

(Aus der Psychiatrischen und Nervenkl. der Universität Königsberg/Pr.  
[Direktor: Geh.-Med.-Rat Prof. Dr. E. Meyer].)

## Zur Frage der Neurosenbegutachtung<sup>1)</sup>. („Pensionierungs- und Abbauneurosen.“)

Von

Dr. Kurt Moser,

Assistent der Klinik.

(Eingegangen am 14. Juni 1926.)

Veranlassung dazu, daß die Neurosenfrage neuerdings wieder aktuell geworden ist, hat vor allem die Unklarheit und Uneinigkeit in der Begutachtung neurotischer, und zwar *unfall*neurotischer Symptome gegeben<sup>2)</sup>. Hierbei kommt es in erster Linie auf die Frage des ursächlichen Zusammenhanges mit einem vorausgegangenen Trauma an; diese wird — wenigstens für hysterisch gefärbte psychogene Störungen — zur Zeit wohl durchweg ablehnend beantwortet, indem man derartige psychoneurotische Erscheinungen ziemlich allgemein als eine in einer abnormen psychischen Veranlagung begründet liegende, durch Begehrungsvorstellungen nach Rente oder sonstiger Entschädigung ausgelöste, mit deren Wegfall wieder abklingende *Reaktion* auffaßt, die, weil nicht durch den Unfall verursacht, auch nicht entschädigungspflichtig ist. Damit wären wenigstens die praktischen Schwierigkeiten bei Begutachtung *unfall*neurotischer Symptome im wesentlichen beseitigt und der Begutachtung derartiger Zustände, sofern sie in zeitlichem Zusammenhang mit einem Trauma aufgetreten sind, ein einheitlicher, und zwar ablehnender Standpunkt vorgeschrieben.

Der meist noch schwierigeren Beurteilung und Stellungnahme, ob und wie weit die nichtsdestoweniger vorhandenen psychoneurotischen Symptome eine Erwerbsbeschränkung resp. Beeinträchtigung der Dienstfähigkeit bedingen, wird der Gutachter hiermit im allgemeinen zugleich entzogen, da sich in diesen Fällen mit der Ablehnung des ursächlichen

---

<sup>1)</sup> Nach einem Vortrage, gehalten in einer Sitzung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie am 9. Januar 1926 in Königsberg/Pr. (vgl. Sitzungsber. in der Allg. Zeitschr. f. Neurol. u. Psychiatrie).

<sup>2)</sup> Es sei nur hier auf die Casseler Tagung deutscher Nervenärzte im September v. J., die *Stiersche* Arbeit „über die sogenannten Unfallneurosen“ in der Dtsch. med. Wochenschr. 1925, Heft 47—50 und die Referate von *Bonhoeffer* und *Hiß* in der Dtsch. med. Wochenschr. Jhrg. 26, Hft. 5 hingewiesen.

Zusammenhangs ein weiteres Eingehen auf das Zustandsbild und dessen praktische Wertung für den Gutachter meist erübrigt.

Im folgenden soll aber gerade auf diese Frage der praktischen Wertung psychoneurotischer Symptome, und zwar ihren Einfluß auf die *Arbeits-* resp. *Dienstfähigkeit*, und auf die hierbei für den Gutachter sich ergebenden Schwierigkeiten eingegangen und auf eine Gruppe von Fällen hingewiesen werden, bei denen es ausschließlich auf die gutachtliche Beurteilung der Arbeits- oder Dienstfähigkeit und ihre etwaige Beeinträchtigung durch psychoneurotische Symptome ankommt, *ohne* daß zu ätiologischen Momenten (Trauma) im Rahmen der Begutachtung irgendwie Stellung genommen werden soll. Die sich hierdurch ergebenden besonderen Verhältnisse sollen an Hand eines Neurotikertyps beleuchtet werden, der besonders hervorgehoben zu werden verdient, weil er sich gerade in der Zeit des Personalabbaues in zunehmendem Maße präsentiert, und die Unklarheit und Unsicherheit in seiner gutachtlichen Beurteilung sich deshalb jetzt in besonders unerfreulicher und unliebsamer Weise fühlbar macht. Es handelt sich nämlich um psychoneurotische Symptome resp. hysterisch-psychogene Reaktionen, die unabhängig von jeglichem Trauma oder doch wenigstens ohne daß sich die Begutachtung mit Ablehnung des ursächlichen Zusammenhanges mit einem solchen erschöpft, bei *Beamten*, bei denen in Zusammenhang mit *Pensionierung* resp. *Personalabbau* und daran sich knüpfende, mehr oder weniger zutage tretende Wunsch- oder Befürchtungsvorstellungen auftreten. Oft genug spielen beide Faktoren eine Rolle, weil sich Beamte gar nicht so selten dem ihnen etwa drohenden Abbau dadurch zu entziehen versuchen, daß sie sich vorher pensionieren lassen.

Diese Fälle unter dem Gesichtspunkt des zugrunde liegenden Motivs resp. der zu ihrem Zustandekommen führenden Situationsverhältnisse herauszuheben, entbehrt wohl nicht einer gewissen Berechtigung. Verbinden sich doch hiermit vielleicht zugleich therapeutische Möglichkeiten, die in Umgestaltung der betreffenden Situationen bestehen und bezwecken sollen, derartige Reaktionen auslösende Vorstellungen gar nicht erst aufkommen zu lassen, wie dies jetzt ja auch der Leitgedanke bei Bekämpfung der sogenannten Unfalloysterie ist.

Die bei Begutachtung genannter Fälle sich ergebenden Schwierigkeiten, wie sie das unten angeführte Beispiel erläutern wird, bringen es mit sich, daß es nicht nur zu auseinander gehenden Urteilen verschiedener Gutachter kommt, sondern daß derselbe Gutachter oft genug gezwungen ist, seinen früheren Standpunkt zu ändern und ein seiner früheren Beurteilung widersprechendes Gutachten abzugeben. Bei diesen Fällen ist deshalb das Bedürfnis nach Richtlinien zu einheitlicher Begutachtung fast noch größer, als bisher bei der sog. traumatischen

Neurose. Überdies schneiden die hierher gehörigen Fälle die verschiedensten noch strittigen und unklaren Fragen nicht nur des Neuroseproblems, sondern überhaupt allgemein psychiatrischer und sozialer Probleme an, auf die hier gleichfalls kurz hingewiesen werden soll.

Zur Illustration der genannten Verhältnisse sei folgendes Beispiel kurz als Paradigma angeführt:

Ein Beamter wird von seiner Behörde zur Begutachtung seiner Dienstfähigkeit in die Klinik geschickt. Es bestehen allgemein-nervöse Beschwerden, an denen er seit Wochen oder Monaten erfolglos behandelt ist, so daß die Behörde seine Pensionierung erwägt. In der Klinik bietet der Mann das bekannte Bild eines Psychopathen mit allgemein-funktionell-nervösen Übererregbarkeitssymptomen und allgemein-nervösen Beschwerden gleichfalls lediglich funktioneller resp. psychogener Natur. Er wird, wie üblich, dahin begutachtet, daß diesen Beschwerden keine besondere Bedeutung beizulegen ist, zumal ihnen irgendwelche, auf Pensionierung sich beziehende Wunschvorstellungen zugrunde zu liegen scheinen; unter Betonung, daß derartige Reaktionen im allgemeinen bald abzuklingen pflegen, wird der Mann als dienstfähig bezeichnet.

Nach kurzer Zeit meldet er sich im Dienste wieder krank, und zwar mit den gleichen Beschwerden und der Angabe, daß seine Beschwerden noch zugenommen hätten und ihn dienstunfähig machten. Er wird nochmals zur Begutachtung in die Klinik geschickt, zeigt jetzt stärkere Fixierung seiner Beschwerden und stärker ausgeprägtes Krankheitsbild etwa im Sinne eines *Ganser*. Jeglichen therapeutischen Beeinflussungsversuchen gegenüber verhält er sich refraktär. Unter nochmaliger Betonung der praktischen Bedeutungslosigkeit seiner Beschwerden, die ihn aber doch wohl mehr, als bei der ersten Begutachtung angenommen wurde, in seiner Arbeitsfähigkeit beschränken, wird er jetzt dahin begutachtet, daß er wohl arbeitsfähig, aber doch zweckmäßig nur in leichterem Dienst zu verwenden sei; Voraussetzungen zur Pensionierung seien nicht gegeben.

Auf Aufforderung seiner Behörde und unter Androhung des Disziplinarverfahrens erscheint nun der Mann entweder doch nicht im Dienste mit der Angabe, daß er seiner Beschwerden wegen nicht arbeiten könne, oder er stellt sich zum Dienst ein, meldet sich aber sofort wieder krank, resp. bekommt im Dienste psychogene Anfälle oder einen psychogenen Erregungszustand. Jetzt schickt ihn seine Behörde zum dritten Male zur Begutachtung und ersucht um strikte Beantwortung der Frage, ob der Mann, der doch in den vorausgegangenen Gutachten als arbeitsfähig bezeichnet ist, trotzdem aber nicht arbeitet mit der Begründung, daß er nicht arbeiten könne, Krankheit vortäusche, simuliere, ob also böser Wille, böswillige Verletzung seiner Dienstpflicht vorliege und somit die Voraussetzungen zu einer Entlassung auf *disziplinarischem Wege* gegeben seien.

Bei der dritten Begutachtung bietet der Mann das Bild eines hysterischen Dämmer- resp. Verwirrheitszustandes, evtl. gehäufte hysterische Anfälle, jedenfalls ein an psychogene Psychosen grenzendes Bild, mithin Störungen, die ihn als nicht dienstfähig bezeichnen lassen müssen. Die Frage, ob bewußte Täuschung vorliegt, ist demgemäß zu verneinen, ebenso vom ärztlichen Standpunkt aus die Frage, ob die Voraussetzungen zu einer Entlassung auf disziplinarischem Wege gegeben sind. Der Mann wird darauf, wie er wahrscheinlich erstrebt hat, pensioniert.

Ganz analog verhält es sich bei Beamten, bei denen die gleichen Zustandsbilder im Zusammenhang mit ihrer bevorstehenden Entlassung resp. ihrer Überführung in das Arbeiterverhältnis zufolge der

Personalabbauverordnung auftreten, ohne daß sich das Bestreben nach Pensionierung geltend zu machen braucht.

Derartige banale und durchaus nicht seltene Fälle, wie wir sie in letzter Zeit zunehmend zu beobachten und begutachten Gelegenheit hatten, und von denen ich den obigen nur als Beispiel herausgegriffen habe, bringen die sich ergebenden Schwierigkeiten wohl genügend zum Ausdruck und beleuchten die verschiedene Beurteilung und Bewertung psychoneurotischer Symptome in ihrem Einfluß auf die Arbeits- oder Dienstfähigkeit am besten.

Auf der einen Seite besteht die Neigung, den eben mehr oder weniger hysterisch gefärbten Erscheinungen keine besondere Bedeutung beizulegen und eine nennenswerte Beeinträchtigung der Arbeits- resp. Dienstfähigkeit durch sie nicht anzunehmen, da sie lediglich situationsbedingt und überdies durch Wunschvorstellungen ausgelöst sind. Andererseits muß man bei ihrer Steigerung zu direkt krankhafter psychischer Einstellung infolge Überwertigwerdens der zugrunde liegenden Zielvorstellung sowie zu schweren hysterischen Störungen (z. B. psychogene Psychosen) notgedrungen zugeben, daß wenigstens zur Zeit oder vorübergehend eine Beschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt oder diese gar völlig aufgehoben ist. Endlich zeigen diese Fälle wieder die Unmöglichkeit, die Frage nach bewußter Vortäuschung, also Simulation, mit Bestimmtheit zu bejahen oder überhaupt in irgendeiner Hinsicht sicher zu beantworten. Die Begutachtung derartiger Fälle ist somit, wie wohl schon diese wenigen Hinweise erkennen lassen, überaus unbefriedigend, auch wenn man sich genau an die von der Behörde gestellten Fragen zu halten sucht, die meist dahin lauten, ob der betreffende Beamte gesund oder krank, ob er im letzteren Falle dienstfähig ist, oder ob er anderenfalls Krankheit vortäuscht. Da diese psychoneurotischen Erscheinungen oder psychogenen Reaktionen zum Teil auf der Grenze zwischen gesundem und krankhaftem psychischem Geschehen liegen, aggravierende Momente mehr oder weniger fast stets mitsprechen, ohne daß man verantworten könnte, das Vorliegen bewußter strafbarer Vortäuschung zu behaupten, so sind die Gutachten meist ziemlich gewunden, vorsichtig und unbestimmt gehalten, ohne dabei den an sie gestellten Anforderungen gerecht zu werden.

Es bestehen mithin ähnlich unbefriedigende Verhältnisse wie bisher bei der traumatischen Neurose, die auch bei diesen Fällen vielleicht an einen ähnlichen Ausweg denken lassen könnten.

Die Erkenntnis, daß Rentenbegehrungsvorstellungen die Grundlage für die rentenneurotischen Erscheinungen bilden, diese mithin nicht eine Reaktion auf das Trauma, sondern auf das Entschädigungsverfahren infolge Mängel der sozialen Versicherung darstellen, führte bei der traumatischen Neurose bekanntlich dazu, eine Beseitigung dieser Lücken

in der Gesetzgebung zu erstreben. Hierdurch suchte man nicht nur Einheitlichkeit in der Begutachtung zu erreichen, sondern überhaupt das Auftreten derartiger Symptome zu verhindern und zu unterbinden.

Auch bei den psychoneurotischen Störungen auf *Grund von Pensionierungsbestrebungen*, denen man ärztlich ziemlich hilflos gegenübersteht, ist vielleicht an eine einheitliche Regelung in der Begutachtung auf dem Wege über gesetzliche Maßnahmen zu denken, die derartigen Bestrebungen die Aussicht auf Erfolg nehmen oder derartige Wunschvorstellungen gar nicht erst aufkommen lassen. Diese gesetzliche Regelung könnte etwa darin bestehen, daß die Behörde derartige Reaktionen nicht als eine zur Pensionierung führende, eine die Pensionierung rechtfertigende Störung auffaßt und bewertet. Der Behörde steht es ja durchaus frei, ihrerseits derartige Reaktionen resp. reaktive Störungen vom *sozialen* Standpunkte aus anders zu beurteilen als der Arzt. Auch vom rein ärztlichen Standpunkt wäre es überdies möglich, für eine behördliche resp. gesetzliche Regelung einzutreten, indem ärztlicherseits darauf hingewiesen würde, daß solche Störungen insofern eine Sonderstellung einnehmen, als sie situationsbedingt und situationsabhängig sind und aus diesem Grunde in der sozialen Gesetzgebung eine besondere Berücksichtigung finden müßten. Es wäre ferner zu betonen, daß diese mangelnde Berücksichtigung besonders zum Zustandekommen derartiger Störungen beiträgt, und daß bei Beseitigung dieser Lücke in der sozialen Gesetzgebung wahrscheinlich auch diese krankhaften Erscheinungen verschwinden würden. Von diesen beiden Gesichtspunkten aus könnte also auch von ärztlicher Seite in überzeugender Form und ohne dabei in Konflikt mit dem ärztlichen Gewissen zu kommen, einer gesetzlichen Regelung zugestimmt werden.

Andererseits darf man es sich nicht verhehlen, daß es doch wohl zweifelhaft ist, ob hierdurch neben der Beseitigung der gutachtlichen Schwierigkeiten das Auftreten derartiger Störungen überhaupt wirklich unterbunden werden kann, weil bei ihrem Zustandekommen noch eine ganze Reihe *anderer* Faktoren mitwirkt. Neben der Lücke in der Gesetzgebung, die der Wunschvorstellung auf vorzeitige Pensionierung direkt Vorschub leistet, sind die eigentlichen Ursachen zu ihrem Zustandekommen in den verschiedensten äußeren Milieuverhältnissen zu suchen, die solche Beamten trotz ihrer Pensionierung wirtschaftlich günstiger gestellt sein lassen (z. B. Inkrafttreten einer Kriegs- oder Unfallrente zur Pension), sowie in inneren, persönlichen Momenten, vor allem der bestehenden insuffizienten psychisch-labilen Veranlagung mit abnormer hysterischer Reaktionsbereitschaft. Nicht zuletzt tragen auch die Sonderverhältnisse, die durch die Beamteneigenschaften schon an sich geschaffen werden, dazu bei, Pensionierungswünsche und -Bestre-

bungen entstehen zu lassen. Diese besonderen Verhältnisse bestehen einmal darin, daß schon die Pensionierungsberechtigung als solche mit selbstverständlichen Erwartungsvorstellungen verbunden ist, und Begehrungsvorstellungen auch auf vorzeitige Pensionierung als auf etwas Zustehendes bei psychasthenischen Persönlichkeiten Vorschub leistet, zumal die spätere Pensionierung bei Zugrundelegung der Beamtengehälter in Rechnung gezogen wird. Dazu kommt, daß wenigstens bei unteren Beamten auf nicht verantwortungsvollen Posten die Befriedigung an der Tätigkeit und auch der Arbeitsantrieb allgemein nicht so groß ist, wie in freien Berufen, zumal mangels der dort sich ganz anders auswirkenden Konkurrenz des Existenzkampfes.

Immerhin sollte aber hier die Frage aufgeworfen werden, behördliche Maßnahmen gegen derartige Pensionierungsneurosen anzuwenden, die, wie die Unfallhysterie nicht als entschädigungspflichtig gelten soll, nicht als pensionierungsberechtigt anzuerkennen wären.

Wenn so bei den Pensionierungsneurosen eine behördliche Regelung auch ärztlich zu vertreten wäre, so sind die vom Abbau betroffenen Beamten, die in großer Zahl auf ihre Entlassung und ihre Überführung in das Arbeiterverhältnis zufolge der Pensionierungsabbauverordnung mit psycho-neurotischen Störungen reagieren, anders zu beurteilen. Diese Fälle, die jetzt für den Gutachter eine wahre Crux zu werden scheinen, zeigen überhaupt ganz besonders, wie schwierig es ist, der Begutachtung solcher reaktiver Zustände bei Beamten gerecht zu werden, wie groß der Einfluß sozialer Faktoren bei ihrer Beurteilung und wie aktuell überhaupt diese Frage gegenwärtig ist.

Zunächst spielen bei den Abbauneurotikern weniger Begehrungs- als Befürchtungsvorstellungen eine ursächliche Rolle, Befürchtungen betreffs der Existenz, die durch eine Maßnahme der Behörde, den Abbau, verursacht und direkt als zum Teil sogar schweres psychisches Trauma aufzufassen und zu bewerten sind. Bedeutet es doch durchaus etwas anderes auch für die Schwere der daraus resultierenden psychischen Reaktionen, ob jemand psychoneurotische Störungen bekommt aus Begehrungsvorstellungen heraus, die ihn nur eine Verbesserung seiner wirtschaftlichen Lage, ohne dabei arbeiten zu brauchen, erstreben lassen, oder ob sie durch Befürchtungsvorstellungen auf Grund schwerer wirtschaftlicher Gefahren und zum Teil einer gefährdeten Existenz hervorgerufen werden, auf die selbst weniger labile Persönlichkeiten mit psychogenen Störungen aller Art reagieren. Dieser Faktor ist um so schwerwiegender, als es sich hier um Beamte handelt, die von jeher darauf eingestellt sind, ihre Existenz als durchaus gesichert anzusehen, und deshalb, wie auch durch die längere Tätigkeit in beamteter Stellung, dem plötzlich über sie hereinbrechenden Existenzkampf nicht im geringsten so gewachsen sind, wie von jeher im freien Berufe stehende

Menschen, zumal sie sich meist schon im Alter der Involution befinden und die Zurückversetzung in das Arbeiterverhältnis meist als entwürdigend, als eine Art Degradierung empfunden wird. Die Maßnahme des Abbaues wird daher nicht nur von den davon betroffenen Beamten als ungerechte Härte empfunden, sondern eine derartige Ansicht gar nicht selten sogar auch von *beamteten* Gutachtern zum Ausdruck gebracht. Bei den Abbauneurotikern wären die psychogenen Störungen vom ärztlichen Standpunkt aus also direkt als Folge einer behördlichen Maßnahme zu bezeichnen, letztere als eigentliche Ursache zu bewerten und die Auffassung zu vertreten, daß derartige krankhafte psychische Reaktionen am einfachsten und schnellsten mit Beseitigung des Abbaues zu beseitigen wären. Bei diesen Fällen muß es also durchaus der Behörde überlassen werden, ob sie die im Zusammenhang mit dem Abbau auftretenden psychogenen Reaktionen als so geringfügig bewerten will, daß eine Unterbrechung des Personalabbaues nicht notwendig wird, oder ob sie es mit Hinsicht auf diese unliebsamen, unerwünschten und wohl auch nicht vorausgesehenen Begleiterscheinungen vorzieht oder evtl. für rentabler hält, vom Abbau abzusehen.

Natürlich soll nicht übersehen werden, daß die Behörde beim Abbau unter einem gewissen Zwange handelt, daß also der Abbau als etwas Schicksalsmäßiges hinzustellen ist, auf das eben nur ein Teil der davon betroffenen Beamten mit psychischen Krankheitserscheinungen reagiert, bei denen dann, wie es ähnlich bei den Kriegsneurosen geschieht, die psychisch labile Veranlagung als Hauptursache anzusehen wäre. Eine derartige Auffassung dürfte bei den Abbauneurosen aber aus den eben angeführten Gründen *ärztlich* kaum zu vertreten sein.

Gewiß gehört zum Zustandekommen psychogener Reaktionen als *Conditio sine qua non* eine konstitutionelle Schwäche auf psychischem Gebiet mit leicht ansprechbarer hysterischer Reaktionsbereitschaft. Man spricht von solchen Konstitutionen meist als von minderwertigen Veranlagungen, indem man sie mehr vom sozialen resp. moralischen Standpunkt aus beurteilt, und weist es von der Hand, wenn derartige psychisch minderwertige Menschen, nur weil ihnen bestimmte psychische Mechanismen besser und leichter zur Verfügung stehen, das Ziel ihrer Begehrvorstellungen erreichen sollen, während moralisch sicher höher zu bewertende Persönlichkeiten infolge ihrer Hemmungen sich mit ihrem Schicksal abzufinden suchen und dabei oft genug benachteiligt sind. Ein solches mehr vom moralischen, resp. sozialen Standpunkt aus gefälltes Vorurteil darf jedoch die rein ärztliche Beurteilung nicht trüben, wie man ja auch Schwächezustände körperlicher Art niemals nach einer dadurch bedingten sozialen Leistungsunfähigkeit moralisch bewerten wird. Ebenso wenig ist es vom ärztlichen Standpunkt angängig, psych-

asthenisch oder psychopathisch veranlagte Menschen anders, als in dem Sinne zu beurteilen, daß sie eben nur *gesundheitlich* unterwertig sind, insofern sie dem psychisch Krankhaften näher stehen und ihre psychische Leistungsfähigkeit aus diesem Grunde geringer, ihr psychisches Gleichgewicht labiler ist. Auch ein Schwachsinniger, der der sozialen Meinung nach durchaus einen minderwertigen Menschen darstellt, darf für den Arzt nur einen *gesundheitlich* unterwertigen Menschen bedeuten, wenn anders nicht schließlich jegliche geistige Schwäche einfach als minderwertig im moralischen Sinne bezeichnet werden soll. Von dieser Auffassung bis zu der, auch psychische Krankheiten mit moralisch-sozialem Werturteil zu verbrämen und damit in etwas mittelalterliche Anschauung zurückzufallen, ist jedoch kein großer Schritt. Wohl ist die psychische Veranlagung für die Bewertung psychogener Störungen in Betracht zu ziehen und zu berücksichtigen, daß psychisch unterwertige Menschen eine größere Bereitschaft zu hysterischen Reaktionen zeigen, und zwar in dem Sinne, daß bei psychisch unterwertigen Menschen psychische Störungen auch höheren Grades *nicht* so hoch zu bewerten sind; denn es ist natürlich ein Unterschied, ob eine differenziertere Persönlichkeit mit hysterischen Erscheinungen reagiert, oder ob diese bei einer primitiveren Natur als ein viel mehr bereitliegender und ansprechbarer Mechanismus in Erscheinung treten. Eine solche Beurteilung hat jedoch ausschließlich vom ärztlichen Gesichtspunkt auszugehen, der die Begriffe psychisch gesund und psychisch krank, *gesundheitlich* vollwertig oder unterwertig zur Grundlage hat, und muß sich von sozialen resp. moralischen Werturteilen möglichst fernhalten.

Dies führt zu der Frage, ob psychoneurotische Symptome resp. psychogene Reaktionen überhaupt als etwas Krankhaftes und nicht als etwas dem Gesunden Zugehöriges anzusehen sind, eine rein ärztliche Frage, die aber ebenfalls eng mit sozialen Werturteilen verknüpft ist. Auf diese Frage soll auch deshalb noch kurz eingegangen werden, weil es den Anschein hat, daß bei ihrer Beantwortung die heutigen Strömungen soziale Motive über den rein ärztlichen Standpunkt treten lassen. In diesem Zusammenhang sei nur der von *Hauptmann* vertretene Standpunkt, es sei (ärztliche) Pflicht, den Staat vor unnützen Ausgaben zu schützen, und seine auch hiermit begründete Auffassung der moralischen Wertung der Unfallhysterie erwähnt. Auf die Gefahr derartiger Anschauungen hat ja auch *Bumke* nachdrücklich hingewiesen.

Diese Frage, ob krankhaft oder gesund, ist auch bei der traumatischen Neurose erörtert werden. Obwohl nämlich auch bei dieser die ärztlich begründete Ablehnung eines ursächlichen Zusammenhanges mit dem erlittenen Trauma für die begründete Ablehnung von Entschädigungsansprüchen seitens der Versicherungsbehörden an und für sich genügt hätte, ist man zur Erreichung des Zieles einer gesetzlichen Re-



gelung noch weiter und sicher etwas zu weit gegangen, indem man die Existenz der traumatischen Neurose überhaupt negierte. Es wäre, wie *Bumke* sagt, nicht möglich gewesen, durch Änderung der sozialen Gesetzgebung den Unfallneurotiker unmöglich zu machen, wenn man nicht vorher die traumatische Neurose „abgeschafft“ hätte. *Bumke* hat dann die Existenz von Psychoneurosen ganz allgemein in Abrede gestellt resp. sie in den nervösen Reaktionen und Konstitutionen aufgehen lassen. Das dürfte zweifellos doch etwas zu weit gegangen sein. Zumal bei den hier beschriebenen Formen psychoneurotischer Erscheinungen gleichfalls an diese Möglichkeit als den einfachsten Ausweg gedacht werden könnte, soll auf diesen durchaus prinzipiellen Punkt noch mit einigen Worten eingegangen werden.

Es ist an und für sich bemerkenswert, wie die Ansichten in betreff der Bewertung psychoneurotischer Erscheinungen auseinander gehen, wie gerade hier die extremsten Anschauungen bestehen, je nach persönlicher Wertung des zugrunde liegenden Motivs und der ganzen Einstellung des betreffenden Gutachters. Es ist ganz bezeichnend hierfür, daß auf der einen Seite nicht nur den sog. traumatischen Neurosen, sondern überhaupt den sog. Psychoneurosen — mag man sie bezeichnen, klassifizieren und auffassen wie man will — jegliche krankhafte Existenz abgesprochen wird, während auf der anderen Seite das Paradoxon besteht, daß diese Störungen in weitestem Sinne das Hauptkontingent der Tätigkeit nicht nur der Nervenärzte, sondern auch der Internisten und praktischen Ärzte bilden, und sich immer wieder zahlreiche Veröffentlichungen mit ihnen befassen. Psychoneurotische Symptome, mag man ihnen auch einen anderen Namen geben, und sie nur als eine psychische Reaktion auffassen, bleiben nichtsdestoweniger bestehen, und gerade die hier angeführten Fälle zeigen, wie sie sich unter Umständen zu direkt krankhaften Störungen steigern können, die bisweilen sogar zur völligen Arbeitsunfähigkeit führen. Ihre Beurteilung kann und muß gewiß verschieden sein, je nach dem Gesichtspunkt, unter dem sie geschieht. Zweifellos sind sie verschieden zu beurteilen, je nachdem es sich darum handelt, zu entscheiden, ob und wofür der Betreffende verantwortlich, ob er zu rechnungs- oder haftfähig, oder aber, ob er dienstfähig ist<sup>1)</sup>. Zur Beurteilung ihres Einflusses auf die Arbeits- oder Dienstfähigkeit eines Menschen sind jedoch und dürfen ausschließlich ärztliche Gesichtspunkte maßgebend sein, die lediglich Art und Grad der Störung berücksichtigen. Es ist nicht angängig, sie je nach dem zugrunde liegenden Motiv mit rein persönlichen, sozialen, moralischen oder sonstigen Werturteilen in Beziehung zu bringen. Mit rein ärztlichen Grundsätzen dürfte

---

<sup>1)</sup> Vgl. auch Diskussionsbemerkung *Baum*: Ref. d. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. Neurol.

es auch nicht vereinbar sein, den ärztlichen Standpunkt, wenn auch evtl. im Interesse der Allgemeinheit, unter Einfluß dieser andersartigen Werturteile zu beschränken oder gar aufzugeben und z. B. als Mittel zum Zweck die Existenz von krankhaften Erscheinungen einfach zu negieren.

Eine gewisse, nur etwas larvierte Existenznegierung psychoneurotischer Erscheinungen ist es schließlich auch, wenn man diese in den nervösen Reaktionen und Konstitutionen aufgehen läßt, sie nicht eigentlich als „Krankheit“ oder „krankhaft“ wertet, sondern in ihnen eben nur eine „psychologisch erklärbare“, nur „quantitativ“ von der Norm abweichende *Reaktion* sieht. Zunächst wird ja die Frage der Arbeits- resp. Dienstfähigkeit auch wieder davon kaum berührt, wie man derartige Zustände bezeichnet und für ihre Begutachtung damit also auch nichts gewonnen. Überdies ist es überhaupt zweifelhaft, ob eine solche Auffassung berechtigt ist. Es sei nur kurz darauf hingewiesen, daß man neuerdings auch von psychotischen Äußerungsformen aller Art als von Reaktionen evtl. bestimmten Reaktionstypen spricht. Um nur quantitative Abweichungen psychischen Geschehens von der Norm handelt es sich ferner selbst bei manisch-depressiven Psychosen und bei den echten Paranoiaformen (z. B. beim Querulanten), bei denen in weitgehendem Maße auch die Bedingungen psychologischer Erklärbarkeit und Einfühlbarkeit erfüllt sind, ohne daß man deshalb zögern wird, sie als etwas direkt Krankhaftes anzusprechen. Die reaktive Natur psychogener Störungen berechtigt also an und für sich nicht dazu, diesen den Charakter des Krankhaften abzusprechen.

Einer besonderen Erwähnung bedürfen endlich noch die hysterischen Störungen, da die hier beschriebenen psychoneurotischen Erscheinungen infolge der ihnen zugrunde liegenden Wunsch- resp. Willensrichtung ja größtenteils hysterische Färbung zeigen. Auch hysterischen<sup>1)</sup> Störungen kann man — wenigstens nicht schweren hysterischen Äußerungsformen — nicht ganz systematisch und prinzipiell den Charakter des Krankhaften absprechen mit der Begründung, daß sie auf Grund bestimmter Willensrichtungen resp. -inhalte zustande kommen, mithin etwas Gewolltes darstellen. Oft genug, zum mindesten bei schweren hysterischen Störungen, stellt eben diese Willensrichtung schon etwas Krankhaftes dar, handelt es sich um bereits überwertig gewordene Zielvorstellungen, um krankhafte Einstellungen und Fixierungen ähnlich wie beim Querulanten. Dies drückt sich dann oft schon in dem Mißverhältnis zwischen der relativen Geringfügigkeit des erstrebten Vorteils und der Schwere der dabei zustande gekommenen Reaktion aus, und ist ferner auch aus der Unbeeinflußbarkeit solcher

---

<sup>1)</sup> im Sinne *Bonhoeffers* resp. *Hauptmanns*.

Störungen durch den Zwang schwierigster Lebensbedingungen ersichtlich. Dazu kommt, daß eine scharfe Trennung hysterischer und andersartiger psychogener Reaktionen, z. B. der hypochondrischen, wie *Hauptmann* sie fordert, praktisch wohl deshalb kaum durchführbar ist, weil psychogene Reaktionen aller Art, dabei auch hysterische, bei ein und demselben Patienten meist nebeneinander vorkommen und sich überschneiden<sup>1)</sup>. Jede psychogene Reaktion kann wohl mehr oder weniger etwas hysterisch gefärbt sein, wie umgekehrt bei einem Hysteriker auch durchaus sogenannte „echte“ hypochondrische Beschwerden vorkommen können. Eine strenge Sonderung zwischen hysterischen und andersartigen psychogenen Reaktionen, zwischen pseudohypochondrisch und echt hypochondrisch usw., ist deshalb unmöglich oder zumindest recht subjektiv.

Auch der Umstand, daß Begehrungsvorstellungen den auslösenden Faktor für die Entstehung von psychoneurotischen Störungen bilden, ist in dieser Form nicht als Argument dagegen anzuführen, daß diese etwas Krankhaftes darstellen. Gewiß widerstrebt es dem allgemeinemenschlichen Empfinden, mit derartigen doch durchaus physiologischen Wunschvorstellungen in Zusammenhang stehende nervöse Erscheinungen als etwas Krankhaftes anzuerkennen, wie ebenso deren Abklingen nach Erreichung des erstrebten Zieles immer wieder gegen ihre Wertung als Krankheit empfunden und angeführt wird. Hier soll aber gerade betont werden, daß weder die Motivierung noch die Situationsabhängigkeit — Eigenheiten, die ja allem Psychogenen zukommen, ohne daß man diesem deswegen sonst den Charakter des Krankhaften generell abspricht — sondern ganz unabhängig hiervon die *Reaktion selbst*, zu der es dann kommt, das Wesentliche darstellt. Gerade die Art, wie diese Menschen dann reagieren, ist aber zweifellos als abnorm und zum Teil direkt als ausgesprochen krankhaft anzusehen, insofern dies in einer Form geschieht, die einen uns nosologisch anerkannten und geläufigen einheitlichen Begriff darstellt, nämlich den einer Art reflexartig ablaufenden *Primitivmechanismus*, der mit komplexen Willenshandlungen, z. B. mit Delikten krimineller psychisch Unterwertiger nicht verglichen werden kann. Natürlich kommt es letzten Endes darauf an, ob derartige Reaktionsmechanismen, ob die zugrunde liegende konstitutionelle leichte Ansprechbarkeit auf solche als etwas direkt Krankhaftes zu würdigen sind. Vom ärztlichen Standpunkt aus ist diese Frage aber wohl zweifellos zu bejahen. Liegt doch

---

<sup>1)</sup> Deshalb ist auch im vorliegenden von einer strengen Sonderung zwischen hysterischen und anderen psychogenen Reaktionen sowie überhaupt von einer ganz einheitlich durchgeführten Nomenklatur abgesehen und nur allgemein von psychoneurotischen Symptomen oder psychogenen Reaktionen gesprochen worden, zumal diese Begriffe ja überhaupt noch nicht streng voneinander abgrenzbar sind.

schon fast in der Tendenz, auf dem Umwege über Krankhaftes etwas zu erstreben, etwas Abnormes, und trägt überdies die Verarbeitung, das Überwertigwerden der Zielvorstellung durchaus krankhaftes Gepräge, das z. T. geradezu querulantenhaft paranoisch ist. Eine moralische Wertung haftet eben allem Psychischen und namentlich auch allen psychischen Funktionsstörungen an; gerade der Arzt, vor allem aber der Psychiater, ist dazu berufen, zu betonen, daß letztere etwas *gesundheitlich* nicht Vollwertiges darstellen, für das moralische Wertungen ebensowenig angängig sind, wie bei körperlichen Erkrankungen, daß ferner auch das Mitspielen von Willenstendenzen oder Motivierungen, die vom moralischen Standpunkt zu verwerfen sind, nicht die krankhafte Natur des Effektes ausschließen. Sogar Verletzungen, die sich ein Soldat mit dem Vorsatz der Selbstverstümmelung, ein Kind bei verbotenen Spielen mit Schußwaffen zufügt, bleiben trotz Verurteilung vom moralischen Standpunkt Traumen, die die betreffenden Menschen infolge des Mitsprechens der moralischen Wertung gefühlsmäßig vielleicht nicht so bemitleidenswert erscheinen lassen, sie aber für den Arzt stets zu Kranken machen<sup>1)</sup>.

Wenn so vor der drohenden Verquickung moralischer und sozialer Faktoren mit rein ärztlichen Fragen auch gewarnt wird, so soll doch andererseits nachdrücklich hervorgehoben werden, daß sichere ärztliche Erkenntnisse natürlich doch sozial nutzbar gemacht werden sollen und müssen. Bei den beschriebenen Fällen muß man sich aber als Arzt darauf beschränken, die Behörden auf die Sonderstellung derartiger Störungen und auf die Möglichkeit der Vorbeugung derartiger krankhafter Erscheinungen durch gesetzliche Maßnahmen hinzuweisen, die oben ja auch bereits erörtert worden ist.

Besonders ein Umstand trägt ferner noch dazu bei, auch leichtere psychoneurotische Erscheinungen resp. psychogene Reaktionen bei diesen Fällen der Behörde gegenüber als etwas vom gesunden psychischen Geschehen Abweichendes und damit als etwas Krankhaftes hinzustellen. Werden nämlich solche Beamte nicht als krank bezeichnet, so gibt es für die Behörde nur noch die Alternative der Gesundheit und damit für die nervösen Beschwerden die Erklärung als bewußte Vortäuschung, also Simulation, Vorliegen des Dienstvergehens, das das Disziplinarverfahren zur Folge hat. Denn sofern der Gutachter hysterische Störungen nicht als krankhaft bezeichnet, den Hysteriker also der Behörde gegenüber einem gesunden Menschen gleichsetzt, muß er ihn notgedrungen auch für verantwortlich für alle seine Handlungen, *auch* für seine hysterischen Reaktionen hinstellen, da ein ge-

---

<sup>1)</sup> Vgl. auch den Aufsatz *Hauptmanns*: „Kampf der Unfallhysterie“ und die dortige Bewertung des Mitleids.

sunder Mensch ja eben für alle seine Handlungen als verantwortlich gilt. Wie vorsichtig man aber mit der Behauptung der Simulation sein muß und letzten Endes wohl jeder bei derartigen Fällen sein wird, läßt obiges Beispiel ja erkennen. Selbst ein noch so ablehnend eingestellter Gutachter wird es hier wohl kaum verantworten wollen, zu behaupten, daß ein Hysteriker seine hysterischen Anfälle, seinen hysterischen Dämmer- oder Verwirrtheitszustand direkt simuliert, sondern zugeben, daß etwas Krankhaftes dabei zumindest mitspricht, was ihn vom Gesunden unterscheidet und ihn *für diese hysterischen Reaktionen* nicht voll verantwortlich erscheinen läßt. Auch schon um dieses Dilemma und damit etwaige Widersprüche in dem eigenen Gutachten zu vermeiden, ist es unbedingt ratsam, auch hysterische psychogene Reaktionen leichter Art als etwas Krankhaftes anzuerkennen. Es steht dem Gutachter dann trotzdem ja immer noch frei, gegebenenfalls hervorzuheben, daß eine bewußte, willensmäßige Verstärkung der Störungen (etwa im Sinne einer willkürlichen Reflexverstärkung) in dem betreffenden Falle nicht auszuschließen und diesen eine besondere Bedeutung deshalb nicht beizulegen ist.

Gewiß bilden die Neurotiker, die Hysteriker auch in dieser Beziehung Grenzfälle, die nicht unbedingt dem Krankhaften im üblichen Sinne, aber auch nicht ohne weiteres dem Gesunden zuzurechnen sind, und bei denen es sich auch niemals wird entscheiden lassen, ob und wie weit Simulation vorliegt oder mitspricht. Es wird sich wohl niemals sagen lassen, wie weit hysterische Erscheinungen etwas bewußt oder unbewußt Übertriebenes, wie weit sie rein willensmäßig oder reflexartig bedingt sind, wie weit es sich um ein Nichtkönnenwollen oder ein Nichtwollenkönnen bei ihnen handelt. Eine scharfe Grenze wird hier eben niemals zu ziehen sein, ebensowenig, wie sich bei diesen Störungen ganz allgemein festlegen läßt, wo das Gesunde aufhört und das Krankhafte anfängt. Im allgemeinen dürfte es aber eher gerechtfertigt sein, solche psychisch labilen Persönlichkeiten mit so leicht ansprechbarer hysterischer Reaktionsbereitschaft dem Normbegriff nicht so nahe rücken zu lassen und dem gesunden Menschen eine weitergehende Überlagerung resp. Beherrschung hysterischer Mechanismen einzuräumen. Aber selbst wenn zugegeben würde, daß diese Fälle ein Grenzgebiet darstellen, die vom rein ärztlichen Standpunkt vielleicht nicht allseitig befriedigend beurteilt werden können, so muß doch unbedingt daran festgehalten werden, daß für den Arzt immer der maßgebende Standpunkt wird der sein und bleiben müssen, im Zweifelsfalle eher einen Simulanten als Kranken anzusehen, als einem wirklich Kranken Unrecht zu tun, wie ja auch der Richter im Zweifelsfalle *für* den Angeklagten entscheidet.

Die Gefahr, bei dieser Auffassung namentlich leichtere psychoneurotische Erscheinungen zu überbewerten und damit die Vortäuschung

solcher zur Erreichung bestimmter Zwecke zu erleichtern, soll dabei durchaus nicht übersehen oder als gering bewertet werden. Diese Gefahr wird man aber damit praktisch so gut wie ausschließen können, daß man leichteren psychogenen Reaktionen eine wesentliche praktische Bedeutung nicht beimißt.

Überhaupt kommt es letzten Endes für die gutachtliche Beurteilung der Dienstfähigkeit ja weniger darauf an, ob und wie weit derartige Erscheinungen krankhaft oder gesund sind, als darauf, ob sie eine leichte oder schwere Affektion darstellen. Auch wenn man leichten psychoneurotischen Störungen eine krankhafte Grundlage einräumt resp. eine krankhafte Natur anerkennt, ist dem Arzt ja eine weitgehende Spielbreite für die praktische Beurteilung gegeben, indem er, wie auch bei anderen Krankheitsformen, zwischen leichten und schweren Formen der Störungen unterscheidet. Hiermit und zwar mit einer ganz groben Trennung wird man sich wohl auch vorläufig bei diesen Fällen behelfen müssen. Wie diese zu treffen ist, geht größtenteils aus dem oben angeführten Beispiel hervor. Neben der sich darbietenden Störung ist einerseits auch der auslösende Reiz, vor allem das Verhältnis resp. Mißverhältnis zwischen Reiz und Reaktion zu berücksichtigen, und zwar unter Zugrundelegung der konstitutionellen Reaktionsbereitschaft und Berücksichtigung der sonst üblichen allgemeinen Faktoren und auch des Milieus. Natürlich kann es sich dabei nur um eine grobe Schätzung handeln, doch genügt im allgemeinen auch die Aufstellung zweier Krankheitsgrade, die man ganz allgemein als leichte und schwere Form bezeichnen mag, und die nach dem Gesichtspunkt beurteilt werden müssen, daß psychoneurotische Erscheinungen in ihren leichten Formen von Praktikern und Privatärzten zweifellos meistens überschätzt werden, von mehr sozial oder theoretisch eingestellten, beamteten Gutachtern leicht zu sehr schematisiert und in ihren stärkeren Graden und schwereren Formen für die Beurteilung der Arbeits- und Dienstfähigkeit praktisch meist unterschätzt werden, was oft genug zur Korrigierung der eigenen Gutachten führt oder Widersprüche mit diesen im Gefolge hat.

Für die praktische Beurteilung und Begutachtung derartiger psychoneurotischer Symptome bei Beamten<sup>1)</sup> wird man nach obigen Ausführungen zu dem Schluß kommen, daß bei *leichten* Formen stets der Versuch zu machen ist, den Beamten seinem Dienst wieder zuzuführen,

---

<sup>1)</sup> Bei den von *Kretschmer* 1919 gegebenen Richtlinien für die Begutachtung von Kriegs- und Unfallneurotikern, die deshalb wohl auch unter anderen Gesichtspunkten aufgestellt sind, finden sich eingehendere, aber wohl zu feine und subtile Differenzierungen, als daß sie in der praktischen Begutachtung allgemeinere Anwendung finden können.

um ihn nicht in seinem Krankheitsgefühl zu bestärken, zumal bei ihrer Überbewertung die Gefahr der Erleichterung von Vortäuschung zur Erreichung bestimmter Zwecke besteht. Dabei ist aber zu bedenken und im Gutachten zum Ausdruck zu bringen, daß es, wenn das gegenwärtige Zustandsbild auch nur eine leichte Störung darstellt, welcher keine besondere Bedeutung beizulegen ist, infolge Steigerung der zugrunde liegenden Zielvorstellung bei entsprechender Veranlagung doch zu einer Fixierung und Steigerung der nervösen Beschwerden kommen kann, die unter Umständen zur völligen Dienstunfähigkeit führt. Es ist daher zugleich darauf hinzuweisen, daß bei erneuter Krankmeldung oder Verweigerung des Dienstes vor Einleitung weiterer Maßnahmen seitens der Behörde (Disziplinarverfahren!) eine Nachuntersuchung erforderlich ist.

Beamte mit *schweren* psychoneurotischen Symptomen sind wohl stets als dienstunfähig zu bezeichnen mit dem Hinweise, daß die zugrunde liegende psychische Veranlagung derartige Menschen von vornherein *ungeeignet* zu Beamten erscheinen läßt.

---