Beeinflussungen zwischen den verschiedenen Organen zu berücksichtigen. Wir wissen aus der Konstellationspathologie, daß, je größer die Reizbarkeit unter physikalischen, chemischen oder biologischen Bedingungen, als sog. innere Konstellation, um so geringer braucht die Reizstärke, die äußere Konstellation zur Erzielung einer bestimmten Wirkung zu sein. Man braucht nur an die verschiedenartigen kosmischtellurischen Einflüsse zu denken, die bekanntlich bei bestimmt disponierten Individuen oder auch in bestimmten Lebensaltern eine viel stärkere Wirkung auszuüben vermögen, als unter normalen Bedingungen. Nach den Gesetzen der Konstellationspathologie gibt es weder ein pathognomonisches Symptom oder einen Symptomenkomplex, noch „die spezifische Reaktion“. Reaktionen haben stets nur einen relativen Wert, weil sie bei verschiedenen Konstellationen auftreten und andererseits ausbleiben können, obwohl der „spezifische“ Faktor vorhanden ist, falls die Konstellation ihr Auftreten nicht ermöglicht.

Gerade die Beobachtungen kriegspsychoneurotischer Erscheinungsformen haben in ihrem Polymorphismus eine ungemein große Zahl von Arbeiten ausgelöst, in welchen die Frage der Prädisposition und deren Beziehung zu den allerverschiedensten inneren wie äußereren Faktoren

¹⁾ Tendeloo, Über Konstellationspathologie. Berl. klin. Wochenschr. 1920, Nr. I.

individueller wie allgemein sozialer Art, sowie deren Bedeutung für das Symptombild und die Verlaufsgestaltung der Krankheitsformen im Vordergrund stand. Es hat dadurch im Laufe der letzten Jahre die Art der klinisch-psychiatrischen Betrachtung eine gewisse Verschiebung erfahren; geht doch das klinisch-analytische Bestreben vielmehr dahin, die Entwicklungsvorgänge und Zusammenhänge jener Störungen in einzelne Faktoren zu zerlegen, aus denen sich die Symptombilder zusammensetzen und erst daraus wieder einheitliche Gesichtspunkte zu konstruieren.

Das Studium dieser Aufbaumechanismen, Aufbaudeterminanten und Aufbauprodukte, wie sie Birnbaum bezeichnet, beansprucht nun bei denjenigen Krankheitsformen ein ganz besonderes Interesse, bei welchen exogene Faktoren psychischer Art, wie Erlebnisse, Milieu- und Situationseinflüsse sowie die Charakterentwicklung und das Lebensschicksal in engere Beziehung und Wechselwirkung treten zur endogenen psychopathischen Konstitution, um unter entsprechender Weiterführung der mit der Konstitution verbundenen pathologischen Eigenheiten eine Reaktion im Sinne einer seelischen Umgestaltung herbeizuführen.

Nun stößt bereits die praktische Anwendung des Konstitutionsbegriffes in der Psychiatrie im einzelnen klinischen Falle zurzeit insofern noch auf gewisse Schwierigkeiten, als man die Individuen ja nicht als disponierte, wo Konstitution und äußerer Habitus allein gegeben sind, sondern als Erkrankte zu Gesicht bekommt, wo diese Faktoren teilweise verdeckt oder verschoben sind. So ist der Konstitutionsfaktor zwar aus der Erfahrung leicht anzunehmen, aber in seiner Wertung ungemein schwer zu bemessen.

Dieser Faktor der konstitutionellen Disposition spielt als pathogenetisches Moment auch in der Beurteilung von Unfallneurosen eine ausschlaggebende Rolle. Das Reichsversicherungsamt erkennt bereits in einer Entscheidung vom 19. Oktober 1905 diese Bedeutung der Veranlagung für die Beurteilung der Folgeerscheinungen eines Unfalls an; denn diese besagt, daß „jeder Schadenfall nur unter Berücksichtigung seiner Eigenart in objektiver und subjektiver Hinsicht gewürdigt werde. Die Verschiedenheit der körperlichen und geistigen Eigenschaften des Menschen bedingt, daß ein und dasselbe Ereignis auf verschiedene Personen, ja sogar auf ein und dieselbe Person unter anderen örtlichen und zeitlichen Verhältnissen verschieden einwirkt“.

Trotzdem läßt es in anderen Entscheidungen auffallenderweise den Unfall für bestimmte Ereignisse nur als äußeren Anlaß gelten und sieht die Ursache allein in der Person des Verletzten, d. h. in dessen krankhafter Veranlagung. Dagegen wandte sich mit Recht E. Schultze¹⁾

¹⁾ E. Schultze, Der Kampf um die Rente und der Selbstmord in der Rechtsprechung des Reichs-Versicherungsamtes. Halle a. S. 1910.

in dem Sinn, daß wenigstens eine solch mangelhafte Veranlagung nicht zum Nachteil des Unfallverletzten werde, sofern diesem ein schuldhaftes Verhalten nicht nachzuweisen sei. Demgegenüber haben unsere Anschauungen über die klinischen Erscheinungsformen der traumatischen Neurose und deren ursächliche Beziehungen zur krankhaften Disposition gerade im Laufe der letzten Jahre wesentliche Wandlungen erfahren, die in ihrer praktischen Bedeutung zu bedenklich weitführenden Schlußfolgerungen bereits geführt haben.

Ging doch Reichardt¹⁾ in einer Anfang vorigen Jahres erschienenen Arbeit soweit, diese seine Auffassungen in einem Vorschlag zusammenzufassen, der sich etwa dahin kurz formulieren läßt:

1. Psychisch bedingte Störungen nach Friedensunfällen sind — abgesehen von solchen nach Kopfverletzungen oder Gehirnerschütterung — relativ seltene Krankheiten von im allgemeinen kurzer Dauer, die bald abklingen. Langdauernde echte Psychoneurosen werden durch Betriebs- und Eisenbahnunfälle nicht hervorgerufen.

2. Die nach Unfällen entstehenden psychischen nervösen Störungen sind entweder als „Individualreaktionen“ einer psychopathischen Konstitution, verursacht durch das Entschädigungsverfahren anzusehen, oder

3. vom Unfall unabhängige endogene, aus der praetraumatischen Anlage hervorgehende Störungen.

Diese letzteren sind Reichardts Ansicht nach als Unfallfolgen ganz abzulehnen, ebenso wie für die unter 2. angeführten Störungen ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Unfall nicht in Betracht kommt. Damit würde der größte Teil der nach Unfällen beobachteten seelisch nervösen Störungen aus der Entschädigungspflicht ausscheiden. Da Reichardt echte jahrelang dauernde traumatische Neurosen ebenso wenig wie traumatische Neurasthenien und Hysterien anerkennt, so ist die Länge der Dauer einer Psychoneurose nach dem Unfall für ihn sozusagen ausschlaggebend für die Ablehnung des ursächlichen Zusammenhangs des Unfalls mit den vorliegenden Erscheinungen. Im übrigen erachtet er für die Beurteilung der Bedeutung des Unfalles als lediglich entscheidend dessen Schwere, die unmittelbar danach auftretenden Erscheinungen, also deren Zeitpunkt und Intensität unter besonderer Berücksichtigung von Shockerscheinungen auf vegetativem Gebiet und schließlich das Verhältnis des objektiven Befundes zu den subjektiven Beschwerden. Wenn er sich dabei auf Kretschmers²⁾ Entwurf zu einem einheitlichen Begutachtungsplan für die Kriegs- und Unfallsneurosen beruft, so ist doch dazu zu bemerken, daß letzterer

¹⁾ Reichardt, Die seelisch nervösen Störungen nach Unfällen. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 4.

²⁾ Kretschmer, vergl. Münch. med. Wochenschr. 1919, Nr. 29.

sehr wesentliche Einschränkungen dabei macht, indem er u. a. vor allem jene Fälle als durch äußere Schädigungen verschlimmert und ausdrücklich rentenberechtigt bewertet, „bei welchen auch in freien Intervallen ein dauernd erhöhter affektiver Tonus, hastige, gespannte, ängstliche, explosive Gemütslage nachweisbar ist; solche Kranke sind oft gedrückt, geräuschempfindlich und ungesellig“. Anamnestisch findet er bei ihnen Erschöpfungs- und Erschütterungsmomente schwerer Art sowie meist sensitive und nervenschwache Konstitution oder sind es Kranke, die noch als halbe Kinder mit unausgereiftem Nervensystem schweren seelischen Eindrücken und Strapazen (wie dem Krieg) ausgesetzt waren. Hier dauern die Nachwirkungen der Schädigung zuweilen Tag und Jahr.

Quensel¹⁾ zieht aus den Reichardtschen Darlegungen mit vollem Recht den Schluß, daß sich nach Reichardts Vorschlägen eine Lösung überhaupt nicht erreichen lasse und erörtert eingehend die Unhaltbarkeit dieses einseitigen Standpunktes, sowie die darin bestehenden Widersprüche, daß nach Reichardts Grundsätzen eine Behandlungsbedürftigkeit dieser Individualreaktionen vorliegt und dafür sogar gesetzlicher Zwang gefordert und unter Umständen Übergangsrente zugebilligt, der ursächliche Zusammenhang mit dem Unfall aber abgelehnt wird.

In der Tat liegen in der Mehrzahl der Fälle nervöser Störungen nach Unfällen die Verhältnisse derart, daß sie sich in eines der in den letzten Jahren von Kretschmer und Reichardt aufgestellten Schemata nur selten einfügen lassen, auch selbst in allen jenen Fällen, in welchen die erste Untersuchung in unmittelbarem Anschluß an den Unfall von Seiten eines Facharztes vorgenommen wurde. Es wird dies ja auch kaum jemand wundernehmen, wenn man bedenkt, auf welche erheblichen Schwierigkeiten die Feststellungen der praetraumatischen Persönlichkeit, der häuslichen wie sozialen Milieuverhältnisse durch Erhebungen bei dem Arbeitgeber und Einsichtnahme von Akten der Fürsorgeorganisationen, Strafakten u. ä. mehr stößt. Unsere diesbezüglichen jahrelangen Erfahrungen bestätigen immer wieder, daß selbst bei mehrmaliger Sprechstundenuntersuchung auch bei leichteren Unfallsfolgen dieser Forderung in der Regel nicht genügend entsprochen wird. Es sollten daher im allgemeinen alle Kranken mit seelisch-nervösen Unfallfolgen möglichst bald nach dem stattgehabten Trauma in eine von Fachärzten geleitete Anstalt überwiesen werden.

Die Bedeutung des körperlichen und seelischen Trauma als Bedingungsfaktor auch gewisser endogener psychischer Störungen, wie sogar des manisch-depressiven Irreseins dürfte nach dem derzeitigen Stand unserer Kenntnisse noch keineswegs im Sinne Reichardtscher Auffassung erledigt sein. „Es ist vielmehr anzunehmen, daß eine Verbindung

¹⁾ Quensel, Die Behandlung der Unfallneurotiker. Zeitschr. f. d. ges. Psychiatr. u. Neurol. 60.

endogener wie exogener Faktoren viel häufiger in pathologischen Vorgängen wirksam ist, als wir sie nachweisen können“ (Seelert). Sicherlich ist ja die Krankheitsdisposition im Sinne endogener Veranlagung bei dem manisch-depressiven Irresein selbst dann wesentlichste Vorbedingung, wenn ihr Nachweis nicht gelingt und hat auch in der Pathologie melancholischer Zustände des späteren Alters der exogene Faktor in der Regel nur eine untergeordnete Bedeutung. Wenn indessen ein Handarbeiter im Anschluß an eine Quetschung des Zeigefingers und dadurch bedingte Amputation von zwei Gliedern dieses Fingers einen Depressionszustand bekommt, in dessen Verlauf er infolge von Selbstvorwürfen, durch Unachtsamkeit sich und seine Familie ins Unglück gestürzt zu haben, Selbstmord verübt (vgl. Hübner: Über den Selbstmord, S. 44), so dürfte hier ohne Zweifel der Unfall selbst dann als konstellativer Faktor gewirkt haben, wenn der Betreffende zu reaktiven Verstimmungen bereits früher neigte, was für den vorliegenden Fall nicht zugetroffen zu sein scheint, da er vor dem Unfall ein solider, ruhiger und in seiner Stimmung stets gleichbleibender Mann gewesen sein soll. Es sei weiterhin nur an die Schwierigkeit der Abgrenzung erstmaliger Depressionszustände im höheren Lebensalter einerseits gegenüber den Involutionsvorgängen, andererseits gegenüber der Arteriosklerose erinnert, um die Bedeutung des exogenen Faktors auch nach dieser Seite hin hervorzuheben. Jedenfalls ist es nicht zweifelhaft, daß auch durch Einwirkungen dieser Art ein endogen bestehender Konstitutionskomplex reaktiv ausgelöst oder verstärkt werden kann. Sind wir schon über die Art der Wirkung dieser exogenen Einflüsse, wie z. B. der Arteriosklerose auf die Entwicklung seelisch-nervöser Störungen bei nervös Veranlagten völlig im Unklaren, so trifft dies noch viel mehr für affektsteigernde exogene Faktoren eines psychischen Trauma, wie z. B. den Schreck zu, der, wenn auch nur auslösend auf dem Umweg über das endokrine Drüsensystem und das sympathische Nervensystem bei der Labilität psychopathischer Veranlagungen zum mindesten als auslösender Faktor provokatorisch oder im Birnbaum-schen Sinne pathoplastisch wirksam sein kann. Wenn wir uns vergegenwärtigen, wie ungemein labil der Basedowkranke durch seinen von Haus aus geschädigten endokrinen Apparat auf leichten Schreck mit Störung von langer Dauer reagiert, sowie an die Beziehungen thyreotoxischer oder unvollkommenen Formen Basedowscher Erkrankungen mit reaktiven Depressionszuständen, so dürfte auch dem Trauma als Erlebnisfaktor eine weit größere Bedeutung einzuräumen sein, als es der Rechardtschen Auffassung entspricht. Man denke fernerhin an die Reaktionsformen nervös gefärbter Depression bei Naturen, die durch ihre Gemütsweichheit und Willensschwäche auf ein Erlebnis hin wochenlang traurig und mutlos sind, bei welchen die Wehrlosigkeit des seelisch-

zum Lebenskampf zu schwach veranlagten Individuum gegenüber einem stärkeren Erlebnis auch langdauernde reaktive Depressionszustände auszulösen vermag.

Die im Verlaufe des letzten Dezenniums aufgenommenen dankenswerten Bestrebungen „mehrdimensionaler Diagnostik“ im Sinne Birnbaum's haben uns im Zusammenhang mit den erfolgreichen Bemühungen Kretschmers weiterhin gezeigt, daß selbst bei jenen Formen scheinbar rein endogener Psychosen aus dem Paranoiacgebiet gewisse Krankheitsformen sich erst aus der Trias des praemorbidien Charakters, der Milieuwirkung und des Erlebnisfaktors ableiten und erklären lassen, die bekanntlich zur Aufstellung des als Symptomenkomplex anerkannten sensitiven Beziehungswahns geführt haben. Gerade auf dem Gebiet der Paranoialehre haben wir doch im Verlauf des letzten Jahrzehnts erst die ungemein große Vielseitigkeit der hierher gehörigen verschiedenartigen Krankheitsformen erkennen gelernt, je nach der Art ihrer Entstehung aus der Persönlichkeit heraus oder als Produkt einer Reaktion aus der Einwirkung äußerer psychischer Einflüsse mit konstitutionellen Faktoren. Ähnlich wie bei den leichteren Formen der Schreckneurose finden wir auch hier entsprechend dem Charakter einer psychopathischen Reaktion eine Tendenz zur restlosen Heilung, wie bei den sog. milden Wahnformen Friedmanns und der Abortivparanoia Gaupps bei welchen sich in der Regel die Abhängigkeit und ein gewisser Parallelismus zwischen Verlauf und äußeren Umständen nachweisen läßt. Andererseits läßt sich die Analogie dieser beiden Reaktions- und Krankheitsformen insofern auch noch weiterführen, als bei den Erscheinungsformen der Wahnbildung der Degenerierten ähnlich wie bei bestimmten seelisch-nervösen Störungen nach Unfällen ein fixierbares Verhältnis zwischen Art und Größe des äußeren Anstoßes und der darauf folgenden Reaktion nicht feststellbar zu sein braucht. Sind wir doch bereits imstande, bestimmte Typenbildungen der verschiedenartigen paranoiden Zustandsbilder von einander abzugrenzen, und zwar nicht nur nach ihrem Verlauf und Ausgang, sondern auch nach der Art der Entstehung wahnhafter Prozesse, je nachdem sie aus der Veränderung der Persönlichkeit, oder aus einer Reaktion auf die Einwirkung äußerer psychischer Einflüsse hervorgingen; die daraus resultierenden Formen vermögen wir sowohl qualitativ wie nach ihrer zeitlichen Dauer voneinander zu trennen. Es läßt sich dabei ein ähnliches Schema, wie es Kretschmer und Reichardt für die Unfallneurosen aufgestellt haben, entwickeln, worauf indessen hier nicht eingegangen werden soll. Trotz dieser erst im Laufe der letzten Jahre gezeigten Ergebnisse haben wir indessen auch bei diesen paranoiden Erkrankungsformen noch keine Erklärung dafür finden können, wieso gerade irgend ein bestimmtes, meist stark affektbetontes Erlebnis mit oder ohne

endogene Veranlagung zum krankheitsauslösenden Faktor wird und durch welche ursächlichen Faktoren dieses Erlebnis zu einer entweder rückbildungsfähigen oder zeitlich begrenzten oder schließlich sich nicht ausgleichenden Erscheinungsform führt. Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen — und gerade aus diesem Grunde wurde hier auf die paranoiden Reaktions- und Krankheitsformen näher eingegangen —, daß das Unfallmoment als Konstellationsfaktor sowohl mit wie ohne nachweisbare psychopathische Veranlagung lediglich in seiner Bedeutung als starkes psychisches Erlebnis ebenso zur überwertigen Idee für den Träger werden und zu den manigfachsten Erscheinungsformen in analoger Form führen kann, wie wir sie von der Paranoialehre her kennen gelernt haben¹⁾.

So berichtet auch Berger in seiner bekannten Monographie über Trauma und Psychose, daß bei den hysterischen Psychosen nach Unfällen die Entwicklung von Wahnideen keineswegs so selten ist. Sie haben zumeist eine ausgesprochen hypochondrische Färbung, können aber einen derartigen Umfang in Form von Beeinträchtigungsideen annehmen, daß man von einer hysterischen Paranoia nach Trauma sprechen kann. Wie außerordentlich schwierig die klinische Beurteilung eines solchen Falles aus dem Querschnitt des psychischen Zustandsbildes sein kann, dafür sei in Kürze ein Fall angeführt, dessen Katamnese in Zusammenhang mit solchen anderer Unfallsneurotiker Veranlassung zu diesen Darlegungen gewesen ist und nach mehrfacher Richtung hin von Interesse sein dürfte.

Ein 36jähriger früherer Kauffahrteischiffer, dessen Vater an den Folgen eines Unglücksfalles verstorben war, welcher nach seiner Verheiratung seinen Beruf als Schiffer aber aufgegeben hatte und einen Gemüse- und Milchhandel betrieb, erlitt einen Unfall gelegentlich eines Zusammenstoßes eines Personenzuges einer Kleinbahn mit Güterwagen am 28. XI. 1913 und infolge des Anpralls einige offenbar sehr heftige Stöße. Sofort nach diesem Zusammenstoß meldete er sich bei dem Stationsvorsteher in außerordentlich aufgeregter Art, wurde noch am gleichen Tage vom Bahnhof untersucht, dem er über Kopf- und Kreuzschmerzen klagte und unter dem Eindruck des Eisenbahnunglücks einen aufgeregten und verstörten Eindruck machte. Zeichen von Gehirnerschütterung sind nicht beglaubigt, wiewohl Erbrechen und Bluten aus der Nase nachträglich von ihm selbst angegeben wurden. Als direkte Folge traten gegen Abend Rückenschmerzen in der Kreuzbein- und Lendengegend, sowie starke Unruhe und psychische Erregung neben den Kopfschmerzen auf. Seitens des Hausarztes wurde als unmittelbare Folge eine Abschwächung der Reflexe an den unteren Extremitäten sowie Schwindelgefühl beim Stehen und Gehen festgestellt. Psychisch bestand von vornherein eine ängstliche, depressive Verstimmung. Der behandelnde Hausarzt nahm eine Erschütterung des Gehirns- und Rückenmarks an und scheint sich auch den Angehörigen

¹⁾ Auch bei paranoiden Prozessen werden wir in allen denjenigen Fällen die Anerkennung von Rentenansprüchen in Erwägung ziehen müssen, in denen der Unfall den Wahnideen die Richtung gab und im Wahnsystem eine große Rolle spielt.

gegenüber in diesem Sinne ausgesprochen zu haben. Im Janur 1914 stand er 8 Tage in Beobachtung einer inneren Abteilung eines Krankenhauses, wo die Druckempfindlichkeit abwärts vom 8. Brustwirbel zu mehrfachen Röntgenaufnahmen veranlaßte, die indessen keinen objektiven Befund ergaben. In der Folgezeit stellten sich nun allmählich immer zunehmende Erschwerung des Gehvermögens mit Zittererscheinungen aller Extremitäten, sowie Störung der Sensibilität ein und eine allmählich zunehmende Einschränkung des Sehvermögens, die sich im Anschluß an eine Homatropineinträufelung zu einer völligen subjektiven Blindheit steigerte. Dazu kam noch nach einem Besuch seiner Frau der plötzliche Verlust der motorischen Sprache. Allmäßliche Abstumpfung des Interesses für die Außenwelt mit gleichzeitig gesteigerter Reizbarkeit ließen den begutachtenden Arzt das Vorliegen einer ausgesprochen traumatischen Psychose und eine Heilung als unwahrscheinlich annehmen. Mehrfache spezialärztliche Untersuchungen von verschiedenen Augenärzten ergaben an beiden Augen völlig normale Verhältnisse, obwohl er nicht einmal hell und dunkel oder Bewegungen vor den Augen unterscheiden wollte. Das Krankheitsbild wurde als das einer hysterisch-traumatischen Psychoneurose bezeichnet, Simulation dabei ausgeschlossen.

Bei seiner Aufnahme am 4. V. 1914 in unsere Anstalt bestanden von körperlichen Symptomen eine schwere Gangstörung mit Zusammensinken bei Gehversuchen und Schleifenlassen der Beine, eine durchaus willkürlich erscheinende Steifheit, stotternde Sprache, ausgesprochen hysterische Störungen der Sensibilität abwärts vom Nabel, zeitweise auftretende Polyurie, wie auch Durchfälle, abendliche Schwellung der Füße, kurzum das bekannte Bild schwerer traumatischer Hysterie. Im Verlauf fünfwochentlicher Beobachtung und Behandlung besserten sich die Sprache und das Gehvermögen, eine Beeinflussung der hysterischen Blindheit durch verschiedenartige Methoden, naturgemäß auch psycho-therapeutischer Art, gelang indessen nicht. Von psychischen Erscheinungen fiel neben der gesteigerten Reizbarkeit ein hochgradiges Mißtrauen schon bei Aufnahme der Anamnese, wie auch bei späteren Explorationen auf, daneben eine außerordentlich umständliche Ausdrucksweise, immerhin nur Erscheinungen, die noch als in den Rahmen einer traumatischen Hysterie gehörig angesehen und nicht im Sinne einer eigentlichen Psychose gedeutet wurden; dies umso mehr, als diese psychischen Erscheinungen nur gerade dann hervortraten, wenn durch ihm peinliche Untersuchungen oder unangenehme Fragen seine Aufmerksamkeit auf Beziehungen des Unfalls zu seiner Krankheit eingestellt war. Bei eingehender Vernehmung der Frau gab diese zu, daß ihr Mann von jeher ein etwas ängstlicher Mensch gewesen und von Natur aus mißtrauisch veranlagt sei, der nur schwer und ungern sich neuen Verhältnissen anpaßte. In seinen Lebensgewohnheiten war er von jeher äußerst empfindlich, in seiner Lebensführung ängstlich und bedachtsam. Dabei bestand bezeichnenderweise noch eine gewisse Veranlagung zu Phantastereien mit Hang zu Erfindungen (Entwurf zu einer Flugmaschine, den er maßgebender Stelle einsandte!) und die Zeichen einer gewissen Selbstüberschätzung seiner geistigen Fähigkeiten. Im Verlauf der Beobachtung in unserer Anstalt nahm die Gereiztheit gegen den Arzt und das Wachpersonal immer mehr zu, bis er unter dem üblichen Protest derartiger Kranke bei fast normaler Sprache und Besserung der Gangstörung am 11. VI. die Anstalt verließ. In dem damals von mir erstatteten Gutachten nahm ich unter Berücksichtigung einer bereits vor dem Unfall bestehenden anormalen Charakterveranlagung die Zeichen der traumatischen Hysterie als durch den Unfall ausgelöst an, ließ dabei die Frage, ob und inwieweit noch Simulation mit im Spiele sei, offen, erklärte es aber für wahrscheinlich, daß er unter der ungünstigen suggestiven Beeinflussung von seiten seiner Umgebung speziell seiner Frau stehe, die auch während seines Aufenthaltes hier bei ihm war und jegliche therapeutischen Maßnahmen der

Ärzte behinderte. Es wurde weiterhin in dem Gutachten empfohlen, ihn den Einflüssen dieser schädlichen Umgebung völlig zu entziehen und ihn zur Behandlung anderwärts einzuleiten. Aus den späteren Gutachten möchte ich nur erwähnen, daß ein solches vom Dezember 1915 die erwähnten Krankheitserscheinungen als die einer typischen traumatischen Hysterie und ausdrücklich weder als den Ausdruck einer Gesetzesneurose noch als simuliert erachtete. Einer erneuten Beobachtung in einer Landes-Heilanstalt entzog er sich gleichfalls wieder nach kurzem Aufenthalt, so daß sich das Verfahren durch die Unmöglichkeit einer genügend langen Dauer der Behandlung jahrelang hinzog. Ein Gutachten von Prof. R. aus dem März 1917 sprach sich dahin aus, daß im Anschluß an einen leichten Unfall unter der pathologischen Suggestionswirkung des Entschädigungsverfahrens sich eine hysterische Dauerreaktion entwickelt habe, die mit Abschluß dieses Entschädigungsverfahrens, längstens nach 2 Jahren, abklinge. Auch hierbei wurde die direkte Ursache dieser Dauerreaktion nicht im Unfall, sondern in der psychologischen Weiterverarbeitung und als Folge des Entschädigungsverfahrens mit der bereits oben erwähnten Begründung gesehen, daß schwere langdauernde Psychose neurosen durch ein einmaliges Ereignis weder hervorgerufen noch auf die Dauer wesentlich verschlimmert werden könnten.

Ich selbst sprach mich in einem dem Oberlandesgericht im August 1917 erstatteten Gutachten im gleichen Sinne nachfolgend aus:

I. 1. Die bei N. während seines Aufenthaltes in der hiesigen Anstalt beobachteten und nach den jetzt vorliegenden Krankenakten zur Zeit noch bestehenden Gesundheitsstörungen sind nur zum geringeren Teil als unmittelbar durch den Unfall hervorgerufen zu erachten.

2. Es besteht ein auffallend starkes Mißverhältnis zwischen der Geringfügigkeit des Unfalles, dem im Anschluß daran durch den Bahnarzt Dr. K. niedergelegten Befund und den in unserer Anstalt beobachteten Krankheitserscheinungen.

3. Es ist keinerlei Beweis dafür erbracht, daß nach dem Unfall eine Gehirnerschütterung bestanden hat, mit größter Wahrscheinlichkeit vielmehr das Gegenteil anzunehmen.

4. Es besteht keinerlei Anhaltspunkt für eine Verletzung oder Verschiebung der Lendenwirbelsäule infolge des Unfalls oder für irgendwelche durch den Unfall bedingte krankhafte Veränderung des Rückenmarks; lediglich die Druckschmerhaftigkeit der Wirbelsäule und die dadurch bedingte Gangstörung können als unmittelbare Folgen des Unfalls angesehen werden.

II. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, daß für die hier beobachteten Krankheitserscheinungen noch andere Faktoren zur Erklärung herangezogen werden müssen; diese sind

1. die in meinem Gutachten vom 20. Juni 1914 bereits nachgewiesene krankhafte psychische Veranlagung und Neigung zu Phantastereien, die einen überaus günstigen Nährboden für die jetzt vorliegende Rentenkampfneurose von vornherein bot.

2. Nach den mir vorliegenden Akten, sowie nach dem Verhalten des Kranken und seiner Frau in der hiesigen Anstalt ist mit Wahrscheinlich-

keit anzunehmen, daß in direktem Anschluß an den Unfall Rentenbegehrungsvorstellungen eine Reihe von Symptomen ausgelöst haben, ohne Zweifel aber, daß diese die bestehenden Krankheitserscheinungen unterhalten. Auch ich nehme entsprechend dem Gutachten von Herrn Prof. R. an, daß bei N. eine psychologische Weiterverarbeitung stattgefunden hat, und zwar nicht als Folge des Unfalls, sondern als Folge des Entschädigungsverfahrens, da wir aus vielfältigen Friedenserfahrungen des letzten Jahrzehntes, wie auch aus der Kriegszeit einwandfrei wissen, daß nur infolge des Rentenkampfes die nervösen Erscheinungen fortbestehen, wie sie gerade nach unbedeutenden Eisenbahnunfällen bei psychopathisch veranlagten Personen als hysterische Reaktion ausgelöst werden, während sie ohne Gelegenheit zu einem Entschädigungsverfahren in allerkürzester Zeit in der Regel restlos abklingen. Lediglich durch eine möglichst rasche Kapitalabfindung kann es gelingen, diese durch Rentenbegehrungsvorstellungen unterhaltenen Krankheitserscheinungen zum Verschwinden zu bringen.

Katamnestisch ließ sich nun feststellen, daß sich das Verfahren infolge Simulationsverdachtes noch weiter hinzog. Gehässige Beschuldigungen des Kranken gegen den Schwiegervater veranlaßten nämlich diesen letzteren zu anonymen Anzeigen, aus welchen hervorging, daß ein Schiffer den Unfallkranken von seiner Wohnung eine Bösichung an den Rhein hinabrutschen, sich vorsichtig über den Rand eines Nachens heben und allein über den Rhein rudern sah. Im übrigen ergab das daraufhin erhobene Ermittlungsverfahren wiederum keinen sicheren Anhaltspunkt zur Beurteilung des Zustandes des Beschuldigten, bis dieser ein halbes Jahr später völlig unerwartet gegen Ende September 1918 Selbstmord verübte. Der Prozeß wurde daraufhin durch Vergleich mit der Witwe beendet.

In diesem Falle, in welchem nur ein Teil der hysterischen Erscheinungen in fast unmittelbarem Anschluß „als Reaktion“ auf den Unfall aufgetreten war, mußte man annehmen, daß sich die Mehrzahl der späteren Erscheinungen der Unfallhysterie durch Hinschleppen des Entschädigungsverfahrens und Nichtanerkennung der Rentenansprüche aus einer verbissenen Stimmung heraus immer mehr verdichtet haben, so daß schließlich auch infolge der vermeintlichen Annahme eines nirgendwo ausgesprochenen Vorwurfes der Simulation die nervösen Erscheinungen sich allmählich zu einer Psychose paranoider Art mit Beeinträchtigungsideen entwickelten. Bei der krankhaften Veranlagung mit Neigung zu Phantastereien und den Zeichen eines mehr oder minder bewußten Übertreibens konnte man hier sehr wohl an einen Fall denken, wie ihn Ziehen als „pathologisch verzerrte Simulation“ bezeichnet. Es erscheint mir dieses Beispiel für unsere Darlegung deshalb so charakteristisch, weil neben dem Unfall sowohl die Charakterveranlagung, wie

das häusliche Milieu als auch die sozialen Verhältnisse in ihrer Bedeutung als Konstellationsfaktoren berücksichtigt waren. Wiewohl ich selbst in der klinischen Auffassung des Falles und in seiner gutachtlichen Auffassung mit Reichardts Standpunkt übereinstimmte, hat sich dabei doch ergeben, daß trotz der Geringfügigkeit des Unfalles und des Mißverhältnisses zwischen den unmittelbar anschließenden Erscheinungen und den späteren Folgen sowie dem sich daraus entwickelnden Krankheitsprozeß die Annahme einer Rentenkampfneurose zwar zu Recht bestand, aber damit weder in der theoretischen Auffassung noch, was für den Kranken schließlich das wichtigere war, für dessen Gesundung mit dem praktischen Vorschlag einer möglichst raschen Kapitalabfindung die richtige Lösung gefunden war. Die Bedeutung des Unfalls war im Hinblick auf die Charakterveranlagung theoretisch wie praktisch nicht richtig gewertet worden.

Der Fall beweist weiterhin, daß der Standpunkt Naegeleis in Anlehnung an Kraepelin und F. Schultze, wonach Selbstmord bei Fällen von traumatischer Hysterie nicht vorkommen soll, im Gegensatz zu auch anderwärts gemachten Erfahrungen nicht haltbar ist. Naegele gibt Suicid nur nach ernster Schädelverletzung als organische Kommotionsfolge mit neurotischer Überlagerung zu, was wir in diesem Falle ausschließen können. Wenn man andererseits mit ihm annehmen wollte, daß es sich bei solchen Fällen stets um Psychopathen handelt, die auch ohne Unfall zu diesem Ende gekommen wären, so wird ein derartig grundsätzlicher Standpunkt ebensowenig einer vorurteilsfreien Bewertung aller konstellativer Faktoren, wie den zum Teil doch berechtigten Ansprüchen von Angehörigen bzw. Hinterbliebenen gerecht¹⁾.

In der Tat ist die Zahl der Selbstmorde bei traumatischer Hysterie auch gar keine so geringe, und gerade jene zu Beeinträchtigungsideen neigenden Formen, die sich von Sachverständigen der Simulation oder zielbewußten Übertreibung verdächtigt glauben oder für Querulantengehalten werden, neigen, wie dies bereits Berger und Hübner an einem großen Erfahrungsmaterial von Unfallkranken festgestellt haben, zu Selbstmordversuchen. So geht auch aus der Hübnerschen Statistik hervor, daß die Häufigkeit des Selbstmordes bei Hysterischen (unter Einbeziehung traumatischer Neurasthenie und degenerativer Formen) an zweiter Stelle direkt nach der Gruppe der Melancholiker und Hypochondrer beobachtet wird.

In der bereits erwähnten monographischen Bearbeitung hat E. Schultze zu der Frage des Selbstmordes derartiger Unfallsneurotiker Stellung genommen.

Nach den gesetzlichen Bestimmungen haben im Falle des Selbst-

¹⁾ Vgl. auch K. Mendel, Über den Selbstmord bei Unfallverletzten. Monatschrift f. Psychiatr. 33. 1913.

mordes die Hinterbliebenen des Unfallverletzten nur dann einen Anspruch auf Rente, wenn der Selbstmord „ohne Vorsatz“ ausgeführt wurde, und zwar derart, daß die freie Willensbestimmung oder Zurechnungsfähigkeit aufgehoben war. Der Beweis hierfür dürfte sich praktisch nur in den allerwenigsten Fällen mit Sicherheit führen lassen. Immerhin genügt auch eine Verminderung der Zurechnungsfähigkeit oder selbst die Annahme großer Wahrscheinlichkeit einer solchen, um die Gerichte zugunsten der Unfallkranken bzw. deren Hinterbliebenen entscheiden zu lassen. Aber damit wäre noch keineswegs die Kausalitätsfrage der posttraumatischen Erscheinungen entschieden, denn soweit kann das Kausalitätsprinzip unter keinen Umständen gefaßt werden, daß das Ereignis des Unfalls für alle Folgen, die in irgendeiner Beziehung dazu stehen, verantwortlich gemacht werden könnte. Aus diesen Erwägungen heraus entschied auch das Reichsversicherungsamt, daß kein Anspruch auf Rente anerkannt wird, wenn nicht der Unfall und dessen Folgen, sondern die Bemühungen und der Kampf um Durchsetzung eines vermeintlichen, aber nicht zu Recht bestehenden Anspruches auf eine Rente die Ursache des Nervenleidens sind. Auch eine tatsächliche Verschlimmerung, bestehend in einer weiteren Ausdehnung der krankhaften Vorstellungen des Klägers, die den Grad chronischer Verrücktheit haben, wird nach einer Entscheidung nicht als Unfallfolge anerkannt. Mit vollem Recht fordert indessen E. Schultze deshalb eine besondere Milde der Rechtsprechung bei der Beurteilung des Selbstmordes als Unfallfolge, weil er den Selbsterhaltungstrieb für ausschlaggebender erachtet als etwa eigennützige Motive, den Angehörigen eine Rente zu sichern.

Nun ist es ja außerordentlich schwierig, in der ganzen Reihe der Konstellationsfaktoren dem Unfall eine bestimmte zahlenmäßig fixierbare Bedeutung beizulegen, um daraus eine genauere Entscheidung für die Motive des Unfalls zu bekommen. Hier spielen eben neben der Veranlagung wie in unserem Fall sehr oft das Milieu, sozialwirtschaftliche Verhältnisse, eine so gewichtige Rolle, daß man in den meisten Fällen nur zu dem Schluß kommen kann, daß ebensowenig die Naturveranlagung allein wie der Unfall allein zum Selbstmord geführt hätten. Es gilt also nicht, die Bedeutung des Unfalls abzuschätzen, sondern eine Entscheidung der noch viel schwierigeren Fragen, der psychologischen Beurteilung des Selbstmordes in ihren Beziehungen einerseits zur Konstitution, andererseits zum Unfall herbeizuführen.

Es ist sehr schwer zu entscheiden, wie man hierbei praktisch verfahren sollte, jedoch ließe sich vielleicht, einem Vorschlage Weygandts folgend, in derartig komplizierten Fällen so verfahren, daß man den Grad der Abweichung von der normalen Konstitution schätzungsweise anzugeben versucht, um damit dem Konstitutionsfaktor für praktische

Zwecke gerecht zu werden. Selbstverständlich ist eine solche Einschätzung ungleich schwieriger als die des Verlustes einer Hand oder einer Lähmung, aber wohl gar nicht einmal so viel schwerer als die Abschätzung der subjektiven Beschwerden und dadurch bedingten Erwerbseinbuße infolge eines reaktiven Depressionszustandes.

Wenn nun das Ereignis des Unfalls lediglich die äußere Veranlassung bietet, durch welche sich die innere Charakterveranlagung erst sichtbar bestätigt, so liegt nach mehrfachen Entscheidungen des RVA. deshalb keine Berechtigung zur Schadenersatzpflicht vor, weil diese Veranlagung bereits vor dem Unfall, wenn auch latent, bestanden hat. Wie Schultze mit Recht betont, beurteilt merkwürdigerweise das RVA. die Unfallstörungen nichtnervöser Art bei krankhafter Veranlagung auf körperlichem Gebiet, z. B. eine Hämoptoe bei einem bereits zur Tuberkulose Disponierten oder die Folgeerscheinung einer schweren Verletzung im Betrieb bei einem konstitutionell epileptischen Bergmann wesentlich milder als neurotische Störungen bei einem nervös Disponierten. Was nun für die rein körperlichen Schwächen anerkannt wird, dürfte wohl auch für die psychopathische Disposition Geltung beanspruchen können.

Damit komme ich wieder zu dem Ausgangspunkt meiner Erörterungen: Es fallen die Begriffe der Disposition und des äußeren Anlasses der Krankheitserscheinungen unter den gemeinsamen Begriff der Bedingungen oder Konstellationsfaktoren. Ob und inwieweit diese beiden Begriffe auch qualitativ voneinander verschieden sind, soll hier unerörtert bleiben. Jedenfalls ist erst die Gesamtheit aller dieser konstellativen Momente imstande, das Unfallereignis zu einem derart bestimmenden Faktor zu machen, daß erst durch diesen die für das betreffende Individuum krankhaften Störungen ausgelöst werden. Es läßt sich nur damit der Beweis erbringen, daß der Unfall als Konstellationsfaktor nicht in Betracht kommt, wenn nachgewiesen werden kann, daß auch ohne den Unfall derselbe krankhafte Zustand mit all seinen Folgeerscheinungen, wie in unserm Falle z. B. auch der Selbstmord, eingetreten wäre. Es erscheint mir daher jener Standpunkt Reichardts keinesfalls haltbar, wonach sich dieser Beweis deshalb erübrigert, weil „bei dem gelegentlichen zeitlichen Zusammentreffen zwischen Unfall und Psychoneurose die überwiegende Wahrscheinlichkeit dahin gehe, daß nur ein rein zeitliches und zufälliges Zusammentreffen vorliege“. Er begründet diesen seinen Standpunkt mit dem von ihm aufgestellten Begriff der „Umkehr der Kausalität“, wonach die Krankheit nicht aufgetreten ist, weil der Unfall vorausging, sondern weil die Krankheit ausbrach, deshalb wurde das zufällig vorausgegangene Ereignis als deren Ursache aufgefaßt. Eine derartige Annahme mag auf dem Gebiet der Mathematik oder exakten Naturwissenschaft ihre Berechtigung haben, aber nicht bei der Beurteilung von Krankheitszuständen, bei welchen es sich wahr-

lich nicht um ein für allemal feststehende konstante Größen, sondern um außerordentlich komplizierte und in jedem Einzelfall neu zu prüfende psychopathologische Individualreaktionen handelt, bei welchen eine Einzelanalyse der sämtlichen erwähnten Faktoren erforderlich ist.

Die Bewertung der verschiedenartigen Konstellationsfaktoren kann, wie bereits erwähnt, abgesehen von dem Faktor der krankhaften Disposition noch kompliziert werden durch exogene Prozesse, wie Arteriosklerose, Involutionsvorgänge, gleichzeitige Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion, Lues und ä. m. Aber es enthebt auch das Vorhandensein mehrerer derartiger Konstellationsfaktoren nicht der Forderung einer Bewertung des Unfalles, der nicht umgekehrt deshalb mit der Wahrscheinlichkeitsannahme zufälliger Koinzidenz erledigt werden kann.

Wie verhält es sich nun mit jenem Begriff der Individual- oder psychopathischen Reaktion, der von Autoren wie Naegeli und Reichardt als lediglich durch das Entschädigungsverfahren verursacht angenommen wird? Als eines der wesentlichsten Kennzeichen dieses Begriffs ist die zumeist auf einer angeborenen Veranlagung beruhende abnorme Erregbarkeit auf affektivem Gebiet im Sinne eines Mißverhältnisses zwischen Reiz und Reaktion anzusehen, die zu einer Schwäche der seelichen Widerstandskraft gegen Schädigungen der Außenwelt führt; dabei gelten gerade krankhaft erhöhte Milieubabhängigkeit und eine besondere Einstellung auf die Beschäftigung mit der eigenen Person noch als besonders kennzeichnend für die Individualreaktion nach Unfällen. Inwieweit die angeborene Veranlagung bei jedem Unfall Voraussetzung der psychopathischen Reaktion sein muß, soll hier nicht erörtert werden. Die Kriegserfahrungen sprechen jedenfalls nicht in diesem Sinne und haben uns gelehrt, daß, wenn auch theoretisch diese Annahme berechtigt ist, im Einzelfall auch diese Voraussetzung der Prüfung bedarf. Schließlich ist als eine wesentliche Eigenart der psychopathischen Reaktion noch anzuführen, daß gerade dieses auslösende Ereignis und das Milieu, in welchem sich die betreffende Reaktion entwickelte, die klinischen Erscheinungen in hohem Maße zu beeinflussen vermag. Die daraus resultierenden Reaktionsformen können bekanntlich die allerverschiedenartigsten Bilder aufweisen, deren Einteilung einstweilen noch nicht nach qualitativ einheitlichen Gesichtspunkten erfolgt; sie werden bald mehr nach ihrer sozialen Wirkung (Querulantenvahn), bald nach den äußeren Entstehungsmomenten (Haftreaktionen), oder nach den klinischen Einzelsymptomen und schließlich nach der Konstitutionsform ihre Bezeichnung erhalten¹⁾.

Auch für diesen letzteren Fall, in welchem angenommen werden muß, daß ein Unfall die krankhaften Erscheinungsformen einer psychopathi-

¹⁾ Vgl. K. Wilmanns, Die Psychopathien. Handb. d. Neurol. 5.

schen Veranlagung lediglich konstellativ verändert hat, während bei einem andersartigen Erlebnis die gleichen oder andersartige Reaktionsveränderungen aufgetreten wären, sei ein hier zur Beobachtung gekommener Fall von affektepileptischen Anfällen nach Unfall, der durch Selbstmord endete, angeführt:

Ein 44jähriger Schlosser, der infolge von Trunksucht wegen Bettelei, Diebstahls und Körperverletzung annähernd 30 mal vorbestraft war, erlitt am 15. VIII. 1910 durch Sturz von einer Dreschmaschine auf einen Zementboden eine Gehirnerschütterung und stand deshalb damals in vierwöchiger Krankenhausbehandlung. Als unmittelbare Folgeerscheinungen dieses Unfalls blieben Druckempfindlichkeit der Rippenmuskulatur und dadurch bedingte Behinderung beim Bücken und Heben auf die Dauer bestehen, woraufhin eine 15 proz. Rente erst nach einem Jahr festgesetzt wurde. Im Frühjahr 1912 traten erstmals, allerdings nach vorangegangenem Alkoholmissbrauch, Depressionszustände auf, infolge deren nach einem Selbstmordversuch durch Ertränken die erste Aufnahme in eine Irrenanstalt erfolgte. Er gab hier an, seit etwa einem Vierteljahr an Anfällen, Verstimmungs- und zeitweisen Verwirrtheitszuständen zu leiden; die körperliche Untersuchung ergab abgesehen von der bereits erwähnten Druckempfindlichkeit der Rückenmuskulatur nur Erscheinungen chronischen Alkoholismus, wie Zittern der Hände, einseitig entrundete Pupillen und Herabsetzung der Merkfähigkeit. Nach fünfwochigem Aufenthalt in der hiesigen Anstalt, während dessen keinelei der von ihm angegebenen Zustände beobachtet werden konnten, wurde er wieder entlassen und verrichtete 2 Jahre Gelegenheitsarbeiten. Im März 1914 wurde er, nachdem er angeblich 10 Tage hintereinander täglich an Anfällen gelitten haben wollte, wiederum in die Irrenanstalt in Frankfurt aufgenommen, wobei die körperliche Untersuchung etwas träge Pupillenreaktion bei negativer Wassermannreaktion, vollkommene Berührungs- und Schmerzunempfindlichkeit des linken Ober- und Unterarms, erhöhte Reflexerregbarkeit an den unteren Extremitäten und beiderseitige Herabsetzung des Hornhautreflexes ergab. Nach wenigen Tagen wurde er der hiesigen Anstalt überwiesen, in welcher neben ausgesprochen hysterischen Krampfanfällen auch einige Male solche ohne Bewußtseinsstörung mit sensorieller Aura in den Händen und Füßen bei maximal erweiterten reaktionslosen Pupillen ärztlicherseits beobachtet wurden; während dieser war er sichtlich bemüht, auf Anruf zu antworten, hörte auch die Stimme des Arztes, wollte diesen aber nicht gesehen haben. Als im Anschluß an einen solchen Anfall wieder ein neuer auszubrechende drohte und ihm energisch befohlen ward, zu dessen Unterdrückung umherzugehen, gelang es, den motorischen Anfall in der Tat zu unterdrücken; nach Ablauf des ersten Anfalls war die Pupillenreaktion wieder wie vorher auf der einen Seite prompt, auf der anderen träge. Zwischen diesen Anfällen traten Zustände gesteigerter Reizbarkeit mit Neigung zu Gewalttätigkeiten gegen das Pflegepersonal auf; infolgedessen wurde er in einem Einzelzimmer einer Baracke isoliert. Ohne irgendwelche vorangegangene Andeutung über seine Absichten fand man ihn einige Stunden darauf mittels eines Bettuchstreifens erhängt.

In diesem Falle läßt sich wohl die Annahme begründen, daß nur die psychopathische Veranlagung für den Selbstmord als Konstellationsfaktor in Betracht kommt und der Unfall deshalb auch konstellativ keine ursächliche Bedeutung hat, weil die Anfälle in keinem zeitlichen Zusammenhange mit dem Unfall, sondern erst einige Jahre später aufgetreten sind. Bemerkenswerterweise hat dieser Kranke trotz dieser

seiner Veranlagung wegen seiner Anfälle und Verstimmungszustände niemals die Erhöhung seiner Rentenansprüche beantragt. Die Anfälle wurden bei der sicher beobachteten Pupillenstarre als affektepileptische im Hinblick auf die psychopathische Veranlagung und den vorangegangenen Alkoholismus angesehen. Ein Zusammenhang zwischen diesen affektepileptischen Verstimmungszuständen und alkoholepileptischen Anfällen mit dem Unfall bestand somit nicht, der Selbstmord war vielmehr lediglich eine Reaktionserscheinung der psychopathischen Veranlagung.

Neben den bereits besprochenen Konstellationsfaktoren, zu welchen noch das kritische Lebensalter der Praesklerose und des Klimakteriums ergänzend zu erwähnen wäre, kommt schließlich auch der im Laufe des letzten Jahrzehntes immer stärker in den Vordergrund tretende konstellative Faktor der Begehrungsvorstellungen, der sowohl bei der Entstehung der Psychoneurose als auch im Stadium der weiteren Entwicklung Bedeutung erlangen kann. Diese muß selbstverständlich in jedem Falle berücksichtigt und geprüft werden, nur darf sie nicht zum Ausgangspunkt aller Erörterungen und Erscheinungsformen der Neurose erhoben werden. Ich kann mir indessen versagen, auf diesen Punkt hier näher einzugehen, da Wetzel¹⁾ in einem ausführlichen mit Literaturangaben ausgestatteten Beitrag neben seinen psychologischen Beziehungen zu der Frage der Übertreibung und Simulation ihn in kritischer Weise eingehendst behandelt hat und sich dabei mit all jenen Autoren auseinandersetzt, die in einseitiger Betrachtungsweise lediglich auf Grund häufiger Erfahrungstatsachen und Vorurteile ein analytisch-psychologisches Eingehen auf alle jene konstellativen Faktoren im einzelnen Fall sowohl in diagnostisch begutachtender wie prognostisch-therapeutischer Hinsicht vermissen lassen. Nur damit aber wird der berechtigte Vorwurf Jaspers²⁾ überwunden werden, wonach „das Studium der Unfallneurosen mit den klaffenden Meinungsverschiedenheiten lehrt, wie Vorurteile, die aus einem Gesichtspunkt heraus alles allzu einfach erklären wollen, mit analytischer Zergliederung im Kampf liegt“.

Sind danach die Schwierigkeiten der Bewertung der einzelnen Konstellationsfaktoren für die Entstehung der seelisch-nervösen Störung schon ungemein große, so erhöhen sie sich naturgemäß noch bezüglich der prognostischen und therapeutischen Abschätzung. Nur in einer Minderzahl von Fällen läßt sich der Wert therapeutischer Maßnahmen vorausbestimmen. Denn der Mangel an Anpassungsfähigkeit an neue Verhältnisse als fast konstant vorhandenes Kennzeichen und Teilerscheinung der angeborenen psychopathischen Degeneration muß

¹⁾ Vgl. Arch. f. Sozialwissenschaft 37. 1913.

²⁾ Jaspers, Allgemeine Psychopathologie. Verlag, J. Springer, S. 374.

sich naturgemäß auch als solcher bei jeglicher pathologischen Reaktionsform auf den Unfall geltend machen und in der Regel verstärken. So lange wir daher über die Gesetzmäßigkeiten in der Abhängigkeit der verschiedenen Reaktionsformen von der Art der Charakterveranlagung noch so wenig unterrichtet sind und wir uns wie zur Zeit noch mit der Feststellung bestimmter Typen im ihren Beziehungen einerseits zur Charakterveranlagung, andererseits zum Erlebnis beschäftigen, lassen sich auch in der Regel keine bestimmten allgemeingültigen Richtlinien für die Dauer der Krankheitserscheinungen aufstellen, die ebenso für das Einzelindividuum wie für die Gesamtheit außerordentlich einschneidende Maßnahmen bedeuten. Unsere katamnestischen Erfahrungen haben gerade bei Unfallsneurotikern auch ohne nachweisbare psychopathische Disposition mit paranoid hypochondrischer Färbung bestätigt, daß das Problem des Entschädigungsverfahrens bei diesen Formen von Unfallkranken sowie bei solchen mit konstitutionell sensibler Charakterveranlagung wie bei der Gruppe der Astheniker, weiterhin bei den konstitutionellen Erethikern keineswegs mit dem neuerlich zum erlösenden Schlagwort gewordenen Begriff der Kapitalabfindung erledigt ist. In diesen Fällen liegen die Verhältnisse der Entwicklung sekundärer posttraumatischer Erscheinungen häufig unübersehbar, so daß sich sicherlich vor Abschluß des Entschädigungsverfahrens in den wenigsten Fällen der Zeitpunkt voraussagen läßt, bis wann die Reaktionserscheinungen auf den Unfall abgeklungen sind; auch scheitern gerade in diesen Fällen nicht so selten selbst alle jene Mittel der Psychotherapie, von denen nach den Erfahrungen aus der Kriegszeit bei den rein körperlichen hysterischen Reaktionserscheinungen auch jetzt noch erfolgreich Gebrauch gemacht wird. Diese Fälle einer spezifischen Charakterveranlagung und nervösen Konstitution sind zudem einer Kapitalabfindung meistens nicht zugänglich, und zwar deshalb, weil sie infolge dieser ihrer Veranlagung im Fall unvorhergesehener Verschlimmerung der Unfallfolgen hilflos im Lebenskampf dazustehen befürchten. Aber auch für diese Formen wird sicherlich der weitere Ausbau jener im Kriege so bewährten Fürsorge in Form der Arbeitsbehandlung unter ärztlicher Aufsicht und einer zielbewußt geregelten Erwerbsbeschränktenfürsorge sowohl zur Besserung des psychischen Zustandes, wie als rein soziale Maßnahme von großem Wert sein. Dabei dürfte sich empfehlen, dem Vorschlage des Präsidenten des Reichsversicherungsamtes Dr. Kaufmann folgend, die Versicherten zur Mitarbeit an der Rechtsprechung heranzuziehen und deren Vertretung einen gewissen Einfluß nach Aufklärung über alle dabei zu berücksichtigenden Faktoren zu gewähren. Auch wäre es sehr wohl zu erwägen, ob der Spielraum hinsichtlich des Grades der Erwerbsbeschränkung für die Festsetzung der Kapitalabfindung nach der oberen Grenze nicht weiter gesetzt werden könnte,

da gerade die Unmöglichkeit des Vorschlages einer Kapitalabfindung bei mehr als 20% Erwerbsbeschränkten für den Arzt häufig eine Behinderung bedeutet, mit dieser in vielen Fällen therapeutisch so wirksamen Maßnahme einen Versuch zu machen; allerdings müßte für diese Fälle andererseits die Möglichkeit geboten sein, daß im Falle unvorhergesehener erheblicher Verschlimmerung der über 20% Erwerbsbeschränkte wieder in den Rentengenuß eintreten könnte, da nur damit die ablehnende Stellung gegen die Kapitalabfindung seitens der Kranken überwunden werden wird. Es wird uns auch in therapeutischer Hinsicht lediglich die psychologische Einstellung auf den Kranken im Zusammenhang mit der Berücksichtigung aller Konstellationsfaktoren weiter bringen, als eine schematisch einseitige auf die körperlichen Erscheinungen und Begehrungsvorstellungen gerichtete Betrachtungsweise.
