

(Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Königsberg i. Pr.  
Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Meyer[.] )

## **Invaliditätsbegutachtungen bei psychischen Veränderungen im Klimakterium.<sup>1</sup>**

Von

**Erich Jacobi,**

Assistent der Klinik.

(Eingegangen am 4. März 1929.)

Wenn ich es unternehme, aus dem großen und schwierigen, aber auch viel behandelten Gebiet der psychiatrischen Begutachtung die Invaliditätsbegutachtungen der Klimakterischen herauszugreifen und zu behandeln, so geschieht es aus zwei Gründen. Einmal beansprucht dieses Gebiet aus dem praktischen Grunde der großen Häufigkeit der Begutachtungen, andererseits aus dem wissenschaftlichen Interesse, das die psychischen Veränderungen im Klimakterium bieten, besondere Beachtung. Darin liegt auch die Hauptschwierigkeit, daß man gezwungen ist, mit unklaren Begriffen zu arbeiten. Es wird sehr viel von klimakterischen psychischen Störungen gesprochen, dabei bleibt als einzige unbestrittene Tatsache nur bestehen, daß in diesem Lebensabschnitt eine gewisse Prädisposition für psychische Störungen aller Art vorhanden ist, daß aber weder über die klassifikatorische Einordnung, noch die symptomatologische Beschaffenheit dieser Veränderungen noch über ihre Ätiologie mit Sicherheit mehr ausgesagt werden kann als der durch die Statistik erwiesene zeitliche Zusammenhang. Diese ätiologische Frage, die in dem heutigen Zusammenhang nur kurz gestreift werden kann, und die ich in meinen am 29. 10. 28 auf dem Fortbildungskursus<sup>2</sup> gehaltenen, in erster Linie referierenden Vortrag genau besprochen habe, ist überhaupt eines der wichtigsten Probleme dieser ganzen Fragenstellung. Denn immer wieder ist man von dem Gedanken nicht losgekommen, daß die mit dem Namen Klimakterium bezeichnete körperliche Veränderung, unter der wir mit *Halban* die letzte Ovulation verstehen, eine entscheidende Rolle bei der Entstehung der psychischen Veränderungen im Klimakterium spielt. Man ist sich auch im wesentlichen darüber einig,

<sup>1</sup> Nach einem am 16. 2. 29 auf der Versammlung nordostdeutscher Psychiater und Neurologen in Königsberg gehaltenen Vortrag.

<sup>2</sup> Vortrag über „klimakterische Psychosen“ auf dem Fortbildungskurs des Ärztevereins Königsberg.

*daß* sie eine Rolle spielt, nur über den Grad herrscht Unklarheit. Wenn, wie es scheint, die Lehre von der Vielgestaltigkeit der Psychosen immer mehr an Boden gewinnt, dann kann dem Klimakterium nur eine mitbestimmende, mitunter auch nur auslösende Rolle zugewiesen werden, da andere pathogenetische Faktoren von entscheidender Wichtigkeit sind. Wenn man mehr somatisch eingestellt ist und bei der Entstehung psychischer Veränderungen dem endokrinen wie dem vegetativen System eine entscheidende Bedeutung einräumt, dann liegt es nahe, die klimakterische Veränderung für die psychische Störung verantwortlich zu machen. Es läßt sich jedenfalls die Bedeutung des Klimakteriums nicht abstreiten, wenn auch diese um so geringer wird, je schwerer die psychische Veränderung ist. Da, wie oben kurz angedeutet wurde, über die Schwierigkeiten der Begutachtungen gesprochen werden soll und diese, soweit Invalidität in Frage kommt, bei Psychosen wegfallen, so kann es sich in dieser Besprechung hauptsächlich nur um die sog. psychogenen Veränderungen im Klimakterium handeln, die meines Erachtens eine besondere Beachtung beanspruchen, da die psychischen Veränderungen mit den körperlichen Hand in Hand gehen und daher an sich schon den Verdacht erwecken, daß es sich hier doch um etwas ganz anderes handelt wie bei den sonstigen psychogenen Störungen, soweit wir darunter die Reaktionen der Psyche auf äußere Reize verstehen, die sich uns in der allgemein bekannten Art zeigen. Gemeinsam haben die klimakterischen psychogenen Störungen mit den üblichen die Wunschvorstellungen und manches im Verhalten der Kranken, sie unterscheiden sich, wie wir noch bei der Besprechung der einzelnen Fälle sehen werden, meistens durch das Fehlen des demonstrativen Verhaltens, auch werden pseudodemente Züge weniger beobachtet. Wenn hier und im folgenden das Wort „psychogen“ öfter fällt, so geschieht es aus Mangel eines geeigneteren Ausdrucks, nicht etwa deswegen, weil es den hier gemeinten Begriff etwa ganz umgreift oder besonders glücklich ausdrückt. Es sind Störungen, die sicher mit demselben Recht „somatogen“ genannt werden könnten, die aber durch manche Besonderheiten den „psychogenen“ verwandt sind. Am besten wäre, von somatopsychogenen Störungen zu sprechen, da eine ausgesprochene psychophysische Wechselwirkung vorliegt, wobei es schwer zu entscheiden ist, ob die sich uns manifestierenden Veränderungen nicht dasselbe sind wie alle psychogenen Reaktionen auf — in diesem Fall somatischen — Reiz, oder ob eine direkte Schädigung des Gehirns zugleich vorliegt. Das ist um so schwerer, da fast gleichzeitig und sicher mit dem Klimakterium im Zusammenhang die Involution, d. h. nach *Kehrer* „der Zerfall des funktionierenden Hirngewebes“ beginnt. Das sind nur erst die ätiologischen Unklarheiten. Nicht weniger schwierig ist die Frage der Symptomatologie. Auch hier wurde lange darum gestritten, ob es eine spezifische klimakterische Erkrankung der Psyche gibt oder nicht, auch jetzt herrscht darüber keine Einigkeit. Im allgemeinen

werden depressive, paranoische und psychogene Veränderungen unterschieden, die einen gewissen spezifischen Charakter für diese Lebenszeit haben sollen, wenn man hier Klimakterium von der Involution nicht scharf trennt. Die schweren Formen der Psychosen kommen für uns hier nicht in Frage, da eine Invalidisierung sich von selbst versteht und diese Frage sich von der Beurteilung solcher Psychosen in anderen Lebensaltern nicht unterscheidet. Zu behandeln sind nur die psychogenen Veränderungen und die vielen Übergänge dieser sowohl nach der psychotischen, besonders der depressiven, wie nach der „normalen“ Seite hin. Die sog. „normale“ Reaktion der Frau im Klimakterium unterscheidet sich nicht wesentlich von denen, die wir hier als psychogen bezeichnen, es kann sich nur um graduelle Verschiedenheiten handeln, und bei der allgemeinen Neigung der Frau zu Melancholien in dieser Zeit ist auch die Grenze nach der psychotischen Seite fließend und nicht durch irgendwelche Symptome scharf zu trennen. Das Symptom der Hemmung, das im allgemeinen die endogene Depression von der etwas mehr lebhaften und theatralischen psychogenen Depression unterscheidet, ist hier auch nicht maßgebend, da, wie es immer wieder betont wurde, es gerade zu den Hauptcharakteristica der Involutionmelancholie gehört, daß eine zum Teil sogar sehr im Vordergrund stehende motorische Unruhe und sehr starke Angst sich zeigt, die man früher als *Melancholia agitata* bezeichnete und die auch als manisch-depressiver Mischzustand aufgefaßt wurde. Die Formel, auf die alle klimakterischen und involutiven Prozesse gebracht werden können, heißt: „Angst um ein verlorenes Leben“ (*Kant*) und jede in dieser Zeit auftretende psychische Störung zeigt sich in Traurigkeit, Selbstbeschuldigung, Selbstverkleinerung, Beeinträchtigung und übertriebener körperlicher Selbstbeobachtung, wie es sich aus dem Zerfall des Gehirns leicht erklären läßt. Daß in einer solchen Zeit depressive Einstellungen in allen Graden von den schwersten Psychosen bis zu den ans Normale grenzenden Verstimmungen und Unzufriedenheiten auftreten, liegt auf der Hand und es erhellt gleichzeitig daraus, welche Schwierigkeit die Beurteilung dieser Fälle gerade bei der Begutachtung machen muß. Und wenn man an der Unklarheit immer noch zweifeln sollte, so braucht man nur in Landesversicherungsakten die verschiedenen ärztlichen Gutachten und Atteste durchzulesen und man wird staunen über den krassen Widerspruch, der immer wieder auftaucht, wenn dieselbe Patientin kurz hintereinander für völlig erwerbsunfähig und für absolut arbeitsfähig angesehen wird. Daß hier manches Unrecht schon getan worden ist, darüber besteht kein Zweifel. Denn allgemein neigt man in den letzten Jahren bei allen Begutachtungen immer mehr dazu, alles, was nicht „nachweisbar organisch“ ist, wenn nicht eine schwere Psychose vorliegt, aber vor allem die sog. psychogenen Störungen mit „Rentenbegehrungsvorstellungen“ zu erklären und eine Rente für die Kranken abzulehnen. Was für den Kriegsneurotiker stimmt, paßt noch

lange nicht für eine Frau im Klimakterium und daß in diesem Alter eine gewisse Vorsicht geboten ist, darauf deuten schon die vielen schweren psychischen Erkrankungen, die in dieser Zeit auftreten und die Tatsache der entscheidenden körperlichen Veränderung. Inwieweit nun Unterscheidungsmöglichkeiten vorhanden sind, die uns instand setzen, Rentenbegehrungsvorstellungen, die sich den normalen klimakterischen Reaktionen bei entsprechenden Individuen hinzugesellen, von den echten psychischen Störungen zu unterscheiden, soll im folgenden an Hand von einigen selbstbeobachteten Fällen gezeigt werden.

Bevor wir zu diesen übergehen, sei es mir erlaubt, noch kurz die rechtlichen Grundlagen der Invaliditätsbegutachtung, wenn sie auch allgemein bekannt sein dürften, zu erwähnen. Nach § 15, Abs. 2 des Invalidenversicherungsgesetzes erhält Invalidenrente ohne Rücksicht auf Alter derjenige Versicherte, „dessen Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheit oder anderer Gebrechen dauernd auf weniger als ein Drittel herabgesetzt ist. Das ist dann anzunehmen, wenn er nicht imstande ist, durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit, die ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufs zugemutet werden kann, ein Drittel desjenigen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen.“ Typisch für die juristische Beurteilung ärztlicher Gutachter- und Sachverständigentätigkeit ist die im Kommentar zu diesem Paragraphen vertretene Ansicht, daß der ärztlichen Begutachtung „ein nicht zu weitgehender Einfluß eingeräumt werden darf“, „denn im allgemeinen“, heißt es dann weiter wörtlich, „findet sie ihre Begrenzung in der Feststellung des körperlichen oder geistigen Zustandes und seiner physiologischen Folgen. Sonstige ärztliche Äußerungen besonders darüber, welche Wirkung der Zustand auf die Erwerbsfähigkeit ausübt, bietet zwar wertvolle und bei inneren Krankheiten oft unentbehrliche, aber keineswegs bindende Unterlagen für die Entscheidung.“ Damit ist es ziemlich deutlich gesagt, daß das ärztliche Gutachten sich einzig allein mit der Diagnose zu befassen hat und daß alles andere wohl angeführt, aber vom Richter nicht beachtet zu werden braucht. Daß damit der Wert der Begutachtungen außerordentlich sinkt, ist klar. Ganz besonders schwierig ist es aber in unseren Fällen, in denen häufig wesentliche körperliche Veränderungen nicht vorhanden sind, bei denen gerade der Einfluß auf die Erwerbsfähigkeit von entscheidender Bedeutung ist. Ein Gutachten ist doch schließlich nicht mit einem Befundbericht identisch, es soll doch ein Urteil enthalten und in der Frage der Invalidität kann doch ein Urteil sich nur mit der Erwerbsfähigkeit befassen. So werden wir uns auch im folgenden nur mit dieser Frage zu beschäftigen haben, zumal wir ja auch bei jeder Invaliditätsbegutachtung danach gefragt werden. Eine genau nach Prozenten festgelegte Beurteilung, wie sie das Gesetz bestimmt,

und wie sie bei Erkrankungen einzelner Organe leicht möglich ist, wird bei den psychischen Störungen, die außerdem noch zwischen den schwersten Psychosen und den normalen Reaktionen hin- und herpendeln, völlig unmöglich sein, es wird auf die Frage hinauskommen, ob der Kranke arbeitsfähig ist oder nicht.

Zu den Fällen der psychogenen Störungen im Klimakterium sollen im folgenden auch noch diejenigen hinzukommen, bei denen es sich teils um Psychosen, die in dieser Zeit aufgetreten sind, und teils um Nervenleiden organischer Art handelt, bei denen die Antwort auf die Frage nach der Invalidität nicht zweifelhaft sein kann, die aber doch in diesem Zusammenhang miterwähnt werden müssen, da es sich oft um solche Kranke handelt, die erst im Klimakterium Antrag auf Invalidenrente stellten, obwohl ihr organisches Leiden zum Teil schon vorher bestanden hat, so daß daran gedacht werden muß, daß in dieser Zeit eine besondere Komponente hinzugekommen sein muß, die den Kranken das Gefühl ihrer Krankheit und ihrer Insuffizienz nahegelegt haben. Insofern gehören auch diese Fälle in den Zusammenhang mit hinein.

### **I. Psychische, nicht psychotische, Störungen im Klimakterium mit Bejahung der Invalidität.**

*Fall 1.* Marie P., 47 Jahre.

Früher gesund, in der Volksschule gut gelernt, Ehemann an Lungentuberkulose verstorben, 14 Kinder, mußte schon seit vielen Jahren mit grober Landarbeit für die große Familie sorgen.

Seit 1925 allgemeine Klagen über Schwindel, Übelkeit, Atemnot, Müdigkeit, eigentümliche Empfindungen am Körper, besonders am Unterleib, so als ob sie elektrisiert werde; es sei ihr auch so, als ob sie ein Tier im Leib habe.

Befund: Körperlich sehr kräftig, innere Organe wie Blutdruck normal, Übererregbarkeit des Nervensystems. Reflexe allgemein gesteigert, keine neurologischen Veränderungen. Psychisch: Sehr wehleidig, deutlich depressiv, weint viel, eine Fülle hypochondrischer Klagen, teils phantastischer Art, Intelligenz leidlich gut erhalten, Orientierung völlig normal. Kein demonstratives Verhalten, wenn auch eine ausgesprochene Neigung zu Klagen, die vielleicht etwas übertrieben werden, vorhanden ist.

Beurteilung: Nach den früheren Gutachten war sie bisher stets wegen ihrer „Nervenschwäche“ für erwerbsunfähig erklärt. Die sehr deutlich ausgeprägte depressiv-hypochondrische Einstellung, die zum Teil beinahe einen wahnhaften Charakter annimmt und das Seelenleben dieser Frau vollständig einnimmt, so daß kein anderer Gedanke mehr aufkommen kann, bei einer Frau, die früher immer gesund war und trotz zahlreicher Geburten allerschwerste Arbeit das ganze Leben geleistet hat, scheint es zu rechtfertigen, daß sie zur Zeit der Begutachtung für invalide im Sinne des Gesetzes erklärt werden kann, wenn auch weder ein objektiver Nachweis für ihre zahlreichen Beschwerden erbracht, noch von einer allgemeinen Körperschwäche gesprochen werden kann. Die Invalidität

erscheint wegen der psychischen Veränderung, die sich einerseits in Depression und andererseits in einer krankhaften Steigerung der Selbstbeobachtung und einer wahnhaften Auslegung verschiedener Körperempfindungen, wie sie im beginnenden Klimakterium aufzutreten pflegen, äußert, durchaus berechtigt. Allerdings kann mit einer Besserung nach Abklingen der klimakterischen Beschwerden gerechnet werden, so daß eine Nachuntersuchung empfohlen wurde. Über die Frage, ob es möglich ist, eine jahrelang gewährte Rente zu entziehen, und ob man nicht durch eine vorübergehende Rentengewährung immer neue psychogene Symptome großzieht, wird am Schluß noch näher eingegangen werden. Dieser Fall zeigt schon in typischer Weise, wie bei einer solchen Steigerung psychischer Symptome, die in vielem schon psychotischen Eindruck machen, obwohl sie im Grundcharakter nur eine graduelle Verstärkung der normalen klimakterischen Reaktion darstellen, Invalidenrente zugebilligt werden muß.

*Fall 2. Elisabeth St., 49 Jahre.*

Familiengeschichte ohne Besonderheiten, in der Volksschule schwer gelernt und nur bis zur 2. Klasse gekommen. Vielfach in Stellung gewesen, überall fleißig gearbeitet, habe sich während des Krieges bei Munitionsarbeit zu sehr angestrengt, und dann von einer 1918 durchgemachten Grippe nicht mehr ganz erholen können, zumal sie auch an Unterernährung leiden mußte. Mit einem 22 Jahre älteren invaliden Mann verheiratet; sie konnte zuletzt nicht mehr arbeiten, weil sie an Zittern im ganzen Körper, Kopfschwäche, Schlaflosigkeit, Vergeßlichkeit, erschwertem Denken, Schmerzen in den Beinen litt. Bei der letzten Untersuchung auf Invalidenrente wurde diese abgelehnt, da sie nur um 50% erwerbsvermindert angesehen wurde. Der Befund ergibt eine deutliche Veränderung im Sinne einer Erweiterung und eines systolischen Geräusches am Herzen, eine Blutdruckerhöhung von 180, Steigerung der Sehnenreflexe ohne besondere pathologische Veränderungen am Nervensystem bis auf ein allgemeines Zittern. Psychisch macht sie einen ausgesprochenen hypochondrischen Eindruck, erzählt mit größter Ausführlichkeit von ihren zahlreichen Beschwerden, spricht leise, monoton, sehr weitschweifig, ist auch bei den Intelligenzfragen sehr verlangsamt und schwerfällig. Steht intellektuell sehr tief.

Beurteilung: Der körperliche Befund am Herzen, der im Sinne einer frühzeitigen Arteriosklerose zu deuten ist, genügt allein keineswegs für eine Zubilligung der Invalidenrente. Auch hier finden wir wieder wie bei Fall 1 eine ausgesprochen hypochondrische Einstellung bei weniger deutlicher Depression, aber einer starken geistigen Schwäche, die teils angeboren ist, teils bereits im Zusammenhang mit dem ganzen, bei ihr sehr früh einsetzenden involutiven Prozeß entstanden ist. Auch hier fehlen eigentliche typische psychogen-demonstrative Züge. Es ist auch wegen der Verlangsamung und der im Anschluß an eine schwere Grippe aufgetretenen allgemeinen körperlichen und geistigen Schwäche an eine Encephalitis gedacht worden, jedoch fehlen dafür sichere Unterlagen; mit der Möglichkeit einer solchen ist aber doch zu rechnen. Die Gesamtheit der arteriosklerotischen Störungen, der allgemeinen körperlichen

und geistigen Verbrauchtheit zusammen mit den klimakterisch bedingten, für diese typischen, hypochondrischen Einstellung wurde auch in diesem Fall für eine Invalidität als ausreichend angesehen. Daß ein Teil ihrer allgemeinen Unzufriedenheit und Flucht in die Krankheit mit ihrer wenig glücklichen Ehe im Zusammenhang zu bringen ist, ist zweifellos, so daß hier auch noch andere psychogene Faktoren mitsprechen. Der von der Versicherung vorgeschlagene Behandlungsversuch wurde als zwecklos abgelehnt, da, solange die klimakterischen Veränderungen vorhanden sind, kaum eine Besserung bis zur Arbeitsfähigkeit zu erzielen sein wird, zumal ein Teil der Beschwerden durch nicht zu beeinflussende äußere Verhältnisse, zum Teil auf einen frühzeitigen involutiven Prozeß zurückzuführen ist. Invalidität erschien daher gerechtfertigt.

*Fall 3. Fr. Auguste St., 45 Jahre.*

Einklassige Schule mit leidlichem Erfolg besucht, in der Jugend eine schwere tuberkulöse Kniegelenkentzündung durchgemacht. In der Zwischenzeit immer wieder gearbeitet, galt als sehr fleißig und tüchtig, seit längerer Zeit Menopause, Menstruation immer sehr gering, oft gar nicht. Klagt seit einiger Zeit über allgemeine Schwäche, merkte plötzlich, daß es mit ihr abwärts gehe, habe immer wieder versucht zu arbeiten, konnte es aber nicht schaffen, die Schwäche im Bein, die seit der Kniegelenkentzündung bestehe, habe sie Jahre hindurch nie wesentlich gestört, jetzt sei sie so unerträglich geworden, daß sie schon deshalb nichts mehr leisten könne, sei auch ständig müde und habe Brausen im Kopf.

Befund: Körperlich sehr schwächlich, Mitralklappenfehler, allgemeine Steigerung der Reflexe, grobe Kraft im rechten Bein herabgesetzt, Umfänge rechts geringer als links, Gang unsicher. Psychisch: Orientierung gut, ebenso intellektuell leidlich gut, starke Insuffizienzgefühle, Verzagtheit, Hoffnungslosigkeit, depressiv eingestellt, keine Übertreibungen. Bringt alle Klagen schlicht, eher etwas gehemmt hervor.

Urteil: Hier handelt es sich um eine Persönlichkeit, die trotz großer körperlicher Schwäche und eines nicht unerheblichen chronischen Gelenkleidens, das schließlich zu einer Verkrüppelung führte, fast ihr ganzes Leben bisher fleißig gearbeitet hat und die nun plötzlich in der Zeit des Klimakteriums — von einem eigentlichen Klimakterium kann man bei ihrer fast dauernden Amenorrhöe nicht sprechen — völlig versagt, ohne daß eine neue Krankheit hinzugekommen ist. Es macht sich eine pessimistische Lebensauffassung bemerkbar, körperliche Leiden, mit denen sie sich längst abgefunden hat, werden plötzlich sehr wichtig und hindern sie, ohne daß eine Verschlechterung eingetreten ist, an der Ausübung ihrer Tätigkeit. Sie bietet das Bild einer Depression mit sehr starken Insuffizienzgefühlen. Zugleich wird ihr gewissermaßen zum ersten Male ihr sicher immer gleich schwacher Körper bewußt und sie zieht den Schluß, daß sie es mit diesem Körper nicht mehr leisten kann. Es ist hier interessant zu sehen, wie in der klimakterischen Zeit plötzlich die alte Willensspannung versagt und der ganze Antrieb zusammenbricht. Hier war die Frage der Invalidität um so leichter zu beurteilen, weil allein die schwache Körperkonstitution eine Arbeitsfähigkeit in ihrem Berufe als Dienst-

mädchen unmöglich zu machen scheint, was allerdings durch die Tatsache dieses arbeitsamen Lebens widerlegt wird. Die psychische Störung der Depression zusammen mit dieser körperlichen Schwäche begründet vollauf die Invalidität und läßt auch eine Nachuntersuchung unnötig erscheinen. Es ist bei der Einstellung dieser Persönlichkeit anzunehmen, daß im Falle des Abklingens der psychischen Störung, falls bis dahin der körperliche Zustand sich nicht noch mehr verschlechtern sollte, die Kranke von selbst wieder die Arbeit aufnimmt.

*Fall 4. Klara R., 49 Jahre.*

Von Haus etwas schwachsinnig, hat aber immer ganz leidlich gearbeitet, war 26 Jahre gut verheiratet. Seit dem Tode des Ehemannes vor 2 Jahren deutliche seelische Veränderung, wurde unruhig, leicht erregt, schlaflos, lief nachts unangekleidet herum, sprach vom Verhungern, stets traurig. Menopause ohne besondere Störungen überstanden.

Befund: Kräftig, innere Organe ohne Besonderheiten, neurologisch nihil. Psychisch: Jammert und schreit monoton, sagt, sie müsse ihren Sohn retten. Ist zu keiner richtigen Antwort zu bewegen. Zahlreiche depressive Gedanken, sie werde auf die Straße gesetzt werden und müsse verhungern, klammert sich ängstlich fest. Fragt dann aber plötzlich, ob sie auch Rente bekomme. Soweit überhaupt bei ihr eine Antwort herauszubekommen ist, ist sie gut orientiert, versagt bei Prüfung der Kombinations-, Urteils- und Kritikfähigkeit.

Beurteilung ist in diesem Falle recht schwierig. Ein krankhafter körperlicher Befund fehlte völlig. Es hat sich bei ihr, wenn man den Angaben des Sohnes glauben darf, im Anschluß an den Tod des Mannes eine ausgesprochene Depression mit Kleinheits- und Beeinträchtigungs-ideen entwickelt, die zu einem Zustand fast völliger Apathie und monotonen Jammerns geführt hat. Der Zustand war in der Klinik sehr wechselnd, wechselte zwischen Zeiten völliger Gleichgültigkeit und solchen von großer Angst und ausgesprochener Depression. Daneben war es typisch, daß das Jammern besonders bei der ärztlichen Visite und Untersuchung zunahm, wie auch wahrscheinlich ist, daß es in der Klinik überhaupt aufgenommen hat, da ein solcher Zustand zu Hause wohl kaum ertragen worden wäre und zu einer Anstaltsunterbringung geführt hätte. Schon diese Tatsachen deuten auf eine gewisse Neigung zu demonstrativem Verhalten hin, dazu kommt noch die Frage nach ihrer Rente, die ja vielleicht noch aus ihren Verarmungs-ideen erklärt werden könnte, aber doch ziemlich schlecht zu ihrer sonstigen Gleichgültigkeit gegenüber der Umgebung paßt. Obwohl wohl an dem Vorhandensein psychogen-reaktiver Züge — der Beginn spricht auch dafür! — nicht gezweifelt werden kann, wurde die Patientin wegen der in manchem nahe ans Psychotische grenzenden Erkrankung, die in der Involution bei einer nicht konstitutionell irgendwie veränderten Persönlichkeit sich im Anschluß an ein trauriges Erlebnis entwickelte und sich deutlich in der Zeit der Rentenbeantragung steigerte, für invalide erklärt, da die psychotischen Züge doch weitgehend überwogen.



*Fall 5. Bertha W., 46 Jahre.*

Von Jugend auf sehr schwachsinnig, hat in der Dorfschule nur sehr wenig gelernt, arbeitete aber dann auf dem Lande bis vor einem Jahr. In letzter Zeit Unwohlsein unregelmäßig. Klagt jetzt über Kreuzschmerzen. Zittern im ganzen Körper, Schwindel. Hörte plötzlich vor einem Jahr auf zu arbeiten.

Nach dem Befund ist sie im ganzen schon vorzeitig sehr gealtert, hat eine leichte Blutdruckerhöhung und paukende Herztöne, gesteigerte Sehnenreflexe, allgemeine Hypertonie der Muskulatur, eine Schwäche im linken Bein und machte psychisch einen sehr verlangsamten und schwachsinnigen Eindruck. Ist sehr stumpf, versagt völlig bei der primitivsten Intelligenzprüfung, ohne pseudodemente Züge aufzuweisen.

Die Beurteilung dieses Falles ist ziemlich einfach, es liegt ein ziemlich hochgradiger Schwachsinn vor, der sie aber früher nicht daran hinderte, als Landarbeiterin tätig zu sein. Erst seit den Wechseljahren kamen zahlreiche, durch objektiven Befund nicht nachweisbare körperliche Beschwerden hinzu, die sie veranlaßten, plötzlich ihre Arbeit einzustellen. Bis auf eine gewisse frühzeitige Alterung und ein starkes Verbrauchtsein kann man körperlich von keiner Störung sprechen, die eine Invalidenrente rechtfertigen könnte. Die hypochondrische Einstellung zusammen mit dem Schwachsinn höheren Grades und die an sich nicht bedeutende körperliche Schwäche mit geringer Blutdruckerhöhung hat uns auch in diesem Falle veranlaßt, wenigstens eine vorübergehende Invalidenrente zuzubilligen.

*Fall 6. Henriette K., 47 Jahre.*

Auch hier wieder eine ziemlich schwache Schülerin, die von Jugend auf an einer körperlichen Schwäche litt und daher ihrem Wunsch gemäß nicht näher lernen konnte. Menstruation beginnt unregelmäßig zu werden. Klagt schon seit längerer Zeit über Krampfaderbeschwerden, Luftmangel, Magenschmerzen, Leberschwellung, Brust- und Rückenschmerzen, Verstopfung, Absterben der Finger.

Seit 1917 führt sie bereits einen Rentenkampf um die Anerkennung der Invalidität. Sie erhielt auch von 1918 bis 1922 wegen „Herz- und Nervenschwäche“ Invalidenrente, die ihr dann entzogen wurde. Zuletzt brachte sie ein Attest ein, das sie wegen „psychischer Störungen“ für invalide erklärte.

Körperlich ohne Besonderheiten. Psychisch sehr empfindlich und weinerlich, läßt sich gehen, stöhnt laut, weint viel, ist stark hypochondrisch eingestellt.

In der Beurteilung dieses Falles wurde angenommen, daß durch den langen Rentenkampf bereits eine derartige Fixation ihrer Beschwerden anzunehmen ist, daß bereits von einer Veränderung ihrer Psyche gesprochen werden kann. Das ewige Hin und Her der ärztlichen Gutachten bestärkte die Patientin derart in ihren Klagen, daß sie von ihnen jetzt, wo auch noch präklimakterische Beschwerden mit ihrer an sich schon großen Neigung zu Hypochondrie hinzukamen, nicht mehr loskam. Es wurde angenommen, daß eine Aussicht auf Änderung der Einstellung bei dieser Frau sicher vorläufig, wahrscheinlich überhaupt nicht mehr zu erwarten ist, wenn auch bei einer längeren Behandlung die Aussicht auf eine gewisse Besserung besteht. Es wurde daher Frau K. unter

besonderer Berücksichtigung der klimakterischen Komponente, zur Zeit als invalide angesehen, jedoch eine Behandlung vorgeschlagen, auf die allerdings bisher die Landesversicherung nicht eingegangen ist. Es muß zugegeben werden, daß dieser Fall gewisse Schwierigkeiten in der Beurteilung bietet, daß aber doch wegen der klimakterischen Steigerung der an sich von jeher vorhandenen psychopathischen Konstitution eine Invalidenrente zu gewähren berechtigt erscheint.

*Fall 7. Lisbeth E., 43 Jahre.*

Keine Belastung, lernte in einer Mittelschule gut, war 9 Jahre im Bureau beschäftigt, mußte aber 1923 wegen allgemeiner Schwäche ihre Tätigkeit aufgeben. Lebte seitdem bei ihren Eltern, die kurz hintereinander im vorigen Jahr starben. Danach völlig „zusammengebrochen“, dauernd aufgeregt, das Gefühl der vorübergehenden Lähmung im rechten Arm, Schmerzen im Rücken, Herzstiche, Neigung zu Durchfällen, allgemeine Traurigkeit und Arbeitsunlust. Zuletzt Menstruation unregelmäßig. Wurde bei ihren früheren Anträgen bisher abgewiesen.

Es handelt sich hier um Reichsversicherungsrente, die bereits bei einer Erwerbsminderung von mehr als 50% gewährt wird.

Bis auf paukende Herztöne und eine leichte Blutdruckerhöhung kein pathologischer Befund. Neurologisch starke Erhöhung der allgemeinen Erregbarkeit, auch vasomotorisch-trophische Störungen. Psychisch: Weint sehr viel, äußerst empfindlich, traurig verstimmt, stark hypochondrisch eingestellt, bei Lösung einfacher Rechenaufgaben sehr verlangsamt.

Diese früher immer ganz arbeitsame, wenn auch etwas empfindliche und zart fühlende Persönlichkeit leidet zwar schon seit mehreren Jahren an dem Gefühl einer völligen Arbeitsunfähigkeit, ist aber erst seit dem Tod ihrer Eltern, durch den sie völlig vereinsamt ist, stark depressiv und zugleich hypochondrisch in der Zeit der ersten Störungen der Menstruation. Die ziemlich weitgehende durch die Konstitution und die klimakterische Komponente wie traurigen Erlebnisse leicht zu erklärende Depression, die in manchen Punkten der endogenen Depression ähnlich ist, in manchem wieder einen rein reaktiven Eindruck macht, berechtigt die Gewährung der Angestelltenrente. Auch hier wurde wegen der Möglichkeit einer späteren Besserung Nachuntersuchung empfohlen.

*Fall 8. Johanna R., 60 Jahre.*

In der Schule teilweise wegen schlechter wirtschaftlicher Lage, teilweise wegen eines angeborenen Schwachsinn sehr wenig gelernt. 11 Geburten. Früher keine besonderen Krankheiten. Seit mehreren Jahren keine Menstruation mehr. Fühle sich schon lange krank, klagt über Herzklopfen, Reißen, schlechtes Gedächtnis, allgemeine Traurigkeit und Schwäche.

Der Befund ergibt rigide Arterien, keine besondere Blutdruckerhöhung, Anämie geringen Grades, Arthritis deformans im Hand-, Schulter- und Hüftgelenk einer Seite. Psychisch: Stark verlangsamt und schwerfällig, macht ziemlich schwachsinnigen Eindruck, versagt bei der einfachsten Intelligenzprüfung vollkommen. Merkfähigkeit, Auffassungsgabe, Urteils- und Kombinationsfähigkeit sehr gering.

Wir kamen in diesem Fall zu dem Ergebnis, daß hier neben dem angeborenen Schwachsinn mittleren Grades, der die Frau früher nie daran hinderte, zu arbeiten, schwere involutive Hirnprozesse im Gange sind,

die im Zusammenhang mit der Veränderung der peripheren Arterien auf eine Hirnarteriosklerose deuten. Besonders die Merkschwäche muß an eine organische Aufpfropfung auf den angeborenen Schwachsinn denken lassen, abgesehen davon, daß auch hier noch Reste einer für die klimakterischen Beschwerden typischen depressiv-hypochondrischen Einstellung vorhanden sind. Die Gesamtheit der Störungen wurde als ausreichend für Invalidität angesehen.

*Fall 9. Johanne R., 49 Jahre.*

Früher eine gesunde, intelligente und tüchtige Frau, die jahrelang ein Hotel bewirtschaftete, bis sie 1920 einen Beamten heiratete, der sie mit Gonorrhöe infizierte, sich mit anderen Weibern herumtrieb und schließlich wegen Hehlerei ins Gefängnis kam. Seit dieser Zeit, in der auch die Menstruation sistierte, ist sie traurig, hat zahlreiche Leiden, klagt über Schmerzen in allen Gliedern, und allgemeine Schwäche. Die Gonorrhöe ist vollständig ausgeheilt. Patientin ist außerdem traurig, weiß nicht, wo sie bleiben soll, verzweifelt am Leben und macht sich dauernd Sorgen.

Frau R. kämpft bereits seit 1922 um die Invalidenrente, wurde vielfach behandelt und begutachtet, aber immer abgewiesen.

Die Untersuchung ergab eine überaus große Adipositas, an den inneren Organen wie am Nervensystem keine besonderen Veränderungen. Psychisch: Stark hypochondrisch, stimmungslabil, zum Aggravieren neigend. Die Grundumsatzbestimmung ergab eine nicht unwesentliche Verminderung des Stoffwechsels. Da eine endokrine Störung neben einer psychischen Veränderung im Sinne einer reaktiven Depression und klimakterischer Beschwerden angenommen wurde, ist die Patientin hier mit elektrischen Bädern, Transannon und Jod wie auch Thyreoidin behandelt worden, es konnte jedoch nach einer längeren Behandlung keine Besserung beobachtet werden.

Nach diesem Abbruch der Behandlung konnte über das Ergebnis kein Zweifel mehr bestehen, die Patientin, die nach einem erfolgreichen Leben in der Zeit des Klimakteriums durch eine unglückliche Heirat alles verliert, was sie sich mühsam erworben hat, und zugleich an einer endokrinen Störung leidet, für invalide zu erklären. Wenn man selbst berücksichtigt, daß hier neben den körperlichen Störungen ausgesprochen psychogene Veränderungen vorhanden waren, so muß man doch eine so weitgehende seelische Veränderung durch das Klimakterium annehmen, zumal auch sonst noch starke klimakterische Einflüsse körperlicher Art sich zeigen, daß ihr die Invalidenrente zuerkannt werden mußte, nachdem eine fachärztliche Behandlung erfolglos war.

*Fall 10. Marie B., 50 Jahre.*

Von Haus aus schwach, in der Dorfschule wenig gelernt, Ehe ganz gut, Mann ist auch krank, 8 Kinder.

Meint seit 3—4 Jahren krank zu sein, zuletzt Verschlechterung des Zustandes, könne nicht mehr gehen, habe Kopfschmerzen, leide an Gedächtnisschwäche, sei traurig, arbeitsunfähig, Menstruation unregelmäßig.

Befund: Körperlich kräftig, Herztöne paukend, Blutdruck 220, Reflexe gesteigert, läßt das linke Bein beim Gang nachschleifen, Sensibilität links in der ganzen Körperhälfte völlig aufgehoben. Psychisch: sehr verlangsamt und schwerfällig, kann nicht die einfachsten Rechenaufgaben lösen, weiß über ihre Personalien

sehr schlecht Bescheid. Trotz einer gewissen hypochondrischen Einstellung keine „psychogene Überlagerung“. Hier liegt eine organische Veränderung vor, nämlich die Reste einer Halbseitenlähmung, die mit der hochgradigen Hypertonie im Zusammenhang steht. Die hypochondrische Einstellung, die durch das Klimakterium mitbedingt ist, ist hier nur Nebenfund, ebenso der angeborene Schwachsinn. Die Patientin wurde wegen der verschiedenen Störungen für invalide erklärt, dann aber auf unseren Vorschlag hin behandelt und eine so weitgehende Besserung erzielt, daß später von der Gewährung einer Invalidenrente abgesehen werden konnte.

Dieser Fall, der streng genommen, nicht hierher gehört, ist nur wegen des Nebenfundes der bekannten klimakterischen Beschwerden erwähnt worden und zeigt, wie es möglich war, eine weitgehende Besserung zu erzielen. Nach der erfolgreichen Behandlung sind vor allem die psychogen-hypochondrischen Nebenerscheinungen geschwunden, so daß die Einstellung der Kranken ihrer Krankheit gegenüber eine andere wurde und sie wieder Mut zur Arbeit bekam und sich Mühe gab, selbst zu einer Besserung beizutragen.

*Fall 11.* Wilhelmine G., 56 Jahre.

Früher gesund, Ehemann kränzlich, 7 Kinder.

Seit 1914 krank, war auch vielfach in Behandlung, klagt über Schmerzen im Kopf, Schwachsichtigkeit und Schwerhörigkeit, Gedächtnisschwäche, Reißen, Unruhe, Übelkeit, Schlaflosigkeit.

Bereits 1918 Invalidenrente beantragt, wurde stets abgewiesen.

Befund: Vorzeitig gealtert, mäßige Blutdruckerhöhung, unreine Herztöne, allgemeine Übererregbarkeit des Nervensystems, Altersschwerhörigkeit. Psychisch: schwerfällig und langsam; neigt zu hypochondrischen Klagen, betont stark ihre Arbeitsunfähigkeit. Bei der körperlichen Untersuchung demonstrativ, weint und jammert ununterbrochen, zittert stark. Deutliche Verstärkung der Klagen und Beschwerden bei der ärztlichen Visite.

Beurteilung: Auch hier wieder das Zusammenwirken verschiedener Faktoren, einmal körperlich eine unzweifelhaft ziemlich frühzeitige nicht unerhebliche Arteriosklerose, daneben die durch den langen Rentenkampf und die klimakterische Komponente zu erklärende psychogen-(teilweise auch demonstrativ-) hypochondrische Einstellung. Diese verschiedenen Faktoren, besonders die organische durch Arteriosklerose bedingte Störung berechtigt in diesem Falle der schon stark verbrauchten Patientin die Invalidenrente zuzubilligen.

Wenn auch die Aussichten mindestens unsicher sind, haben wir auch in diesem Falle eine Behandlung vorgeschlagen, auf die aber bisher die Landesversicherung wahrscheinlich wegen der Unsicherheit des Erfolges nicht eingegangen ist.

*Fall 12.* Wanda G., 45 Jahre.

Aus gesunder Familie, in der Schule ganz gut gelernt, als Schneiderin jahrelang gearbeitet. In letzter Zeit, seit etwa 10 Jahren, seit den Wechseljahren, mehrfach Streit mit ihrer Umgebung, eigentümliche homosexuelle Beziehungen, sehr verstimmt und traurig, das Nachdenken fiel ihr schwer, wurde auch mitunter erregt.

Befund: Körperlich, innere Organe und Nervensystem ohne Besonderheiten. Psychisch: Neigt zu hypochondrischen Klagen und depressiven Ideen, im ganzen gut geordnet und zugänglich. Beruhigt sich auch bald wieder. Intellektuell gut.

Beurteilung: Es ist insofern hier eine gewisse Schwierigkeit bei der Begutachtung, weil über die Vorgeschichte widersprechende Angaben gemacht worden sind, die kein klares Bild entstehen lassen. Wahrscheinlich hat sie neben ihrer teils reaktiv aussehenden Depression auch Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen, die mit einer depressiv-hypochondrischen Störung zusammen auftraten, so daß der Ärger über ihre Umgebung nicht primär, sondern sekundär durch ihre krankhafte Eigenbeziehung zu erklären wäre. So wurde es auch angenommen und die Patientin wegen im Klimakterium beginnender und in der Involution sich fortsetzender psychischer Veränderungen für invalide erklärt. Aussicht auf erfolgreiche Behandlung wurde abgelehnt, da es sich wohl schon um eine schwere psychische Veränderung handelt, deren Irreparabilität wenig wahrscheinlich ist.

*Fall 13.* Ida W., 45 Jahre.

In der Schule etwas schwer gelernt, immer schwächlich, als Haushälterin gearbeitet, seit 5 Jahren nichts mehr getan. Seit 30 Jahren Klagen über Kopfschmerzen, typische Migräneanfälle. Zuletzt dazu noch innere Unruhe, traurige Verstimmung, allgemeine Unzufriedenheit, Gefühl, nichts mehr tun zu können. Zuletzt Menstruationsunregelmäßigkeiten.

Befund: Migräne, deprimiert, hypochondrisch, klagt viel, meist sehr wehleidig. Spricht leise, monoton.

Urteil: Hier liegt neben dem körperlichen Leiden, das schon seit der Jugend besteht, eine — man kann schon fast sagen — typische klimakterische Veränderung vor, wie wir sie in fast allen bisherigen Fällen beobachten und die allein wegen des hier ziemlich geringen Grades noch nicht eine Invalidität bedingt hätte. Da aber die Migräne in dieser Zeit mit der starken hypochondrischen Einstellung und der gesteigerten Selbstbeobachtung unter dem Gesichtswinkel der Insuffizienzgefühle sich unwillkürlich steigert und mehr als je im Leben die Kranke an einer Tätigkeit hindert, schien auch in diesem Falle eine Invalidisierung durchaus gerechtfertigt. Wegen der Aussicht auf Besserung wurde Nachuntersuchung empfohlen.

*Fall 14.* Wilhelmine N., 51 Jahre.

Aus der Vorgeschichte nichts Besonderes. Ehemann starb an Schwindsucht, 6 gesunde Kinder. Am 24. 2. 28 Unfall, fiel von einer Leiter, keine Bewußtseinsstörung, danach Schwindel und dauernde Kopfschmerzen. Unfall- und Invalidenrente beantragt. Klagen in erster Linie über Kopfschmerzen, daneben auch Traurigkeit, Müdigkeit, allgemeine Unlust. Betont besonders, daß sie jedes Vertrauen zu sich verloren habe.

Befund: Reste des Unfalls nirgends nachweisbar. Stark gealtert, Herztöne unrein. Blutdruck 130/100. Neurologisch nihil. Psychisch: Ruhig und geordnet, ohne jede Aggravation, Rechnen und Merkfähigkeit sehr erschwert und verlangsam, mitunter depressiv. Nicht hypochondrisch.

Urteil: Abgesehen von dem Unfall, der nicht hierher gehört und dessen Folgen im wesentlichen überwunden sein dürften, liegt hier eine beginnende Arteriosklerose vor, die sich in den Veränderungen am Herzen und in der psychischen Störung deutlich bemerkbar macht. Diese allgemeine involutive Veränderung veranlaßte uns in diesem Falle die Patientin für invalide zu erklären. Nachuntersuchung wie Heilbehandlung wurden als zwecklos abgelehnt.

Die bisher besprochenen Fälle zeichnen sich durch eine gemeinsame depressiv-hypochondrische Veränderung aus, die zum Teil bis ans Psychotische grenzt, zum Teil neben anderen, an sich nicht sehr schweren körperlichen Störungen auftritt, die gemeinsam die Erwerbsfähigkeit doch ganz wesentlich herabsetzen. Daß wir in diesen Fällen die Invalidität anerkannt haben — übrigens meist in Übereinstimmung mit dem Vorgutachter —, entspringt aus der Erfahrung, daß in solchen Fällen die beiden Wege, die beschritten werden könnten bei Nichtinvalidisierung, die glatte Ablehnung oder das Heilverfahren, zu keinem positiven Erfolg geführt haben. Wenn die Depression in der klimakterischen Zeit bei einer konstitutionell depressiven oder bei einer bis dahin völlig gesunden, zu keinen psychogenen Reaktionen neigenden Frau auftritt und wenn in der Form dieser Depression dieser immer wieder beobachtete Mischzustand zwischen psychogener und reaktiver aus einem Wunsch entsprungenen psychischen Veränderung und der endogenen Depression sich zeigt, dann ist mindestens größte Vorsicht in der Beurteilung notwendig. Man muß dann schon verlangen, daß ohne mehrtätige klinische Beobachtung ein solcher Rentenanspruch nicht abschlägig beschieden wird. Wenn zu einer ans Psychotische grenzenden Veränderung auch noch andere körperliche oder psychische Störungen anderer Art hinzukommen, die sowohl im bisherigen Leben keinen Eindruck gemacht haben als auch allein niemals für eine Invalidisierung genügen würden, dann dürfte an der Zubilligung der Rente nicht mehr zu zweifeln sein. Eine Ablehnung würde eine rigorose Verkennung der Situation und doch sehr bedenkliche Unterschätzung der zum Teil wenigstens organisch zu erklärenden Beschwerden bedeuten. Gerade diese Fälle wiederholen sich oft — auch hier sind einige Beispiele genannt worden —, in denen ein körperliches Leiden mit großer Geduld getragen wird und die manchmal recht schwere Lohnarbeit trotz mancher Opfer ausgeführt wird, bis dann die eigentümliche lebensverneinende Einstellung der klimakterischen Zeit kommt und die Kranken plötzlich versagen. Die Krankheit, die bis dahin im Leben der Kranken eine untergeordnete Rolle gespielt hat, an die sie möglichst wenig dachten und von der sie nie sprachen, wird plötzlich von entscheidender Bedeutung, entsteht gewissermaßen neu, oder scheint sich zu verschlechtern, obwohl nichts davon stimmt, es handelt sich oft um Endzustände eines alten Leidens, die sich überhaupt nicht mehr ändern (z. B. das Knieleiden von Fall 3!). Die Spannkraft

ist gebrochen, die Selbstbeschäftigung und Selbstbeobachtung besonders auf körperlichem Gebiet zwingt die Kranken dazu, sich auch mit diesem längst aus dem Gesichtskreis verschwundenen Leiden zu beschäftigen. Dazu kommt noch die depressive Einstellung, die pessimistische Lebensauffassung, die auch plötzlich aufgetreten ist, ferner das Insuffizienzgefühl, sodaß schließlich daraus dieser oft geschilderte Zustand resultiert, daß die Kranken plötzlich die Arbeit hinlegen und Invalidenrente beantragen. Etwas anderes ist es bei denen, die zugleich wirkliche körperliche Veränderungen im Sinne der Arteriosklerose oder ähnlicher Altersprozesse durchzumachen haben, bei denen also die Klagen eine reale Grundlage haben. Hier werden diese sonst vielleicht leichter zu überwindenden Beschwerden besonders beachtet und in dem allgemein depressiven Sinne verarbeitet. Die klimakterischen und involutiven Prozesse gehen oft ineinander über, beide sind dadurch ähnlich, daß sie eine bestimmte seelische Veränderung hervorrufen und daß sie eine Fülle allgemeiner körperlicher Beschwerden veranlassen, die die hypochondrisch-depressive Einstellung dauernd bestärken. Es ist hier also eine deutliche Wechselwirkung zu beobachten, die seelische Einstellung entsteht einerseits aus der körperlichen Umstellung, ist vielleicht auch der Ausdruck einer geistigen Umstellung dieser Zeit, sie bewirkt eine besondere Beachtung an sich unbedeutender Beschwerden, und wird durch die tatsächlich vorhandenen mit Klimax oder Involution zusammenhängenden körperlichen Veränderungen immer noch genährt. Daß eine solche Zeit schon beim „Normalen“, wenn wir hierunter den verstehen, der somatogenen und psychogenen Einflüssen gegenüber fester gewappnet ist, einen großen Eindruck macht, ist naheliegend, daß sie aber bei geistig und körperlich Schwachen sehr eindrucksvoll ist und den letzten Widerstand durchbricht, darüber besteht kein Zweifel. Es ist Aufgabe des Gutachters, zu unterscheiden, wo die Grenze zwischen einer normalen Reaktion und pathologisch gesteigerter Veränderung liegt. Daß diese Grenze zu finden ungeheuer schwierig ist, wird auch noch weiter unten bei den Fällen, wo die Invalidenrente abgelehnt wurde, behandelt werden. Im allgemeinen kann schon jetzt gesagt werden, daß wir in allen Fällen, wo neben den klimakterischen Beschwerden üblicher Art sich angeborene oder erworbene psychische oder körperliche Krankheiten finden, die durch die klimakterischen Beschwerden gesteigert werden, die Invalidenrente zugebilligt haben. Am schwierigsten ist die Frage, wenn als einziger Faktor noch ein angeborener Schwachsinn hinzukommt. Hier haben wir allein den Grad des Schwachsins als maßgebend angesehen. Bei hochgradigem Schwachsinn, der von jeher eine normale Erwerbsfähigkeit fast unmöglich machte, jedenfalls sehr einschränkte, wurde Invalidenrente anerkannt. Es wäre sehr wertvoll, wenn auch von anderer Seite Äußerungen gerade über diesen Teil der Frage veröffentlicht werden würden, da wir dabei kein scharfes Kriterium für die Frage der Invalidisierung aufstellen konnten.

Sowohl bei den bisher genannten Fällen von Bejahung wie bei den Fällen von Verneinung ist angeborener Schwachsinn vorhanden.

Zusammenfassend muß gesagt werden, daß Invalidenrente bei Klimakterischen immer dann anzuerkennen ist, wenn sich eine krankhafte Steigerung der normalen klimakterischen Beschwerden einstellt, die entweder ans Psychotische grenzt oder die Klimax neben körperlichen, organisch bedingten, an sich noch keine Invalidenrente bewirkenden Veränderungen auftritt.

Die Frage der Heilbehandlung wird später zusammenfassend besprochen werden.

Was die Nachuntersuchung angeht, so wird eine solche in allen Fällen reiner klimakterischer Beschwerden dringend notwendig sein. Die Invalidenrente ist bei den klimakterischen Beschwerden nur als vorübergehend anzusehen. Bei schwereren involutiven Prozessen ist eine Aussicht auf Besserung kaum vorhanden, daher eine Nachuntersuchung überflüssig.

## **II. Klimakterische Beschwerden mit Verneinung der Invalidität.**

*Fall 1.* Bertha B., 51 Jahre.

Hat in der Landschule mäßig gelernt, mußte von frühester Jugend an auf dem Lande arbeiten. Ehemann ist invalide, auf einer Seite gelähmt. Klagt schon seit ihrem 21. Lebensjahre über zahlreiche Beschwerden, war viel magenkrank, hatte Gelenkrheumatismus, angebliche „Nervenlähmungen“ der rechten Hand, die immer wieder vorübergehen. Seit 2 Jahren könne sie nichts mehr tun, selbst die Wirtschaft könne sie nicht mehr versorgen, weil sie überall Schmerzen habe und ihr Gedächtnis schwach geworden sei.

Um Invalidenrente klagt sie bereits seit 26 Jahren, wurde bisher stets abgewiesen, allerdings mehrfach Heilverfahren bewilligt. Es folgten Jahr für Jahr Anträge, stets wurden „neurasthenische Beschwerden“ gefunden und wegen des „Fehlens einer organischen Grundlage“ die Invalidität abgelehnt.

Hiesiger Befund: Im allgemeinen kräftig, innere Organe ohne pathologischen Befund, neurologisch bis auf starken Dermographismus und das Fehlen der Rachenreflexe ohne Besonderheiten. Psychisch: Ausgesprochen demonstrativ, läßt sich während der Untersuchung fallen, klagt ununterbrochen, besonders nach einer Lumbalpunktion deutlich aggravierend.

Urteil: Wenn auch hier klimakterische Beschwerden zu den alten hinzukommen, so handelt es sich doch um eine schon seit Jahren bestehende aus dem Wunsch nach Invalidenrente entsprungene psychogene Störung, der jede organische Grundlage fehlt und von der man auch nicht einmal sagen kann, daß eine wesentliche Verschlechterung in der klimakterischen Zeit aufgetreten ist. So wie wir sie hier vor uns sahen mit ihrem Klagen und sehr ausgesprochen demonstrativ-aggravierendem Verhalten, so ist sie schon seit über 25 Jahren, nur die Tatsache, daß sie sich gerade im Klimakterium befindet, bewegt uns, von solchen Beschwerden nebenbei zu sprechen. Es mag auch sein, daß sie wegen der hinzukommenden etwas depressiven „klimakterischen“ Einstellung in letzter Zeit sich noch erheblich verschlechtert hat — in praktischer Beziehung, indem sie nicht mehr die einfachste Arbeit ausführt, auch hängt es wohl mit dieser



depressiven Komponente zusammen, daß sie zum erstenmal von nervenfachärztlicher Seite begutachtet wurde, während früher immer Allgemeinkrankenhäuser oder Allgemeinpraktiker ihr Gutachten abzugeben hatten. Jedoch reicht weder die seelische Einstellung — in Frage käme ja nur die klimakterische Komponente — noch die ganz unbedeutenden körperlichen Veränderungen wie Krampfadern . . . dazu aus, sie für invalide zu erklären. Besonders das demonstrativ-theatralisch-psychogene Verhalten und der lange Rentenkampf, der einen großen Teil der Schuld an ihrer Einstellung trägt, veranlaßte uns, von einer Invalidisierung abzusehen.

*Fall 2. Frl. Maria F., 39 Jahre.*

Hat in der Schule sehr mäßig gelernt, ist nur bis zur 2. Abteilung einer zweiklassigen Dorfschule gekommen. Hat als Dienstmädchen auf dem Lande gearbeitet und öfter die Stellen gewechselt. Seit einem Jahre könne sie wegen Herz- und Nervenschmerzen nicht mehr arbeiten, die Beschwerden lassen sofort nach, wenn sie nicht arbeite. War schon mehrfach deswegen in Behandlung. Der Vorgutachter erklärte sie wegen „Hypochondrie und geistiger Minderwertigkeit“ für erwerbsunfähig.

Befund: Verschiedene Degenerationszeichen, systolische Unreinheit über der Herzspitze, neurologisch nihil. Psychisch: Gut orientiert, sehr geringe Schulkenntnisse, Gedächtnis und Merkfähigkeit schwach, Urteils- und Kombinationsfähigkeit mäßig. Außerdem deutliche Neigung zu Übertreibungen und hypochondrischen Klagen, wiederholt immer wieder, sie könne nicht arbeiten.

Urteil: Diese von Haus aus schwachsinnige Patientin versagt plötzlich während des Klimakteriums, während sie bis dahin noch leidlich ihren Beruf ausfüllen konnte. Die klimakterischen Beschwerden sind in diesem Falle nur sehr gering, bestehen eigentlich nur in der hypochondrischen Einstellung und gesteigerten Insuffizienzgefühlen, im Vordergrund steht der Schwachsinn mittleren Grades, der sie bisher nie an der Arbeit gehindert hat. Wenn auch dieser Fall in vieler Beziehung ähnlich manchen unter I. genannten ist, so unterscheidet er sich doch graduell von diesen und durch das einfach-primitive Begehren nach einer Rente, das sehr deutlich betont wird. Invalidität wurde abgelehnt, jedoch ein Heilverfahren zur Behandlung der — hier wirklich größtenteils psychogenen — Beschwerden empfohlen. Weder Schwachsinn noch klimakterische Störungen sind so groß, daß Invalidität vorliegt.

*Fall 3. Euphrosine M., 53 Jahre.*

Aus der Vorgeschichte nichts von wesentlicher Bedeutung, war früher gesund, hat viel arbeiten müssen, da ihr Mann früh starb.

Seit 1918 kämpft sie um die Invalidenrente, litt an einer Lungenkrankheit und stark blutenden Hämorrhoiden, sei jetzt immer müde, habe überall Schmerzen, allgemeine Schwäche, einen „Kloß im Hals“, sehr schlechtes Gedächtnis. Bisher wurde sie stets abgewiesen, auch vor höheren Instanzen, an die sie sich gewandt hatte.

Befund: Körperlich sehr kräftig, Lungen ergeben auch röntgenologisch keine Veränderungen, Blutdruck erhöht, neurologisch nihil. Psychisch: Sehr demonstrativ, aggraviert deutlich, läßt sich bei der Untersuchung gehen, stöhnt laut, wiederholt auch immer wieder, daß sie nicht arbeiten könne. Intellektuell gut.

Urteil: Bei dem Fehlen einer organischen Grundlage ihrer mit großer Bestimmtheit betonten verschiedenen schweren körperlichen Krankheiten überwiegen die — vielleicht darf man hier einmal den Ausdruck benutzen — rentensüchtigen und psychogenen Störungen. Es muß auch hier wieder zur Entschuldigung auf den langen durch die Gesetzgebung möglichen Rentenkampf hingewiesen werden, der Rentenbegehrungsvorstellungen immer wieder erzeugen muß und bei einer psychopathischen Persönlichkeit — um eine solche handelt es sich hier zweifellos — psychogene Klagen hervorruft oder mindestens bestärkt. Die Möglichkeit, Jahr für Jahr einen Antrag ohne nachweisbare Verschlechterung zu stellen und jedesmal nicht nur einmal, sondern vielfach untersucht zu werden, meist auch noch mit verschiedenem Ergebnis muß schon in jedem Menschen die Hoffnung auf Rente erwecken, wieviel mehr noch bei einer Psychopathin. Die durch das Klimakterium bedingten Beschwerden sind hier ganz untergeordnet, eine Invalidenrente kommt nicht in Frage. Jedoch wurde auch in diesem Falle allgemeine Behandlung, besonders auch wegen der Blutdruckerhöhung empfohlen.

*Fall 4. Martha W., 40 Jahre.*

Früher stets gesund, normale Entwicklung, fleißig gearbeitet, Menstruation noch regelmäßig, aber beginnende Störungen dabei. Krank ist Patientin seit einer Grippe vor einem Jahr, habe das Gefühl, als ob sie erwürgt werde, seit einem halben Jahr nicht gearbeitet, nicht einmal die eigene Wirtschaft mehr besorgt. Fühle sich zu schwach und könne die Arme nicht heben. Wurde wegen „Neurasthenie und Hypochondrie“ von einem Krankenhaus in der Provinz für 100% erwerbsunfähig erklärt.

Befund: Leidlich kräftig, innere Organe und neurologisch ohne Besonderheiten. Psychisch: Leicht demonstrativ, sehr wehleidig und empfindlich, stöhnt laut, wenn sie sich beobachtet glaubt, eigentümliche hypochondrische Klagen. Intellektuell gut.

Urteil: Das Zusammentreffen der beginnenden Klimaxbeschwerden bei einer von jeher etwas empfindlichen Persönlichkeit mit einer schweren Grippe, von der sie sich schlecht erholte, hat uns veranlaßt, die Patientin zwar nicht für invalide zu erklären, aber eine Heilbehandlung in der hiesigen Klinik vorzuschlagen, die auch durchgeführt wurde und die Patientin im ganzen erheblich stärkte, wenn sie selbst auch bei ihren hypochondrischen Klagen blieb und weiter erklärte, daß sie nicht arbeiten könne, obwohl sie selbst zugab, daß eine Besserung des Allgemeinbefindens eingetreten sei. Hier sind drei Faktoren zusammengekommen, eine psychopathische Anlage, die schwere Grippe und das beginnende Klimakterium. Das Zugeben einer wenn auch nur geringen Besserung beweist aber doch, daß der Wille wieder gestärkt worden ist, so daß eine Invalidenrente überflüssig wurde, da die Hoffnung besteht, daß die Patientin wieder zu arbeiten anfängt.

*Fall 5. Karoline N., 56 Jahre.*

In der Dorfschule aus wirtschaftlichen Gründen wenig gelernt — mußte viel arbeiten und betteln. Ehemann an Nierenleiden früh verloren, viel auf dem

Lande gearbeitet. Menopause seit einigen Jahren, seitdem zahlreiche sich dauernd steigende Beschwerden, überall Schmerzen, besonders im Kopf und Genick; konnte zuletzt angeblich nichts mehr tun, war mehrfach in Behandlung, jedoch immer ohne Erfolg.

Invalidenrente wurde nach den bisherigen ärztlichen Gutachten stets abgelehnt.

Befund ergibt einen allgemein guten Ernährungszustand, Blutdruck leicht, aber dem Alter entsprechend erhöht. Neurologisch starke Steigerung der Sehnenreflexe, deutlicher Dermographismus, Zeichen einer Ischias im linken Bein. Psychisch macht sie einen schwachsinnigen Eindruck, die Schulkenntnisse sind sehr gering, aber die Urteilsfähigkeit, soweit diese durch ganz primitive Fragen untersucht wurde, ist leidlich gut. Patientin ist deutlich demonstrativ in ihrem Verhalten, übertreibt, ist stark hypochondrisch eingestellt.

Urteil: Da das einzige nachweisbare Pathologische die geringe Ischias ist und die hypochondrischen Klagen und Übertreibungen zusammen mit dem demonstrativen Gebaren einen ausgesprochenen psychogenen Eindruck machen, keineswegs den schweren klimakterischen Veränderungen ähneln, mußte Invalidität abgelehnt werden. Die Gesamtheit der Klagen geht über das „normale“ Maß in dieser Zeit kaum hinaus und ist nur noch durch die Tatsache des Versichertseins und der Möglichkeit, eine Rente zu erhalten, zu erklären. Auch schien eine klinische Behandlung nicht angezeigt.

*Fall 6.* Luise Sch., 51 Jahre.

Früher stets gesund, wenn auch etwas wehleidig. Ehe war gut, Mann 1915 gefallen. Seitdem zu Traurigkeiten neigend, aufgetreten zugleich mit den Wechseljahren. Habe nach dem Tode des Mannes an Selbstmord gedacht. Verschlechterung nach einer Grippe 1920, hatte damals längere Behandlung und wurde dann wieder besser. Zuletzt viel Ärger, wurde wegen Beleidigung angezeigt, aber freigesprochen. Dadurch ängstlich, sehe „schwarze Menschen“, fürchte, man tue ihr Gift ins Essen, hörte eine Stimme, die ihr sagte, sie solle sich den Hals durchschneiden. Zuletzt Schwindel, Vergesslichkeit, mache alles verkehrt, könne ihre Näharbeiten, mit denen sie sich ihr Brot verdiene, nicht ausführen. Sei jetzt kurz vor der hiesigen Untersuchung wieder angezeigt worden, weil sie über ihr Einkommen falsche Angaben gemacht habe.

Frau Sch. hat, nachdem ihr Rentenanspruch auf Grund eines Gutachtens, nach dem sie an „erheblicher Willens- und Nervenschwäche mit negativem Befund“ leide, abgelehnt worden war, Berufung beim Obergesundheitsamt eingelegt und fiel beim Termin dadurch auf, daß sie die einfachsten Fragen aus ihrem Leben nicht zu beantworten imstande war, aber über die Rentenangelegenheiten recht gut Bescheid wußte.

Befund: Allgemeinbefinden gut, innere Organe ohne Besonderheiten, neurologisch starke Steigerung der Sehnenreflexe, psychogener Romberg, der bei Ablenkung verschwindet, ebenso stark psychogenes grobes Vorbeizeigen beim Finger-Nasenversuch. Allgemeine Hyperästhesie mit einzelnen kreisförmigen anästhetischen Zonen.

Psychisch ähnlich wie beim Gerichtstermin stark demonstrativ, weint viel, bei der Intelligenzprüfung kann sie nur zögernd einfache Daten aus ihrem Leben angeben, weiß nicht genau, wann sie geboren ist, wann sie geheiratet hat, versagt auch bei Fragen der einfachsten zeitlichen und örtlichen Orientierung, bei Rechenaufgaben deutliches Vorbeireden. Ist aber besonders über ihre Krankheit wie über ihre verschiedenen gerichtlichen Streitsachen sehr gut orientiert.

Urteil: Diese Patientin, die am Ende des Klimakteriums mit einer solchen ausgesprochen psychogenen Art reagiert, daß es zu pseudodementen Zügen kommt und daß sie auch Anklänge paranoider-querulatorischer Art hat, ist zwar sicher psychisch schwer verändert, jedoch muß auch hier die Invalidenrente versagt werden, da sie erfahrungsgemäß derartigen, zu psychogenen Reaktionen neigenden Kranken mehr schadet als nützt, abgesehen davon, daß dieser Invalidenrentenantrag, sowie der Aufenthalt in der hiesigen Klinik nur dazu benutzt wird, um in dem schwebenden Strafverfahren, in dem sie auch ärztlicherseits begutachtet werden soll, in einem möglichst guten und durch die Krankheit entschuldigenden Lichte dazustehen. In diesem Falle ist doppelte Vorsicht geboten und wenn sie erst wegen psychischer Störungen invalidisiert werden würde, wäre auch leicht in ihr der Gedanke erweckt, daß sie wegen derselben Störung auch exculpiert werden muß. Daß das in diesem Falle nicht in Frage kommt, erhellt schon aus dieser kurzen Schilderung. Aber selbst unter Weglassung dieser Frage, ob ein Strafverfahren schwebt oder nicht, erscheint allein aus diesem demonstrativen Verhalten heraus eine Invalidisierung, die doch eine sehr erhebliche Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit voraussetzt, nicht in Frage zu kommen. Endgültige Ablehnung der Rente und schnelle Erledigung des Strafverfahrens wird auch in diesem Falle am schnellsten zum Ziele führen und die psychogene Reaktion abklingen lassen.

*Fall 7. Luise M., 44 Jahre.*

Familienanamnese ohne Besonderheiten. Das Lernen ist ihr in der Mittelschule schwer gefallen, sie hat sie aber vollkommen absolviert. War jahrelang im Bureau tätig und schließlich Stadtassistentin. Seit 1913 in verschiedenen Abschnitten krank, hatte Kopf- und Herzschmerzen, machte mehrere Kuren, wurde 1924 wegen ihres „Nervenleidens“ pensioniert. Konnte nie richtig lustig sein, war immer etwas ängstlich, stets für sich, fand nirgends Ruhe und Befriedigung. In letzter Zeit seit dem Beginn der Unregelmäßigkeiten in der Periode deutliche Verschlechterung, besonders der Stimmung. Habe dauernd das Gefühl, als ob das Herz zerreiße, der Kopf schmerze so, als ob er „in Zement eingegossen“ sei.

1924 wurde sie nach kreisärztlichem Attest wegen „hystero-neurasthenischer Beschwerden mit depressiven Angstzuständen“ für erwerbsunfähig erklärt und erhielt bisher Angestelltenrente. Da sie in letzter Zeit bei einem Rechtsanwalt Schreibarbeiten machte, wurde die Rente entzogen.

Befund: Asthenisch, vereinzelte Extrasystolen, Blutdruck 135, neurologisch gesteigerte Reflexe, starker Dermographismus.

Psychisch: Weint viel, spricht leise, monoton, jammert und klagt; zahlreiche hypochondrische Ideen mit depressiver Färbung.

Urteil: Frl. M., die von jeher schwach und zu depressiver Einstellung neigte, hat viele Jahre hindurch ihren Beruf gut ausgeführt, bis sie von 1913 an an verschiedenen Krankheiten zu leiden begann, die aber wahrscheinlich auch der organischen Grundlage entbehrten. Sie hat erst 1924 — allerdings ziemlich jung — ihren Beruf ganz aufgegeben und sich pensionieren lassen und erhielt dann auch Angestelltenrente, die jetzt aufhörte, weil sie wieder zu arbeiten begann. Das Bild, das sie hier bot,

war ein ausgesprochen psychogen-demonstratives mit hypochondrisch-depressiver Einstellung ohne organische Veränderungen irgendwelcher Art. Die Wechseljahre spielen bei ihr bisher nur eine untergeordnete Rolle, ihre psychopathische Konstitution ist immer die gleiche geblieben und zu psychogenen Reaktionen hat sie wohl schon seit mehr als 15 Jahren geneigt. Aus diesem Grunde und weil die Kranke zuletzt auch zu einer Arbeit durchaus fähig war, haben wir die Zubilligung einer Rente verneint. Damit begnügte sie sich nicht, beschwerte sich wegen der Ablehnung ihres Rentenanspruches, unterstützt durch einen Nervenfacharzt, bei der Reichsversicherung, wir äußerten uns in einem Nachgutachten in demselben Sinne, daß sie zwar erwerbsbeschränkt, aber nicht als berufsunfähig im Sinne des Angestelltenversicherungsgesetzes anzusehen ist, wenn auch die dauernden Atteste sie immer mehr in ihrem Krankheitsgefühl unterstützen, anstatt durch Ablehnung sie zur Arbeit zurückzuführen. Wegen der zum Teil nicht unerheblichen psychischen Veränderungen und wegen der Möglichkeit einer Verschlechterung durch Steigerung der klimakteriellen Beschwerden wurde eine Nachuntersuchung in frühestens einem Jahr empfohlen, so daß diese Rentenentscheidung als eine versuchsweise aufzufassen ist.

*Fall 8. Dorothea M., 40 Jahre.*

Frau M., die aus gesunder Familie stammt und früher immer gesund war, leidet seit 2 Jahren an oft auftretenden Schmerzen in einer Seite, die sich erstmalig nach einem Anfall zeigten, der eine Stunde dauerte und nach einer schweren seelischen Erregung auftrat. Da die Beschwerden ständig zunahmen, hielt sie sich schließlich für arbeitsunfähig und beantragte Invalidenrente, wurde in unserer Klinik im vorigen Jahre auf Veranlassung der Landesversicherung mit gutem Erfolg behandelt. Die Patientin, die damals wie auch bei der zweiten Beobachtung jetzt, über viele Schmerzen und Beschwerden klagte, denen die objektive Grundlage mangelte, besserte sich wesentlich nach einer allgemeinen Psychotherapie und konnte als arbeitsfähig entlassen werden. Aber kaum bekam sie den ablehnenden Bescheid auf ihren Rentenanspruch, so stellte sie erneuten Antrag und wandte sich ans Obergesundheitsamt. Bei der zweiten hiesigen Behandlung kam zu den früheren Klagen noch eine starke depressive Einstellung hinzu, ferner zeigte es sich wieder im Laufe der Beobachtung, daß Neigungen zu Übertreibungen und Rentenbegehrungsvorstellungen eine ebenso große Rolle spielten wie die depressive Verstimmung und die Depression aus ihrer psychopathischen Konstitution zum Teil entstanden ist. Hinzu kommt allerdings noch das beginnende Klimakterium. Die seelisch ergreifenden Erlebnisse vor 2 Jahren haben sich in diese Krankheit mit Willenlosigkeit, dem Gefühl eigener Unfähigkeit, traurigen Gedanken, allgemeiner Wehleidigkeit hineingedrängt, Erlebnisse, wie sie von nicht konstitutionell psychisch schwachen Menschen leichter überwunden werden.

Diese typische psychogene Reaktion zusammen mit dem Wunsch nach Rente, und dem durch das beginnende Klimakterium zu erklärenden depressiven Stimmungsbild mit zahlreichen hypochondrischen Vorstellungen machte eine Behandlung unbedingt erforderlich, zumal bei der ersten Behandlung bei uns die klimakterogene Seite noch nicht so im Vordergrund stand wie jetzt und die Patientin mehr allgemein klagte, aber noch nicht ihre Erlebnisse mit Einzelheiten berichtete, so daß eine wirksame und auf die Fragen eingehende Psychotherapie jetzt Aussicht auf Erfolg versprach. Dementsprechend wurde der Mittelweg zwischen Ablehnung

und Gewährung gewählt und die Patientin auf Veranlassung der Landesversicherung hier behandelt. Die zweite Behandlung innerhalb kurzer Zeit an demselben Ort ist ja an sich wenig günstig und könnte leicht den Eindruck erwecken, als ob sie sich jedes Jahr einmal 4—6 Wochen ausruhen kann, ein Erfolg, der wenig erfreulich wäre. Die Behandlung hatte auch diesmal wieder den Erfolg, daß die Patientin in ihrer Meinung umgestimmt wurde, daß sie Selbstvertrauen gewann und wieder den Mut zur Arbeit hatte, aber zum Schluß, kurz vor der Entlassung trotz vorher zugegebener Besserung plötzlich umschlug, immer neue Beschwerden fand, sich schließlich an ein altes unbedeutendes Unterleibsleiden klammerte und alle Hoffnung auf eine Weiterbehandlung in der Frauenklinik setzte. Was mühevoll erreicht war, fiel in sich zusammen, als die Entlassung und die Aussichtslosigkeit in bezug auf Rente winkte und als sie in die wenig geliebte Umgebung ihrer Familie zurückkehren mußte, die sie aus verschiedenen Gründen fürchten zu müssen glaubte. Verschiedene Komplexe, allerdings nur ganz einfacher Art, die sich auch ohne Schwierigkeiten aufdecken ließen, spielten bei ihr eine Rolle. Aber selbst eine längere Zeit dauernde psychische Behandlung würde wegen der äußerst primitiven Anlage der Patientin und wegen ihrer auf ein Ziel gerichteten Einstellung und der durch den Rentenkampf immer neu genährten Vorstellungskomplexe auf sehr große Schwierigkeiten stoßen.

Die Beurteilung war in diesem Fall nicht ganz einfach, da viele Faktoren bei dieser Frau eine Rolle spielten. Klimakterische Faktoren, konstitutionelle Momente und äußere Einflüsse, sowohl durch seelische Erschütterungen wie durch die Aussicht auf die Rente und die Abneigung gegen eine unangenehme Arbeit, wirkten zusammen, also endogene, psychogene und somatogene gaben dem Bild eine eigentümliche Färbung, die sich nicht mit einer bestimmten Diagnose festlegen läßt, wobei aber das Psychogene und vor allem das Reaktive soweit im Vordergrund stand, daß man bei der Gewährung einer Rente die Gefahr läuft, daß sich ihr Zustand weiter verschlechtert. Nach der hier vertretenen Ansicht konnte in diesem Falle nicht Invalidenrente gewährt werden, da weder nach der psychotischen noch nach der organischen Seite hin die Veränderungen derartig neigen, daß eine Rente angebracht erschien. Hinzu kam noch, daß das Verhalten trotz der langen Behandlung, die nun schon mehrfach mit ihr versucht wurde, und körperlich eine objektiv nachweisbare Besserung erzielte, die Patientin in beinahe plumper Weise immer vor der Entlassung wieder zu klagen und zu stöhnen anfang, ohne daß ein besonderer Grund gefunden werden konnte. Das Rentenbegehren kam deutlich zum Ausdruck, als die Patientin geradezu am Schlusse darum bat, man möchte für sie bei der Versicherung eine „Fürbitte“ einlegen. Diese Äußerungen, die zwar sehr für die Ehrlichkeit und zugleich für einen gewissen angeborenen Schwachsinn sprechen, zeigen doch ziemlich deutlich, wie diese Frau eingestellt ist und wie sie hofft, zur Invalidenrente zu kommen.

Aus diesen Gründen, besonders wegen ihrer beinahe demonstrativen Einstellung, die vielleicht aus ihrer ganzen Konstitution und aus ihren unangenehmen häuslichen Verhältnissen zu erklären ist, die aber nicht invalide im Sinne des Gesetzes macht, zumal die Grenze zwischen psychisch krankem und einfacher Übertreibung zu fließend ist, als daß man

daraus einen Schluß ziehen könnte, wurde die Rente abgelehnt, wenn es unklar auch war, daß die Patientin damit nicht geheilt ist.

*Fall 9.* Elisabeth Sch., 60 Jahre.

Früher stets gesund, arbeitete sehr fleißig (über 11 Jahre in derselben Stellung). Ehemann starb ziemlich früh. Seit mehreren Jahren sehr zu Traurigkeiten neigend und mehrfach krank gewesen. Hatte angeblich 1922 Kopfrippe. In dieser Zeit auch Menopause. Nach dem Tode einer Schwester sehr traurig, mußte immerfort weinen. Jetzige Klagen besonders über Schmerzen im ganzen Körper, Traurigkeit, nervöses Herzklopfen.

Nach einem früheren Gutachten wurde Frau S. wegen „Hypertonie und nervöser Störungen“ für 70% erwerbsvermindert angesehen, während der Vertrauensarzt der Landesversicherung sie zwar auch für schwere Arbeiten nicht mehr fähig hielt, aber Invalidenrente nicht zubilligen wollte. Frau S. legte beim Obergesundheitsamt Berufung ein.

Befund: Im ganzen kräftig, Herzgrenzen verbreitert, systolisches Mitralgräusch und klingender II. Ton über der Aorta. Blutdruck 200. Neurologisch ohne Besonderheiten. Psychisch: Weinerlich, zu zahlreichen hypochondrischen Klagen neigend.

Die Patientin wurde hier auf Veranlassung der Landesversicherung behandelt mit dem Erfolge, daß bei der Entlassung eine wesentliche Besserung eingetreten war, die sich besonders in einer Senkung des Blutdrucks, im Nachlassen der subjektiven Klagen und ihrer hypochondrischen Einstellung äußerte.

Das Urteil ist in diesem Fall ziemlich einfach. Nach dem Anfangsbefund, der erheblichen Blutdruckerhöhung und der mit den Wechseljahren im Zusammenhang stehenden depressiven Einstellung mußte die Kranke als invalide angesehen werden, da, wie in der Gruppe I mehrfach erwähnt, zu den ziemlich schweren körperlichen Veränderungen noch die Störungen der klimakterischen Zeit hinzukamen, die durch die oben erwähnten Besonderheiten der Einstellung die an sich nicht unbedeutenden körperlichen Beschwerden besonders schwer empfinden ließen. Eine Behandlung war hier dringend angezeigt, wurde auch mit gutem Erfolge durchgeführt wenigstens insofern als die „psychogene Überlagerung“ wenn man die klimakterische Komponente einmal so nennen darf — günstig beeinflußt und ziemlich beseitigt wurde. Ob dieser Erfolg von langem Bestand ist, erscheint allerdings bei der körperlichen Veränderung, die in diesem Alter progredient zu sein pflegt, zweifelhaft. Die Invalidität wurde daher jetzt abgelehnt, aber eine Nachuntersuchung in einem Jahr empfohlen.

In den beiden folgenden Fällen liegen die Verhältnisse so, wie es auch schon in der I. Gruppe erwähnt wurde, daß erst Invalidität abgelehnt wurde, dann aber bei einer späteren Nachuntersuchung zuerkannt werden mußte, da auch die Ablehnung zu keinem Erfolge im Sinne des Nachlassens der psychogenen Beschwerden führte und sich eine deutliche Verschlechterung bemerkbar machte. Insofern gehören diese Fälle mehr in die Gruppe I. Da sie aber zeigen, wie man sich leicht bei einer Verneinung der Invalidenrente in der Zeit des Klimakteriums irren kann, seien sie hier genannt.

*Fall 10.* Frä. Anna S., 48 Jahre.

Familienanamnese ohne Besonderheiten. Vom 5. Lebensjahre an nach einer Diphtherie schwerhörig, konnte daher in der Schule wenig lernen. War dann 16 Jahre hintereinander als Schneiderin tätig, wurde dann am Unterleib operiert (Entfernung von Uterus und Ovarien), konnte danach nichts mehr tun, hatte überall Schmerzen, war traurig, beantragte daher Invalidenrente. Rente wurde bisher stets abgewiesen.

Befund: Mittelkräftig, innere Organe ohne Besonderheiten, neurologisch ohne Besonderheiten. Psychisch: Kein Intelligenzdefekt, hypochondrisch-depressiv.

Da organisch nichts nachgewiesen werden konnte, da die durch das Klimakterium bedingte Depression nicht so weitgehend erschien, daß eine erhebliche Erwerbsverminderung angenommen werden konnte, wurde die Invalidität verneint, zumal die Patientin selbst angibt, daß in erster Linie Arbeitsmangel und Überangebot dazu geführt hat, daß sie keine Arbeit mehr bekam. Nach etwa  $\frac{3}{4}$  Jahren erneut zur Begutachtung geschickt, machte sie im ganzen einen erheblich elenderen Eindruck, äußerte eigentümliche hypochondrische Ideen, daß ihr Stuhlgang verändert sei, daß sie überall anschwellen. Bereits vier Wochen nach der ersten Ablehnung stellte sie einen neuen Invalidenrentenantrag, wurde wieder abgewiesen, ging ans Oberversicherungsamt, nachdem ihr Hausarzt ihr bescheinigte, daß sie um 80% erwerbsvermindert sei. Da bei der zweiten Untersuchung eine erhebliche Verschlechterung des Ohrenleidens hinzugekommen war, da die hypochondrischen Vorstellungen bereits einen wahnhaften Charakter angenommen hatten, da ferner die traurige Verstimmung erheblich zugenommen hatte, wurde wegen der deutlichen Verschlechterung sowohl auf psychischem wie körperlichem Gebiet die Patientin nun für invalide erklärt. Wenn auch mit einer so schnellen Verschlechterung nicht zu rechnen war, so hätte doch allein schon der Umstand der Totalexstirpation und der anschließende Zustand einer Depression und des völligen Versagens zu größter Vorsicht in diesem Falle gemahnen müssen, da die danach auftretenden Beschwerden oft noch erheblich heftiger sind als die normalen klimakterischen. Außerdem kam hier noch die starke Schwerhörigkeit hinzu, die an sich schon von jeher die Arbeitskraft etwas herabsetzte oder wenigstens ihre Konkurrenzfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gerade in einer wirtschaftlichen Krisenzeit nicht unerheblich beschränkte. Insofern war gerade der Umstand, der besonders zu der Ablehnung Veranlassung gab, nämlich der Arbeitsmangel, doch auch in anderem Sinne zu verwerten und für die Invalidisierung in die Wagschale zu legen. Bei der zweiten Begutachtung war schon allein durch das Aufflackern eines alten Ohrenleidens und durch die erhebliche Verschlechterung der nun ans Psychotische grenzenden psychischen Veränderung an einer Invalidisierung nicht mehr zu zweifeln.

*Fall 11.* Therese D., 49 Jahre.

Uneheliches Kind, in der Volksschule gut gelernt, dann gleich in Stellung gegangen, sehr fleißig gearbeitet, leidet seit einer vor 20 Jahren aufgetretenen



Oberkiefervereiterung an Kopfschmerzen, mußte daher damals die schwere Landarbeit aufgeben und in die Stadt in Stellung gehen. Seit 15 Jahren Unterleibskrankheit, dauernde Schmerzen bei der Menstruation, die sich zuletzt bei der beginnenden Unregelmäßigkeit noch weiter steigerten. Zuletzt leide sie auch an Schwindel, habe das Gefühl, als ob die Füße verschwinden. Sei traurig über ihre Krankheit, habe jede Lebenslust verloren. Sie wurde nach einem früheren Gutachten wegen „chronischer Neurasthenie mit hysterischem Einschlag“ für 100% erwerbsvermindert erklärt.

Befund: Kräftig, Klopfempfindlichkeit an der Stirn. II. Aortenton akzentuiert, Blutdruck 175. Trigeminuspunkte druckschmerzhaft. Allgemeine Erhöhung der Reflexerregbarkeit, Ischiasbeschwerden beiderseits. Psychisch: Intellektuell gut, macht keinen demonstrativ-aggravierenden Eindruck, sehr traurig, weinerlich, betont immer wieder die Schwere und Aussichtslosigkeit ihres Leidens, wiederholt auch öfter, auf Rente gerne zu verzichten, wenn sie wieder gesund wäre.

Bei der ersten Begutachtung hier wurde wohl die beginnende Arteriosklerose und nicht unerhebliche Blutdrucksteigerung anerkannt, jedoch die Gewährung einer Invalidenrente abgeraten, weil die depressiv-hypochondrische Einstellung möglicherweise sich dann steigern würde, wenn auch psychogene Züge über das übliche Maß hinaus nicht nachgewiesen werden konnten. Da sie aber zur Zeit arbeitsunfähig war und eine Behandlung erfolgversprechend erschien, wurde eine solche empfohlen und auch durchgeführt. Bei der zweiten Untersuchung hatte sich das Bild in keiner Weise geändert, so daß nach den verschiedenen vergeblichen Behandlungsversuchen die Invalidität anerkannt wurde. Es war — das muß jetzt rückblickend gesagt werden — schon bei der ersten Untersuchung wegen der Kombination körperlicher und psychischer Veränderungen, die des Demonstrativen entbehrten, aber an das Psychotische grenzten, die Invalidenrente zuzuerkennen, wenn auch der Behandlungsversuch an sich nicht zu verurteilen ist. Im allgemeinen gehört dieser Fall eher in die erste Gruppe, in der ähnliche beschrieben worden sind.

Im Gegensatz zu Teil I wurde in dieser Gruppe von Fällen die Invalidität abgelehnt, weil die angeblichen, organischer Grundlage entbehrenden Beschwerden nicht als ausreichend für das Bestehen der Invalidität angesehen wurden. Bei einigen von den erwähnten Fällen war das Urteil einfach. Wenn jemand ausgesprochen psychogen eingestellt ist, auch pseudodemente Züge aufweist und dabei organisch nichts hat, kann nicht daran gezweifelt werden, daß hier die Beschwerden nur zum kleinsten Teil mit dem Klimakterium in Zusammenhang stehen und daß der größte Teil mit der psychopathischen Konstitution und der Möglichkeit, eine Rente zu erhalten, zusammenhängt. In mehreren Fällen geht ein langer Rentenkampf voraus, der nichts mit der klimakterischen Zeit zu tun hat. Die Patienten haben schon in früherem Lebensalter wegen geringfügiger Leiden, um derentwillen sonst kaum jemand Invalidenrente beantragen würde, diese gewünscht und dann immer neue Klagen und Beschwerden zur Erreichung der Rente vorgebracht. Erst

die hinzukommende Steigerung der psychogenen Einstellung durch das Klimakterium, besonders durch seinen depressiven Einschlag, veranlaßte die Versicherung, die Patienten durch die Nervenklinik begutachten zu lassen. Im Grunde hat sich nichts geändert, es war immer eine gewisse hypochondrische Einstellung, eine allgemeine Unzufriedenheit, eine psychische und körperliche Insuffizienz oder mindestens das Gefühl derselben, zum Teil auch spielten traurige Erlebnisse eine entscheidende Rolle, so war es einmal ein Prozeß, der die Frau in die Klagseligkeit und Neigung zu Übertreibungen trieb, dann wieder frühzeitiges Verlieren des Ehemanns und damit die Notwendigkeit, für die Familie durch schwere körperliche Arbeit Sorge tragen zu müssen. Immer sind es von Haus aus schwache Persönlichkeiten, die bei der geringsten körperlichen Störung mit dem Antrag auf Invalidenrente reagieren. Es könnten auch hier selbstbegutachtete Fälle von solchen Kranken geschildert werden, in denen die Rente in viel früheren Jahren beantragt wurde, meist auch wegen undefinierbarer nicht lokalisierbarer allgemeiner Beschwerden. Entweder steht hinter diesen Leuten ein Angehöriger, der aus der Rente Profit schlagen will, oder ein Arzt schreibt ein eine Rente befürwortendes Attest, um die Kranken „loszuwerden“. Es ist hier nicht der Platz, über diese ärztliche Methode zu sprechen, obwohl natürlich anerkannt werden muß, daß viele Faktoren den Praktiker zu solchen an sich völlig verkehrten und meist von ihm selbst als schädlich erkannten Maßnahmen verleiten, die Folge ist jedenfalls, daß die Kranke, die natürlich abgewiesen werden muß, ihr Leben um Rente zu kämpfen bemüht ist, daß schließlich ihr ganzes Denken sich darauf einstellt und sie zu keiner Arbeit mehr fähig ist. — Daß auch trotz klinischer Beobachtung Irrtümer vorkommen, zeigen die Fälle 10 und 11. — Die Wirkung ist um so verheerender, weil es sich um psychopathische Persönlichkeiten handelt, die an sich schon zu psychogenen Reaktionen neigen. Daß diese Frauen, wenn sie nach einem jahrzehnte langen Rentenkampf von uns zufällig im Klimakterium begutachtet werden, nicht anders als in früheren Jahren zu beurteilen sind, ist verständlich, da die klimakterischen Beschwerden nur eine untergeordnete Rolle spielen und höchstens dem Zustandsbild eine bestimmte Färbung geben.

Die wichtigste Frage dieses Gebietes lautet nun, ob es möglich ist, durch ein sicheres Kriterium zu unterscheiden, wann bei Klimakterischen die Invalidisierung zu bejahen ist und wann nicht.

Einfach läßt sich diese Frage in denjenigen Fällen beantworten, in denen neben den klimakterischen Beschwerden körperliche Veränderungen schwererer Art vorhanden sind, die an sich noch nicht für eine Invalidität genügen würden, die aber zusammen mit der hypochondrischen und depressiven Einstellung der klimakterischen Frauen doch sich gegenseitig so steigern, daß mindestens vorübergehend die Erwerbsfähigkeit im Sinne der Invalidität herabgesetzt wird.

Ebenso einfach liegen die Verhältnisse, wenn die psychischen Störungen einen so hohen Grad erreicht haben, daß man von einer ausgesprochenen Psychose sprechen kann oder doch schon psychotische Züge auftreten. Daß dann die Invalidenrente zuzusprechen ist, ist kaum zu bezweifeln, aber eine Nachuntersuchung wird sich auch hier empfehlen.

Nicht ganz so klar wegen des fließenden Überganges ist es in den Fällen des angeborenen Schwachsinn, der in der Jugend keinen wesentlichen Schaden für die Erwerbsfähigkeit bedeutete, der aber zusammen mit der klimakterischen Komponente eine Erwerbsfähigkeit unmöglich macht. Entscheidend ist hierbei der graduelle Unterschied. Wenn der Schwachsinn sehr hochgradig ist, dann ist er einer Geisteskrankheit gleichwertig und bewirkt naturgemäß Invalidität. Am schwierigsten ist es bei den geringeren Graden, wie man sie viel häufiger antrifft und wie sie bei unserer Zusammenstellung sowohl im Kapitel der bejahten wie dem der verneinten Invalidität sich finden. Dabei spielen die äußeren Verhältnisse und das Gesamtverhalten, auch die Ansprüche, die die Arbeit an die geistige Kraft der Kranken stellt, eine Rolle. Diese Fälle sind auch deswegen noch besonders schwierig, weil es nicht immer ganz leicht ist, den wirklichen Grad des Schwachsinn festzustellen, da Pseudodemenz und Demenz ineinander übergehen und bei dem an sich schon in der klimakterischen Zeit verwachsenen psychischen Bild schwer zu trennen sind. Das Bild der Gesamtpersönlichkeit und die von ihr verlangte Arbeit gegeneinander gewogen, dazu eine längere Beobachtung — da sehr oft erst eine solche ein richtiges Bild ergibt —, schließlich Erkundigungen über ihr häusliches Verhalten und ihre Schulleistungen ergeben im ganzen eine ziemlich klare Übersicht über den Fall, so daß keinem Unrecht zu tun nötig ist. Diese Fälle können nicht ambulant — sicher nicht ohne Krankengeschichten von Anstalten oder Kliniken — begutachtet werden. Es wurde hier immer wieder beobachtet, daß bei psychischen Kranken, die hier längere Zeit klinisch behandelt wurden, bei einer späteren Untersuchung zur Prüfung der Arbeitsfähigkeit Krankengeschichten nicht eingefordert wurden, so daß naturgemäß meistens ein falsches Urteil erfolgte.

Der Kern des Problems liegt aber in jenen Übergangsfällen, in denen keine echten Psychosen vorliegen, keine ausgesprochen psychogenen Erscheinungen, sie wir sonst bei Rentensüchtigen beobachten, sondern in denen wir nichts sahen als gesteigerte klimakterische Beschwerden ohne organische Grundlage. Diese Fälle sind zum Teil in der Gruppe I, zum Teil in der Gruppe II behandelt. Daran sieht man schon, daß ein absoluter Unterschied nicht bekannt ist, daß es sich nur um Grade der Erkrankung handelt, daß es aber sehr schwer ist, den Trennungsstrich an der richtigen Stelle zu führen, noch schwerer eine solche Entscheidung prinzipiell als Rezept gewissermaßen für alle Fälle zu formulieren.

Nach der negativen Seite kann man erst einmal alle diejenigen Fälle ausschließen, die allzu starkes Überwiegen psychogener Züge aufweisen. Sobald Pseudodemenz und andere Zeichen von Rentenwunschkomplexen ohne jede organische Grundlage auftreten, ist Invalidität zu verneinen. Etwas Neigung zu Übertreibungen haben die Fälle alle, das liegt nun einmal in diesem Alter, die hypochondrische Einstellung ist in leichtesten Graden entweder das Fühlen nicht vorhandener körperlicher Beschwerden oder das Übertreiben von tatsächlich vorhandenen, an sich unbedeutenden körperlichen Leiden. Wo solche körperlichen Schäden völlig fehlen — meist sind geringe Störungen irgendwelcher Art nachweisbar —, und wo dann die körperlichen Klagen besonders betont werden, ist Vorsicht bei der Gewährung der Rente geboten und eher abzuraten. Am wichtigsten ist in dem ganzen psychopathologischen Zustandsbild das Hinzukommen der depressiven Note und deren Art. Auch hier wird demonstrativ vorgebrachte Traurigkeit mehr für die psychogene Komponente sprechen, dagegen die gerade bei den Klimakterischen nicht selten beobachtete ruhig und bescheiden vorgetragene Traurigkeit und die zum Teil phantastisch anmutenden hypochondrischen Klagen beweisen eine schwerere psychische Störung. Die Verhältnisse der Umgebung werden auch hier von entscheidender Bedeutung sein, wo andere Kriterien fehlen. Man muß auch hier Erkundigungen über ihre tatsächliche Arbeitsfähigkeit, über ihr Verhalten in und außer dem Hause, über ihre frühere Art einziehen, man muß die Kranken in ihrem Verhältnis zu Mitpatienten beobachten, man muß ihr Vorleben, ihre Bildung, ihre Einstellung dem Leben gegenüber kennen zu lernen versuchen, um sich ein richtiges Bild machen zu können. Es ist nicht mit einem Wortabzumachen, wann jemand invalide ist und wann nicht. Auch hier genügt nicht einmalige Sprechstundenuntersuchung, auch hier ist klinische Beobachtung unbedingt notwendig. Psychisches Verhalten läßt sich nicht in einer Stunde entscheiden, man hört dann ihre Klagen, sucht nach organischer Grundlage, schreibt dann Hysterie oder ein organisches Leiden und damit ist das natürlich völlig unzulängliche Urteil gefällt.

### **III. Invalidenrentengutachten bei Psychosen und organischen Nervenleiden, die im Klimakterium zur Erwerbsunfähigkeit führen.**

Im folgenden soll noch anhangsweise und nur bedingt in den Zusammenhang dieser Besprechung passend kurz auf solche Fälle eingegangen werden, in denen die Kranken wegen eines schweren körperlichen oder psychischen Leidens, das an sich mit dem Klimakterium nicht im Zusammenhang steht, invalidisiert wurden, bei denen aber der Gedanke an die Rente erst im klimakterischen Alter auftrat und bei denen das Klimakterium zum Teil doch eine gewisse Verschlechterung gebracht hat. Es ist klar, daß die Fälle schon deshalb eigentlich nicht hierher

gehören, da eine Schwierigkeit bei der Frage der Invalidisierung nicht vorhanden ist, sie sind aber deshalb interessant, weil sie zeigen, welche Rolle gerade die klimakterische Einstellung bei der Selbstbeurteilung von Krankheiten spielt und wie — ähnlich wie wir es schon bei anderen Fällen der Gruppe I gesehen haben — die Fähigkeit, Krankheiten Widerstand zu leisten, schwindet. Ich beschränke mich bei diesen Fällen auf eine kurze Skizzierung des Wesentlichen.

*Fall 1. Marie G., 47 Jahre.*

Typische periodische Depression mit leichter hypomanischer Grundstimmung; im ganzen bisher 9 depressive Phasen, die letzte im Anschluß an den Selbstmord ihres Mannes. Letzter melancholischer Zustand völlig abgeklungen. Danach Invalidenrente beantragt, weil sie in allen Gliedern Schmerzen habe, sich in keiner Weise arbeitsfähig fühle, obwohl die Depression auch nach ihren eigenen Angaben geschwunden ist und sie zur Zeit einen hypomanischen Eindruck macht. Patientin befindet sich jetzt in den Wechseljahren. Aus dem Befund ist noch erwähnenswert, daß sie eine erhebliche Blutdruckerhöhung hat, sonst körperlich gut imstande ist und in sehr gutem Ernährungszustande sich befindet. Habitus pycnicus.

Das Urteil kann in diesem Fall nicht schwierig sein, da mit Rücksicht auf die sehr lange Psychose, das *manisch-depressive Irresein*, es wohl berechtigt erscheint, eine Invalidität auszusprechen. Interessant ist aber, daß die Kranke aus anderen Gründen und durchaus nicht wegen ihrer häufig wiederkehrenden Depression, von der sie sich zur Zeit ja völlig befreit fühlt, die Rente beantragte, vielmehr aus denselben Gründen wie die Kranken der früher geschilderten Fälle, aus ihrer hypochondrischen Einstellung heraus, die wiederum durch das Klimakterium zu erklären ist. Es kommt hier also zu der Psychose, die zur Zeit kaum zu bemerken ist, eine — sagen wir — psychogene Überlagerung, die zur Invalidität nicht ausreicht. So ist es auch in diesem Falle gekommen, was anfangs erwähnt wurde, daß ein Gutachter die Frau nicht invalide schrieb, da er sich um die Vorgeschichte nicht kümmerte und sich auch nicht die Krankengeschichte der Klinik einforderte. Es bleibt auch bei dem letzten Zustandsbild immer noch zu bedenken, ob es sich nicht um einen manisch-depressiven Mischzustand handelt und die hypochondrische Einstellung und besonders ihre Äußerungen über Arbeitsunfähigkeit nicht zum Teil neben dem Klimakterium auch durch Reste der Depression zu erklären sind. Besonders aus diesen letzteren Gründen wurde die Invalidität ausgesprochen.

*Fall 2. Maria E., 50 Jahre.*

Seit dem 18. Lebensjahre im ganzen bisher dreimal aufgetretene Depression mit mehreren Selbstmordversuchen, in der Zwischenzeit leicht hypomanisch. In letzter Zeit Klagen über Traurigkeit, Selbstmordgedanken; vernachlässigt die Wirtschaft, jammerte und stöhnte viel; die hiesige Untersuchung ergab körperlich keinen pathologischen Befund. Psychisch machte sie einen leicht erregten und ängstlichen Eindruck. Orientierung gut, spricht viel von ihrer Rente, meint, daß sie durch den abgelehnten Rentenantrag jetzt wieder krank geworden sei.

Die Beurteilung dieses Falles war insofern nicht ganz leicht, als das jetzige Zustandsbild nicht eindeutig klar war. Ohne Kenntnis der Vorgeschichte hätte man eher an eine klimakterische Depression mit starker hypochondrischer und psychogener Einstellung gedacht, als an eine *depressive Phase eines manisch-depressiven Irreseins*. Es muß ja auch zugegeben werden, daß der Zustand während der Beobachtung sicher eine Mischung zwischen einer Psychose und der klimakterischen Komponente besteht. Trotz des langen Bestandes der geistigen Erkrankung wurde die Rente erst in der Zeit des Klimakteriums beantragt, woraus wohl ziemlich deutlich zu ersehen ist, welch weitgehenden Einfluß klimakterische Insuffizienzgefühle auf die Selbstbeurteilung ausüben. Es war verständlich, daß nach einmaliger Untersuchung ohne objektive anamnestiche Grundlage wegen des etwas demonstrativen Verhaltens und der starken Betonung des Rentenbegehrens die Invalidität abgelehnt wurde. Im Gegensatz dazu haben wir mit Rücksicht auf die sicher starke psychotische Beteiligung und unter Würdigung der früheren Phasen Invalidenrente befürwortet. Entscheidend war in diesem Fall, abgesehen von der genaueren Beobachtung, die Kenntnis früherer Krankheitszustände.

*Fall 3. Minna B., 43 Jahre.*

Patientin ist selbst zu schwachsinnig, um Angaben zu machen, soll nach Angaben ihres Vormundes von jeher hochgradig schwachsinnig sein, in der Schule sehr wenig gelernt haben, zuweilen in Fabriken oder auf dem Lande als Arbeiterin tätig gewesen sein. Seit einigen Jahren, seit dem Beginn der Wechseljahre, soll sie sich wesentlich geändert haben, insofern als die bis dahin immer gutmütige und arbeitswillige Kranke mitunter sehr reizbar wurde und zu keiner Arbeit mehr zu bewegen war. Ein zuletzt noch hinzugekommenes Ohrenleiden machte sie völlig arbeitsunfähig.

Bei einer früheren Begutachtung wurde zwar die Imbecillität anerkannt, jedoch Invalidenrente abgelehnt. Bei der hiesigen Untersuchung wurden körperlich keine Veränderungen gefunden, psychisch machte sie einen stumpfen und hochgradig schwachsinnigen Eindruck, zu dem noch leichte pseudodemente Züge und eine gewisse depressive Grundeinstellung hinzukam.

Beurteilung: Der *hochgradige Schwachsinn* zusammen mit dem Ohrenleiden setzt zweifellos ihre Erwerbsfähigkeit so weit herab, daß sie für invalide erklärt werden muß, ohne daß man die leichte „psychogene Überlagerung“ noch besonders zu berücksichtigen braucht. Interessant ist auch hier, daß trotz des hochgradigen Schwachsinn, der sicher von jeher ihre Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt hat, erst jetzt beim Hinzukommen klimakterischer Beschwerden der Antrag auf Invalidenrente gestellt wurde, weil die Patientin, die sich früher immer leicht leiten ließ, plötzlich — gewissermaßen als erste aktive Tat in ihrem Leben — eine weitere Arbeit verweigerte.

*Fall 4. Auguste W., 65 Jahre.*

Von Analphabeten stammend, Tochter einer Epileptikerin, hatte sie in der Schule nichts gelernt, war aber dann jahrelang als Landarbeiterin tätig.

Klagt über allgemeine Müdigkeit und daß man sie wegen ihrer „Dummheit“ nirgends nehme. Seit den Wechseljahren sei sie ganz schwach geworden.

Der hiesige Befund ergab bis auf einen leichten Herzfehler keine pathologische Veränderung, aber psychisch einen sehr erheblichen Intelligenzdefekt ohne pseudodemente Züge.

Der wenn auch sehr *hochgradige Schwachsinn*, der die Patientin bisher nicht daran hinderte, die primitiven Arbeiten auszuführen, konnte allein für die Zubilligung der Invalidenrente nicht als ausreichend angesehen werden. Entscheidend war auch in diesem Falle die seelische Veränderung, die die Involution mit sich brachte. Mit Rücksicht auf diese beiden Faktoren, aber doch in erster Linie wegen des hochgradigen Schwachsinn, wurde sie für invalide erklärt.

*Fall 5.* Auguste L., 48 Jahre.

Hat in der Schule schlecht gelernt, soll als Kind Krämpfe gehabt haben. Bis vor einigen Jahren auf dem Lande gearbeitet, konnte sie seit dem Beginn der Wechseljahre wegen Schmerzen in der Brust und im Kreuz und allgemeiner Schwäche nicht mehr arbeiten.

Frühere Invalidenanträge wurden bisher abgelehnt. Die Untersuchung ergab Anzeichen eines *Myzödem* zusammen mit hochgradigem Schwachsinn und allgemeiner hypochondrischer Einstellung.

Auch hier wieder wie in den vorigen Fällen kommt zu dem schweren psychischen Defektzustand, der diesmal mit der angeborenen Unterfunktion der Schilddrüse zusammenhängt, eine hypochondrische Einstellung, die durch das Klimakterium zu erklären ist. Durch dieses Hinzutreten ist auch hier die Erwerbsfähigkeit so erheblich beeinträchtigt, daß wir die Invalidität befürworten. Der Gegensatz zwischen unserer Beurteilung und der der früheren Gutachter ist in erster Linie durch die längere Beobachtung zu erklären.

*Fall 6.* Berta Sch., 56 Jahre.

Früher gesund, seit 1913 an Anfällen leidend, die sich in letzter Zeit steigerten. Dazu kamen noch Schlaflosigkeit, allgemeine Mattigkeit und das Gefühl der vollkommenen Unfähigkeit, etwas zu leisten.

Es werden verschiedene typische epileptische Anfälle beobachtet; dabei macht die Patientin noch, abgesehen von einer epileptischen Charakterveränderung, einen pseudodementen, leicht demonstrativen Eindruck, versagt bei den einfachsten Aufgaben, spricht aber sehr viel von ihrer Rente.

Die schon seit vielen Jahren bestehende *Epilepsie* mittelschweren Grades, hat die Patientin bisher nicht daran gehindert, ihrer Tätigkeit nachzugehen. Auch hier war es wieder das Hinzukommen der in diesem Falle psychogen gefärbten klimakterischen Komponente, die die Patientin in ihren Gefühlen arbeitsunfähig erscheinen ließ. Die Epilepsie, die an sich schon nicht unwesentlich die Erwerbsfähigkeit herabsetzt, wurde durch die klimakterische Komponente in praktischer Beziehung, d. h. in ihrer Auswirkung auf die Kranke so erheblich verstärkt, daß wir uns auch in diesem Falle in Gegensatz zum Vorgutachter stellen und die Invalidität befürworten mußten.

*Fall 7.* Berta L., 47 Jahre.

In der Volksschule gut gelernt, seit 1913 beginnende seelische Veränderungen, die mit allgemein nervösen Erscheinungen begann, sich später in Zwangszuständen

äußerte und allmählich in eine Psychose übergang, die sich in Sinnestäuschungen, zeitweiliger Zerkahrenheit und Beeinträchtigungswahnideen, zugleich mit ausgesprochener Affektarmut mit gut erhaltener Intelligenz manifestierte. Die Patientin wurde in der hiesigen Klinik zweimal begutachtet, das erste Mal wegen der damals im Vordergrund stehenden psychogenen Erscheinungen für nicht invalide erklärt, bei der zweiten Begutachtung wegen der ausgesprochen psychotischen Symptome, die in dem inzwischen eingetretenen Klimakterium sich ausgebildet hatten, invalidisiert.

Die Beurteilung dieses, strukturell außerordentlich schwierigen Falles war bei der letzten Beobachtung verhältnismäßig leicht, da die *Psychose als zur Gruppe der Schizophrenie zugehörig* angesehen werden und schon aus diesem Grunde die Invalidität ausgesprochen werden mußte. Wenn auch nicht behauptet werden soll, daß die ausgesprochen schizophrenen Symptome allein durch das Klimakterium verursacht worden sind, wenn auch vielmehr die langsame Entwicklung einer Prozeßpsychose angenommen werden muß, so kann man doch nicht bestreiten, daß in dem Klimakterium ein mitbestimmender Faktor zu sehen ist. Aus diesem Grunde ist es zu erklären, daß bei der ersten Begutachtung die Invalidität abgelehnt wurde. Erst die Wirkung des Klimakteriums auf die Entwicklung der Psychose veranlaßte, daß die Invalidität ausgesprochen wurde. Im Rahmen dieser Besprechung kann auf die Einzelheiten der pathogenetischen Zusammenhänge nicht näher eingegangen werden.

*Fall 8.* Elisabeth Sch., 61 Jahre.

Früher stets gesund gewesen, seit 10 Jahren Menopause, im letzten Jahr psychisch verändert, äußerte Selbstmordgedanken, lief planlos umher, fand sich nicht mehr zurecht, klagte über zahlreiche Beschwerden und daß sie sich veründigt habe.

Befund: Körperlich ziemlich elend, erhebliche Blutdruckerhöhung, psychisch schwerfällig, umständlich, merkschwach, dabei depressiv gefärbte Verstandungs-ideen, stumpf, teilnahmslos und negativistisch.

Beurteilung: Die schwere psychische Veränderung, die sich einerseits in dem *präsenilen Defektzustand*, andererseits in einer Depression mit Wahnideen äußert, bewirkt eine erhebliche Erwerbsbeschränkung, die die Patientin invalide macht.

Abgesehen von diesen eben erwähnten Fällen, in denen die Invalidität wegen einer *Psychose* oder schwerer angeborener psychischer Defektzustände, die zusammen mit klimakterischen Beschwerden die Erwerbsfähigkeit erheblich herabsetzten, ausgesprochen wurde, sollen im folgenden noch einige Beispiele solcher Fälle erwähnt werden, in denen ein schwereres *organisches Nervenleiden* vorliegt, das auch im Klimakterium manifest wird, und zur Invalidität führt.

*Fall 9.* Emma M., 33 Jahre.

Früher stets gesund, seit 1925 entwickelte sich eine immer mehr zunehmende Lähmung der Beine zugleich mit Verschlechterung des Sehens. Der Befund ergab eine ausgesprochene *multiple Sklerose*, die mehrfach behandelt wurde und zu Remissionen neigte, jedoch seit einiger Zeit sich erheblich verschlechterte. Patientin



klagte nebenbei über zahlreiche Beschwerden, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der multiplen Sklerose standen, sie weinte viel, neigte zu einer allgemeinen hypochondrischen Einstellung. Sie gibt an, daß diese seelische Veränderung bei ihr seit dem Klimakterium aufgetreten sei.

Dieser Fall kann in der Beurteilung keine besonderen Schwierigkeiten machen, es wurde ein Heilverfahren vorgeschlagen, hier auch ausgeführt, aber trotzdem wegen der geringen Besserung nach der Behandlung die Invalidenrente befürwortet. Beachtenswert ist nur in diesem Fall, daß neben dem schweren, schon länger bestehenden Nervenleiden sich klimakterische Veränderungen deutlich bemerkbar machten und die Patientin erst — allerdings mit einer gleichzeitigen Verschlechterung der Nervenkrankung — veranlaßte, sich um Invalidenrente zu bemühen. Wie kommt es, daß die Patienten trotz längeren Bestehens eines zwar zu Remissionen neigenden, aber doch im ganzen dauernd bestehenden schweren organischen Leidens erst in der Zeit des Klimakteriums Invalidenrente beantragte? Es ist doch wohl auch hier wahrscheinlich, wie wir es schon bei verschiedenen ähnlichen Fällen sahen, daß die klimakterische Komponente gerade mit ihrer Tendenz, sich sehr genau und mit pessimistischem Vorzeichen zu beobachten, die Kranken zur Beantragung der Invalidenrente treibt.

*Fall 10.* Elise B., 35 Jahre.

Sie leidet seit 1924 an einer Lähmung, die hier nach einer Behandlung sich deutlich besserte, so daß die Patientin wieder arbeitsfähig wurde. Seit einem halben Jahr plötzliche allgemeine Beschwerden, war traurig verstimmt, weinte viel, verlor die Lebenslust, war immer müde. Überwand nicht mehr die durch ihre Lähmung gegebenen Schwierigkeiten bei der Berufsausübung, Beschwerden, die sich seit dem Beginn der Wechseljahre bemerkbar machten.

Die diesmalige Untersuchung ergab neurologisch eine typische *multiple Sklerose*, die sich aber nicht gegenüber dem früheren Befunde vor 4 Jahren verschlechtert hatte, wenn auch die Patientin diesmal mehr klagt und deutlich psychogene Störungen aufweist, die früher bei ihr vollständig fehlten. Die Patientin war deutlich depressiv, während sie früher stets auffallend euphorisch war, wie man es häufig bei der multiplen Sklerose sieht.

Es war an sich kein Grund vorhanden, die Patientin wegen der objektiv unveränderten Nervenerkrankung, mit der sie mehrere Jahre erfolgreich gearbeitet hat, plötzlich invalide zu erklären. Da aber die ausgesprochen hypochondrische Einstellung der Kranken hinzukam, die zwar an sich auch ihre Arbeitsfähigkeit nicht sehr erheblich herabsetzte, die aber einen sehr ungünstigen Einfluß auf die multiple Sklerose ausübte, erschien es durchaus berechtigt, in diesem Falle wegen des Zusammenstreffens organischer und psychischer Veränderungen die Invalidenrente zu befürworten. Wegen der Möglichkeit des Abklingens der psychischen Erscheinungen wurde Nachuntersuchung empfohlen, wenn es auch unwahrscheinlich ist, daß ihre Arbeitsfähigkeit noch einmal genügend sich steigert.

*Fall 11. Johanna K., 41 Jahre.*

Beginn der Erkrankung bald nach dem Tode ihres Mannes, anfangs mit allgemeinen Beschwerden und übergroßer Traurigkeit, etwa vor 4 Jahren; litt zu dieser Zeit auch sehr unter Wechseljahrbeschwerden. Vor einem Jahr typischer apoplektischer Insult mit Halbseitenlähmung. Invalidenrentenantrag wurde stets abgelehnt, da ihre Lähmung als „arglistige Täuschung“ bezeichnet wurde, eine Meinung, die durch das ausgesprochen demonstrative Verhalten der Patientin während der Untersuchungen entstanden war. Erst bei der Untersuchung durch Sachverständige bei einem Termin vor dem Obergewerkschaftsamt wurde an ein organisches Nervenleiden gedacht.

Die Untersuchung ergab die Residuen einer *spastischen Hemiparese* einer Seite mit Beteiligung des *Facialis* und des *Opticus*, daneben psychisch eine starke Wehleidigkeit und eine gewisse Neigung zu übertreiben, eine außerordentlich starke Betonung der Rentenwünsche bei allgemeiner Schwerfälligkeit und Verlangsamung. Die serologische Untersuchung ergab ein negatives Resultat.

Wenn es auch in diesem Fall nicht möglich war, das Nervenleiden ätiologisch zu klären, so war es doch symptomatologisch so eindeutig und so nachweisbar sicher, daß von einer „grobe Täuschung“ auch dann keine Rede sein kann, wenn man die psychogene Komponente, die die Patientin zweifellos in übertriebener Weise ausgeprägt zeigt, allzusehr in den Vordergrund stellt. Dabei ist noch zu bedenken, daß die psychogene Komponente nicht rein psychogen ist, wie oben besprochen wurde, da klimakterische Faktoren eine nicht unwesentliche Rolle spielen. Mit Rücksicht auf die oben oft vertretene Ansicht, daß in der Zeit des Klimakteriums auftretende psychogen erscheinende Veränderungen vorsichtig abgewogen werden müssen, und daß bei organischen Leiden, die sich an sich nicht verschlechtern, im Klimakterium dadurch eine subjektive Verschlechterung eintritt, daß die Einstellung des Kranken zu seiner Krankheit sich ändert, wurde auch hier wegen der nicht unerheblichen organischen Störung die Invalidität bejaht.

*Fall 12. Friederike F., 38 Jahre.*

Leidet schon seit mehreren Jahren an Veitstanz; in letzter Zeit Verschlechterung, größere Ermüdbarkeit, zugleich Störungen im Ablauf der Menstruation. Vater der Kranken litt auch an Chorea. Die Untersuchung ergab eine typische *Chorea*, dabei deutlichen Intelligenzdefekt.

Das schwere und schon ziemlich fortgeschrittene organische Nervenleiden bewirkt ja ohne Zweifel eine Gewährung der Invalidenrente. Interessant ist aber auch hier, daß die Patientin früher immer damit ganz leidlich arbeiten konnte, erst jetzt im beginnenden Klimakterium, das ziemlich früh auftritt, versagt. Es muß zugegeben werden, daß dieser Fall nicht nur in diesem Sinne gedeutet zu werden braucht, da man auch daran denken kann, daß die Chorea schlechter geworden ist und daher die Arbeitsfähigkeit immer mehr herabsetzte. Vielleicht spielt aber bei der Verschlechterung auch das Klimakterium eine Rolle, wenn man nicht einfach an die Progredienz der chronischen, degenerativen Form der Chorea denken will.

*Fall 13.* Luise W., 56 Jahre.

Patientin leidet schon seit vielen Jahren an rheumatischen Beschwerden, zu denen sich noch in letzter Zeit eigenartige Krampffzustände einer Hand hinzugesellten, die ihr eine Arbeit unmöglich machten. Seit  $\frac{3}{4}$  Jahr befindet sie sich in den Wechseljahren, seitdem deutliche Verschlechterung aller Beschwerden, dazu allgemeine Unzufriedenheit und Neigung zu vielem Weinen. Die Untersuchung konnte den Fall nicht restlos klären. Es fand sich eine nicht unerhebliche Blutdruckerhöhung, Gelenkveränderungen und tetanische Zustände an der linken Hand, zugleich noch mehrfach Zeichen von *Arteriosklerose*. Psychisch war die Patientin depressiv-hypochondrisch ohne besondere Aggravation.

Auch hier fand sich wieder neben einem organischen Leiden, das sich nicht genau klassifizieren ließ, eine deutliche für das Klimakterium charakteristische Einstellung. Eine von uns vorgeschlagene und unternommene Behandlung führte zu keinem Erfolg, so daß die Patientin, die schon seit Jahren krank ist und erst im Klimakterium die Arbeit einstellt, für invalide erklärt wurde.

*Fall 14.* Auguste L., 46 Jahre.

Ehemann an einer Lähmung gestorben. Patientin fühlt sich schon seit mehreren Jahren nicht mehr wohl, deutliche Verschlechterung seit der Menopause (vor einem halben Jahr). Hat Schwierigkeiten beim Urinlassen, oft Magenbeschwerden, Verschlechterung des Denkens und des Gedächtnisses. Patientin wurde nach früheren Gutachten wegen *Tabes* für invalide erklärt.

Die hiesige Untersuchung klärte den Fall nicht restlos. Serologisch war alles negativ, aber verschiedene neurologische Symptome deuteten auf einen Prozeß, wahrscheinlich luetischer Art, am Zentralnervensystem. Psychisch war die Patientin deutlich defekt, dabei leicht demonstrativ und depressiv.

Die schwere *organische Erkrankung* bewirkt auch in diesem Falle eine sehr erhebliche Erwerbsverminderung, die zur Gewährung der Invalidenrente ausreicht. Auch hier wieder entweder eine deutliche Verschlechterung oder durch die starke hypochondrische Einstellung bewirkte zum erstenmal klare Erkenntnis einer sicher lange bestehenden Erkrankung im Klimakterium. Notwendig war in diesem Falle wie auch in der vorgehenden, in denen die organische Erkrankung nicht restlos geklärt werden konnte, eine scharfe Trennung der psychischen durch das Klimakterium zu erklärenden Störungen und der organischen Erkrankung. Denn in keinem Falle genügte die psychogene Veränderung allein zur Gewährung einer Invalidenrente. Erst das Zusammenwirken beider Faktoren und besonders die ungünstige Wirkung der klimakterischen Einstellung auf die Wirksamkeit der Krankheit, was Arbeitsfähigkeit betraf, mußte zur Invalidität führen.

In dieser dritten Gruppe von Fällen wurden diejenigen behandelt, bei denen die eigentliche Frage dieser Besprechung nicht irgendwelchen Zweifel in der Beurteilung verursachen konnte, bei denen stets die Invalidität ausgesprochen werden mußte, die aber aus einem anderen Grunde manches Interessante boten und in dieses Gebiet hineingehören. Zeigen sie doch in ziemlich reiner Weise, welche Bedeutung selbst bei

objektiv nachweisbaren organischen Leiden oder bei Psychosen der Einfluß des Klimakteriums auf die seelische Einstellung des Kranken hat. Der Gedanke an Arbeitseinstellung, der bei der Schwere der Erkrankung schon früher hätte auftauchen können und nicht im geringsten verwundert hätte, zeigte sich erst in der Zeit des Klimakteriums. Und bei aller vom Psychogenen unabhängigen Grundkrankheit waren doch sehr oft die Bilder durch psychogene Überlagerungen derartig verwässert, daß nicht selten die Kranken bei einer Begutachtung ohne genaue Voruntersuchungen, Beobachtungen oder Erhebungen zum entgegengesetzten Ergebnis führten wie unsere Untersuchungen bei Fällen, die in bezug auf die Begutachtung dann vollkommen klar und eindeutig wurden, wenn man durch die psychogenen Erscheinungen hindurchsah und in der Tiefe eine echte Psychose entdeckt hatte. In anderen Fällen waren die körperlichen Klagen so vieldeutig, so unklar, und allgemein, ähnlich wie alle klimakterischen hypochondrischen Klagen, daß es nicht möglich war, aus diesen eine bestimmte Krankheit auf organischer Grundlage anzunehmen. Erst genaueste Untersuchung oder die Kenntnis der Vorgeschichte ergab dann eine schwere organische Erkrankung, die unbedingt die Invalidität bewirkte. So bedeutet in diesen Fällen die klimakterische Komponente mit ihrem stark betonten Wehklagen und unbestimmten körperlichen Beschwerden eher eine Verschlechterung für die Kranke in der Beurteilung als die etwa erwartete Verstärkung ihrer Position und die daraus gefolgerte Berechtigung auf Rente. Auch in diesen Fällen — und das ist der praktische Schluß — sieht man wieder, welche Bedeutung einer genauen Untersuchung beizumessen ist, und daß nichts gefährlicher ist, als aus psychogenen Symptomen zu schließen, daß keine andere Krankheit dahinter sich befindet und daraufhin die Kranken abzuweisen. Bei den körperlich-organischen Leiden wird es im allgemeinen leichter sein als bei den Psychosen, bei denen, wenn es nicht ein besonders klarer Fall ist, oft die Verwaschenheit der Bilder größte Schwierigkeiten bereitet. Das Beste ist auch hier wieder klinische Beobachtung. Die klimakterische Einstellung bedingt in diesen Fällen nicht die Rente, hat aber einen indirekten Einfluß von entscheidender Bedeutung insofern, als sie dem Kranken die Fähigkeit nimmt, mit seiner Krankheit fertig zu werden, soweit es psychisch oder physisch möglich ist, und ihn damit subjektiv invalide macht. Das typischste Beispiel war der Fall I, bei dem trotz abgeklungener depressiver Phase und trotzdem die Kranke unzweifelhaft in einer leicht hypomanischen Phase sich befand, die klimakterische Komponente so überwog, daß ihr nun die Krankheit als eine schwere Beeinträchtigung ihres Lebens klar wird und sie in einer Phase, die eigentlich ganz andere Gefühle aufkommen läßt, plötzlich vollkommen versagt. Es läßt sich ja hier auch an einen manisch-depressiven Mischzustand denken, es bleibt aber doch bemerkenswert, daß dieser Mischzustand sich gerade im Klimakterium zeigt.

In der Einleitung wurde als Ziel angegeben, etwas Klarheit in das unklare Kapitel der Begutachtung von Klimakterischen hineinzubringen. Dieses Ziel zu erreichen wurde dadurch versucht, daß eine sehr große Zahl von begutachteten Fällen geschildert wurde und daß an diesen auf die Schwierigkeiten, die sich bei fast allen einschlägigen Fällen zeigen, hingewiesen wurde. Behandelt wurden diejenigen Fälle klimakterischer Beschwerden, in denen wir die Rente ablehnten, diejenigen, in denen wir sie bejahten und schließlich in der letzten Gruppe solche, bei denen psychische oder neurologische Erkrankungen schwerer Art im Klimakterium erst manifest wurden und den Wunsch nach Invalidenrente aufkommen ließen.

Um von der negativen Seite anzufangen, so wurde auf Ablehnung der beantragten Invalidenrente in allen denjenigen Fällen entschieden, in denen die psychogene Seite, — nennen wir sie einmal der Einfachheit halber —, die rentensüchtige Seite derart im Vordergrund stand, daß von einer wirklichen Krankheit im Sinne des Invalidengesetzes nicht mehr gesprochen werden konnte. Hier hat sich schon die erste Schwierigkeit ergeben, da es fast unmöglich schien, diese psychogene Komponente von der klimakterischen depressiv-hypochondrischen zu unterscheiden, da auch bei den Fällen reiner psychogener Veränderungen depressive und vor allem hypochondrische Züge die Hauptrolle spielen. Wegen des fließenden Überganges, der von der normalen Reaktion über alle Nuancen der psychogenen Reaktion bis zur echten Psychose vorhanden ist, erscheint es ausgeschlossen, an einer bestimmten Stelle einen Trennungsstrich zu machen. Psychogene Komponenten sind bei jeder psychischen und körperlichen Veränderung im Klimakterium vorhanden, entscheidend ist, ob hinter den psychogenen Reaktionen, die bei der Begutachtung an sich schon eine nicht unbedeutende Rolle spielen, sich noch psychotische Veränderungen finden. Alle extremen Fälle scheiden selbstverständlich aus, da sie niemals bei der Beurteilung Schwierigkeiten machen werden.

Bei schon bestehendem längeren Rentenkampf und bei denjenigen psychogenen Reaktionen, die erfahrungsgemäß bei allen Rentensüchtigen sich zeigen — ausgesprochene Neigung zu Übertreibungen, die stark betont werden, pseudodemente Züge, mitunter auch ganz primitive und deutlich ausgesprochene Wunschraktionen —, wurde die Invalidenrente abgelehnt. Geringer Schwachsinn, der meist damit vergesellschaftet zu sein pflegt, der aber sowohl in Anbetracht der Beschäftigungsart, als auch unter Berücksichtigung des bisherigen Lebens, keine wesentlich beeinträchtigende Rolle gespielt hat, hat bei dieser ablehnenden Beurteilung keinen Einfluß ausgeübt.

Es handelt sich in diesen Fällen um eine der normalen Reaktion vollständig entsprechende, nicht einmal gesteigerte Veränderung, die nur bei einer gewissen Konstitution zu Rentenbegehrungsvorstellungen führt,

während sie bei anderen Frauen nicht den Gedanken an Rente aufkommen läßt. Sowohl Gewährung der Rente wie auch ein Heilverfahren kommt hier nicht in Frage. Eine Heilbehandlung wurde nur dann vorgeschlagen, wenn besondere akute Erlebnisse eine sehr starke psychogene Reaktion hervorriefen, die auch sonst eine Behandlung beanspruchten. In diesen Fällen gelang es auch meistens einen Erfolg mit Psychotherapie zu erzielen, und die Patienten wurden regelmäßig nach abgelaufener Behandlung für arbeitsfähig erklärt. Eine nicht zu unterschätzende Gefahr für derartige Persönlichkeiten liegt auch in der Möglichkeit nach einmaliger Ablehnung der Invalidenrente, an höhere Instanzen zu gehen, immer wieder untersucht zu werden und selbst bei endgültiger Ablehnung durch die höchste Instanz schon nach kurzer Zeit wieder Rente beantragen zu können. Diese Gefahren, die in allen Rentenverfahren liegen, können schon dann etwas eingeschränkt werden, wenn die Patienten nicht wüßten, daß sie immer wieder Ärzte finden, die ihnen die gewünschte Atteste ausstellen. Durch die vielen entgegengesetzten Urteile werden sie in ihrem Krankheitsgefühl immer wieder bestärkt. Dieses Übel hat die Invaliditätsbegutachtung der Klimakterischen mit allen Begutachtungen gemein und braucht hier nicht näher behandelt zu werden.

Ebenso falsch und schädlich es ist, eine psychogene Patientin im Klimakterium ohne andere Störungen, also in einem noch durchaus arbeitsfähigen Alter für erwerbsunfähig zu erklären, ebenso bedenklich ist auch eine Ablehnung, wo sie nicht am Platze ist. Wann sollen wir nun die Rente gewähren? Nach den Fällen der Gruppe I läßt sich diese Frage nicht immer aus der psychischen Veränderung allein beantworten. Der Gesamtzustand, und die Frage, ob andere Leiden vorhanden sind, spielt eine nicht unwesentliche Rolle. Dabei wollen wir vorerst noch von solchen Fällen absehen, in denen, wie in der III. Gruppe, schwerere körperliche oder seelische Störungen zugleich vorhanden sind. Auffallend ist schon, wenn eine bis dahin gesunde Persönlichkeit, die schwere Arbeiten trotz schwacher Körperkonstitution oder eines unerheblichen Schwachsinnns oder eines angeborenen, resp. in der frühen Jugend erworbenen Leidens fleißig und mühevoll geleistet hat, plötzlich völlig versagt. Gewiß, auch hier kommt eine psychogene Reaktion dazu, aber das plötzliche Versagen, die starke Beachtung eines bis dahin kaum beachteten Leidens gibt zu denken. Diese Einstellung, die schon der depressiven nahe verwandt ist, die als spezifisch für klimakterische Veränderungen angesehen werden kann, berechtigt zur Gewährung der Invalidenrente. Es liegen ja bei der Invalidenrente die Verhältnisse ganz anders als bei Unfallkranken, der Kranke reagiert ja auf die schwere körperliche Umwälzung des Klimakteriums und wir haben nur allein die Frage zu entscheiden, ob der Kranke noch arbeitsfähig ist oder nicht. Wenn die Reaktion über das Maß der normalen, sonst leicht zu über-

windenden und des Rentenbegehrens hinausgeht, dann muß der Kranke invalidisiert werden. Allerdings besteht die Aussicht, daß die Invalidenrente nach einigen Jahren wieder entzogen werden kann, obwohl darin eine gewisse Schwierigkeit liegt, da sich daran leicht psychogene Reaktionen anschließen können. Nachuntersuchungen und unter Umständen Rentenentziehung ist erforderlich. Diese Fälle sind die schwierigsten in der Beurteilung, da sie in der Mitte stehen, und da es sehr auf die subjektive Anschauung des Untersuchers ankommt. Eine restlose Entscheidung hat in diesem Fall auch diese Schilderung der Fälle nicht gebracht. Wie schon mehrfach erwähnt, gibt neben längerer Beobachtung besonders eine genaue psychische Untersuchung und Erhebung der Vorgeschichte darüber Aufschluß.

Klarer war die Beurteilung in solchen Fällen, in denen die auf das Klimakterium auftretenden Reaktionen ans Psychotische grenzten, aber noch keine Psychosen darstellten. Wenn die Depression, immer noch in unmittelbarer Abhängigkeit von der körperlichen Umwälzung kaum noch von den sog. endogenen Depressionen zu unterscheiden ist, wenn sich hypochondrische Ideen mit beinahe echt wahnhaftem Charakter finden, wenn das Gesamtverhalten der Kranken des Psychogenen entbehrt, vielmehr in stiller und etwas gehemmter Weise erst auf Drängen die Beschwerden vorgebracht werden oder den Charakter des Monotonen, des Stereotypen zugleich mit einer gesteigerten Bewegungsunruhe annehmen, dann scheint kein Zweifel darüber bestehen zu können, daß die Invalidität, mindestens vorübergehender Art ausgesprochen werden muß. Es kann hier nicht die Frage näher erörtert werden, ob diese psychische Veränderung eine erstmalig auftretende Depression im Sinne der Psychosen des manisch-depressiven Formenkreises zu deuten ist, oder ob es sich hier um eine spezifische klimakterische Psychose handelt, die auch unter dem Namen der klimakterischen oder involutiven Melancholie bezeichnet worden ist. Daß diese psychische Reaktion der endogenen Psychose der Depression sehr nahe verwandt ist, ergibt sich deutlich aus den Symptomen, die oft kaum zu unterscheiden sind. Vielleicht ist hier die hypochondrische Komponente noch stärker ausgeprägt als bei den endogenen Depressionen. Die früher oft betonte Angstkomponente und gesteigerte Unruhe findet sich bei beiden, aber wohl auch in diesem Alter häufiger als bei den früher aufgetretenen Formen. Alle diejenigen Fälle, in denen entweder eine solche Psychose vorlag oder das psychische Verhalten sich dem der Psychose bereits sehr näherte, wurde von uns die Invalidität ausgesprochen. Aber gerade wegen des periodischen Charakters der Erkrankung, die sie auch im Klimakterium bewahrt — wie häufig findet man in dieser Zeit erstmalig aufgetretene Psychosen, die zu Rezidiven neigen! —, und wegen des engen Zusammenhangs mit dem vorübergehenden Klimakterium ist eine Nachuntersuchung dieser Fälle notwendig, da mit einer, wenn auch meist nur vorübergehenden, Besserung zu rechnen ist.

In der III. Gruppe schließlich wurde die Invalidität stets zuerkannt, weil ein organisches oder psychotisches Leiden mit dem Klimakterium zusammenkam. Es fand sich die oft erwähnte und leicht verständliche Verschlechterung im Klimakterium, teils eine wirkliche Verschlechterung, teils nur im Gefühl des Kranken schlechter erscheinend. Eine multiple Sklerose mit einer guten Remission oder eine abgeklungene Depression innerhalb des manisch-depressiven Irreseins braucht noch nicht unbedingt Invalidität zu bewirken. Aber das Hinzukommen der an sich vielleicht nur wenig das Normale übersteigenden klimakterischen Einstellung mit ihren pessimistischen und lebensverneinenden Tendenzen erweckt das Gefühl absoluter Arbeitsunfähigkeit zugleich mit genauester Beobachtung des eigenen Krankheitszustandes, so daß die Kranken, die an sich schon schwer zu kämpfen hatten, nun ganz zusammenbrechen, ohne daß man von einer ausgesprochen psychogenen Einstellung oder von Rentenbegehrungsvorstellungen zu sprechen braucht. In solchen Fällen, in denen also zu einer an sich nicht unerheblichen geistigen oder körperlichen Erkrankung — wir hatten nur mit neurologischen Fällen zu tun! — sich die klimakterische Komponente hinzugesellt, haben wir die Invalidenrente stets befürwortet, auch dann, wenn die allgemeinen Klagen etwas stark übertrieben wurden und das eigentliche Grundleiden schwer zu finden war, da es vollkommen von allgemeinen hypochondrischen Beschwerden verdeckt war.

Wenn auch zum Schluß noch einmal betont werden muß, daß bei der Schwierigkeit der Materie und bei der symptomatologischen wie ätiologischen Unklarheit nicht eine restlose Klärung gefunden werden konnte, so ist es doch wohl gelungen, auf dieses ungemein wichtige und wie mir scheint etwas stiefmütterlich behandelte Gebiet die Aufmerksamkeit gerichtet und zugleich zu einer weiteren Aussprache darüber angeregt zu haben. Invalidität bejahen oder verneinen ist an sich nicht schwer, aber schwerer schon ist, das Urteil zu begründen und am allerschwersten und zugleich am wichtigsten scheint mir zu sein, daß man bei der Beurteilung nach keiner Seite hin Unrecht tut, da man sowohl mit Gewährung wie mit Ablehnung nicht wieder gut zu machenden Schaden anrichten kann.

---