

# Die psychogenen Reaktionen, einschließlich der sogenannten Entschädigungsneurosen.

Von  
Prof. Dr. M. Reichardt, Würzburg.

(Eingegangen am 9. Oktober 1932.)

	Inhaltsverzeichnis.	Seite
I.	Begriffsbestimmung. Die sog. psychogenen Mechanismen . . . . .	1
II.	Die Symptomatologie der psychogenen Erscheinungen . . . . .	8
1.	Die motorischen psychogenen Erscheinungen . . . . .	9
2.	Die sensiblen und sensorischen psychogenen Erscheinungen . . . . .	18
3.	Die psychogenen Veränderungen des Bewußtseinszustandes, der Wahrnehmung, des Denkens, der Stimmung. Die sog. hysterischen Geistesstörungen. . . . .	23
4.	Psychogenie und vegetative Funktionen . . . . .	29
III.	Die psychogene Wunsch- und Zweckreaktion (die hysterische Reaktion)	35
IV.	Die Simulation . . . . .	45
V.	Krankheitswert, Anlässe, Vorkommen, Symptomengestaltung, Diagnose und Behandlung der psychogenen Reaktionen . . . . .	48
VI.	Die sog. Entschädigungsneurosen . . . . .	59
1.	Die organischen und die seelischen (seelisch-nervösen, vegetativen) Unfallfolgen . . . . .	63
a)	Hirnerschütterung und Hirnquetschung . . . . .	63
b)	Erschrecken und sog. Shockwirkung . . . . .	69
c)	Die vegetative und die neuropathische Unfallreaktion . . . . .	74
d)	Der Unfall als sog. psychisches Trauma. Der Unfall als Erlebnis	77
2.	Seelische Einstellungen allgemeinerer Art, im Zusammenhang mit Vorstellungen und Gefühlen von Gesundsein und Kranksein . . .	82
3.	Die seelischen Einstellungen bei Aussicht auf Unfallentschädigung .	87
4.	Die individuelle ärztliche Behandlung der Entschädigungsreaktionen. Die gutachtliche Stellungnahme und die Rechtsprechung . . . . .	98
VII.	Anhang. Begutachtung . . . . .	108
1.	Die Aufgaben des erstbehandelnden Arztes oder Krankenhauses .	108
2.	Die Untersuchung . . . . .	110
3.	Die gutachtliche Beurteilung . . . . .	115
4.	Zur Psychologie des Gutachters . . . . .	121

## I. Begriffsbestimmung. Die sogenannten psychogenen Mechanismen.

Das Wort „psychogen“ heißt seiner sprachlichen Bedeutung nach: Seelisch entstanden, seelisch erzeugt. In diesem Sinne ist es eine ganz unbestimmte Bezeichnung, da schließlich alles, was wir tun und denken, seelisch erzeugt oder entstanden ist. Eine weitere Schwierigkeit, den

Ausdruck „psychogen“ befriedigend zu definieren, liegt darin, daß es zum mindesten äußerst schwer, ja unmöglich ist, die Psyche und das Psychische selbst begrifflich eindeutig festzulegen. In der Psychopathologie hat das Wort psychogen aber eine ganz eng umgrenzte Bedeutung erhalten; und es erscheint nötig, diesen Ausdruck (sofern man ihn überhaupt gebrauchen will; und es gibt Autoren, die ihn vermeiden) eben nur *in dem einen festgelegten Sinne zu verwenden*. Denn die Gefahr ist in solchem Falle ganz besonders groß, daß man ein derartiges Wort zu häufig und als Schlagwort benutzt; daß es — wie sich *Kehrer* ausdrückt — ein geschicktes Deckwort für Vorgänge ist, die man nicht immer beim rechten Namen nennen möchte (oder nennen kann), und daß es daher viel mehr Verwirrung als Nutzen stiftet. Die an sich vorhandene Unbestimmtheit der Bezeichnung „psychogen“ führt den psychologisch weniger Erfahrenen unmittelbar dazu, dieses Eigenschaftswort (z. B. im Gutachten) als Sammelnamen zu gebrauchen, gleichgültig ob eine reine affektive Begleiterscheinung, ein Suggestionssphänomen, eine hysterische Erscheinung im engeren Sinne oder eine Willenshandlung (z. B. Vortäuschung) vorliegt. In solchem Falle das Wort „psychogen“ nach Möglichkeit zu *vermeiden* und durch die genauere Bezeichnung (affektiv, suggestiv usw.) zu ersetzen, sollte das Bestreben jedes Arztes und Gutachters sein.

Als von *Robert Sommer* 1894 die Bezeichnung „Psychogenie“ in die Psychopathologie eingeführt wurde, sollte sie aus dem damaligen umfassenden Sammelnamen „Hysterie“ eine praktisch wichtige Gruppe herausheben und zugleich den mißverständlichen Ausdruck Hysterie nach Möglichkeit ersetzen. Die Benennungen Hysterie und hysterisch haben sich nun, wie der weitere Verlauf gezeigt hat, aus der medizinischen Diagnostik nicht beseitigen lassen; aber der Begriff des Hysterischen hat im Laufe der Zeit eine mehr und mehr eingeengte Bedeutung erhalten (s. später); und die Bezeichnung „psychogen“ ist die allgemeinere geworden als die Bezeichnung hysterisch. Den Erscheinungsweisen der hysterischen Reaktion liegen sog. psychogene Mechanismen zugrunde. Aber nicht alles Psychogene ist hysterisch im jetzigen Sinne. Man gebraucht das allgemeinere Wort „psychogen“ dann, wenn die Erscheinungsweise diejenige der hysterischen Reaktion oder ihr ähnlich ist, ohne daß sich jedoch eine bestimmte Zweckrichtung der Reaktion zum Krankseinwollen feststellen läßt. Während man früher auch die Neurasthenie, die „Schreckneurose“, den Querulantenvahn, die Zwangsnurose, die Paranoia zu den psychogenen Störungen rechnete, empfiehlt es sich, den Namen „psychogene Reaktion“ ausschließlich auf diejenigen Fälle zu beschränken, bei welchen eine körperliche Störung oder ein seelischer Ausnahmezustand aus der Erwartung des Patienten entsteht, daß er die Störung bekommen könnte (*Bumke*). Bei dem Auftreten der Störung bilden also bestimmt gerichtete gefühlsstarke Vorstellungen

eine ausschlaggebende Rolle. Ist die Erwartung des Patienten, an einer solchen Störung zu erkranken, mit dem Wunsch nach dieser Störung gepaart oder ist dieser sogar vorherrschend (liegt also ein besonderes Streben oder Zweckmotiv im Sinne der Krankheitsdarstellung vor), dann kann man die Störung „hysterisch“ (hysterische Reaktion) nennen, also die engere Bezeichnung wählen.

Die psychogene Erscheinung entsteht demnach stets *reakтив* (ist eine besondere Form der seelischen Reaktionen). Aber nicht jede seelische Reaktion ist psychogen. Der Begriff der seelischen Reaktion (des Seelisch-Reaktiven) ist ein außerordentlich viel weiterer als derjenige der psychogenen Reaktion. Affektiv hervorgerufen und psychogen sind nicht gleichbedeutend. Nicht jedes vorhandene psychische Motiv stempelt eine Reaktion zur psychogenen Reaktion. Psychogen und psychisch motiviert sind verschiedene Begriffe, ebenso psychisch ausgelöst und psychogen ausgelöst. Dadurch, daß man seelische Reaktion und psychogene Reaktion identifiziert hat, sind gleichfalls zahlreiche Mißverständnisse und Unklarheiten entstanden. Endlich ist funktionell und psychogen nicht dasselbe.

Für das Zustandekommen der psychogenen Reaktionen sind einige (in individuell verschieden starker Weise bei allen Menschen vorhandene) seelische Eigenschaften Voraussetzung. An erster Stelle ist hier zu nennen die *Beeinflußbarkeit* (Suggestibilität). Hiermit verwandt ist die Induzierbarkeit und die Neigung zur unwillkürlichen Nachahmung. Eine weitere wichtige Gruppe von Eigenschaften ist die Neigung zum Bilden von *überwertigen Ideen* und von sog. Komplexen; ferner die Kata-thymie (Umbildung seelischer Inhalte unter der Wirkung bestimmter Affekte, *H. W. Maier*); und drittens die Neigung zur *Verdrängung*<sup>1</sup>. Zu betonen ist, daß es sich hier um an sich *normale* Eigenschaften und Vorgänge handelt, die allerdings nach Lebensalter, Geschlecht, individueller Veranlagung die größten quantitativen Verschiedenheiten aufweisen können. Vorübergehende Steigerungen der Suggestibilität können z. B. als reaktive Massenerscheinungen vorkommen; dann kann auch der Einzelne eine starke bestimmt gerichtete Steigerung der Suggestibilität zeigen, ohne daß ein solcher Ausnahmezustand eine abnorme Anlage wahrscheinlich macht.

Zum Verständnis der psychogenen Reaktionen sind ferner von größter Bedeutung die ganz engen und nicht zu trennenden Beziehungen des Affektlebens (Gemütslebens, Emotionalität, Affektivität) zu den *zentralen vegetativen Regulierungsstätten* und vermutlich auch zur inneren Sekretion (Schilddrüse, Nebenniere). Der Affekt wirkt (in individuell sehr verschiedener Weise) auf das Körperlische ein (Vasomotorium,

<sup>1</sup> Bezuglich der genaueren Begriffsbestimmungen und sonstigen Schilderungen dieser Eigenschaften und Vorgänge vergleiche die einschlägigen Lehrbücher (*Birnbaum: Handwörterbuch der medizinischen Psychologie; Bumke, Jaspers, Kretschmer*).

Innervation des Verdauungstractus und der Hautwasserdrüsen, Gewebs-turgor, Tonus der willkürlichen Muskulatur, Bewußtsein und Schlaf, Pupille, zum Teil Körpertemperatur usw.). Wir erschließen beim Neben-menschen aus den wahrnehmbaren entsprechenden körperlichen affektiven Begleiterscheinungen, daß bei ihm ein Affekt wirksam ist. Diese Beeinflussung vegetativer Funktionen durch den Affekt (oder dieser sonst irgendwie vorzustellende Zusammenhang zwischen Affektleben und vegetativer Körperlichkeit) unterliegt an sich und unmittelbar nicht dem Willenseinfluß. Sie soll, wie gesagt, auch noch nicht psychogen genannt werden, sondern ist zunächst eine *affektive* Beeinflussung. Auch durch die Vorstellung allein kann die vegetative Tätigkeit nicht beeinflußt werden; und nur der, die Vorstellung jeweils begleitende, Gefühlston oder Affekt wirkt auf das Vegetative. Jemand kann sich z. B. willkürlich und unmittelbar keine „Gänsehaut“ entstehen lassen. Dies gelingt ihm jedoch auf zwei Umwegen: Vom Körperlichen her, wenn er sich willkürlich und absichtlich in eine Situation (z. B. Kälte) begibt, bei welcher die Arrectores pilorum in Tätigkeit treten; und vom Psychischen (Affektiven) her, wenn er sich z. B. lebhaft vorstellt, mit den Fingernägeln der eigenen Hand an einer rauen Wand herunter zu kratzen. Mit einer solchen Vorstellung ist eine eigentümliche Unlustempfindung verknüpft, die ihrerseits (vermutlich durch Vorhandensein eines bedingten Reflexes) zur Gänsehaut führt.

Durch das willkürliche Hervorrufen entsprechender Affekte (Gemütsveränderungen) kann das Individuum also auch gewisse vegetative Veränderungen, welche dem unmittelbaren Willenseinfluß nicht unterworfen sind, erzeugen. Und was hier, willkürlich und im Experiment, geschieht, dies kann ebenso außerhalb der vollen Bewußtseinshelligkeit geschehen, sei es als reine Suggestionerscheinung oder durch die Erwartung oder als instinktive Schutzmaßnahme bzw. als die Folge eines (auch eines verdrängten) Strebens nach Krankheitsdarstellung; diese oder jene vegetativen Funktionen werden dann *aktiv*, entsprechend den jeweiligen Interessen des Individuums, auf dem Umwege der affektiven Erregung in gesteigerte Tätigkeit versetzt oder zu einer besonderen Erscheinungsweise (z. B. als affektiver Pseudoklonus) angeregt. Hiermit tritt der vegetative Mechanismus in den Dienst der psychogenen Ausdrucksweise. Und so gewinnen wir ein Verständnis dafür, wie auch bei der hysterischen (Zweck-) Reaktion vegetative Erscheinungen auftreten können, die auf den weniger Erfahrenen den Eindruck von echten Krankheitserscheinungen machen, tatsächlich aber, mit Hilfe einer entsprechenden vegetativen Anlage, aktiv hervorgerufen oder in Gang gesetzt worden sind. Was hier vom Affekt gilt, dies gilt auch von der verwandten Suggestion und vom Schrecken. Die Wirksamkeit solcher seelischer oder seelisch vermittelter Vorgänge auf das Vegetative kann außerordentlich groß sein, so daß z. B. durch hypnotische Beeinflussungen

Hautblutungen, Stoffwechselveränderungen, Brandblasen hervorgerufen wurden und, bei jahrelanger Einstellung und Konzentration durch Autosuggestion, Stigmatisationen.

Bei alledem dürfen wir aber nicht vergessen, daß die ganz engen Beziehungen zwischen Affektleben und vegetativer Körperlichkeit an sich mit dem „Psychogenen“ im Sinne der obigen Definition nichts zu tun haben. Sie können nur in den Dienst der psychogenen Reaktionsweise treten. Oft genug hat der Arzt in der Praxis Gelegenheit, einen zwar vegetativ stigmatisierten und affektiv leicht erregbaren, aber völlig „gesunden“, voll leistungsfähigen und auch sporttreibenden Menschen zu untersuchen (z. B. anlässlich eines Antrages auf Lebensversicherung). Die, mit der bevorstehenden Untersuchung einhergehende unlustbetonte Erwartung und Spannung kann bei dem vegetativ Stigmatisierten eine sehr lebhafte Pulsbeschleunigung, Blutdruckerhöhung, Schweißbildung, erhöhte Hautschrift, Steigerung der Sehnenreflexe, Zittererscheinungen im Gefolge haben. Dieses affektiv hervorgerufene Syndrom hat mit Psychogenie in unserem Sinne nichts zu tun, findet sich aber auch bei vegetativ Stigmatisierten während der psychogenen und der hysterischen Reaktion. Aus den genannten körperlichen Begleiterscheinungen kann man zunächst nur den Affekt und gegebenenfalls die vegetative Stigmatisation erschließen, dagegen noch nicht ohne weiteres die psychogene oder die hysterische Reaktion. Wem es unangenehm ist, vor dem untersuchenden Arzt zitternd zu erscheinen, der wird das Zittern nach Möglichkeit unterdrücken und wird den zufällig nur mit der Fußspitze aufgesetzten und deshalb klonisch nach oben und unten schlagenden Fuß instinktiv alsbald mit der gesamten Fußsohle aufsetzen, um den affektiven Pseudoklonus zu verhindern. Wer demgegenüber ein Interesse an der Krankheitsdemonstration hat, wird umgekehrt, im Affektzustand, bei der Untersuchung den Fuß nur mit der Fußspitze aufsetzen, um den affektiven Klonus zu zeigen; und so oft der untersuchende Arzt den Fuß des Patienten zum Aufsetzen mit der ganzen Fußsohle zurechtrückt, wird der Patient stets alsbald wieder in die Stellung des Fußes auf der Fußspitze zurückkehren. Hier wird dann die affektive Äußerung der vegetativen Stigmatisation unmittelbar zur *Krankheitsdemonstration* verwendet (hysterische Ausdruckstätigkeit, s. später), während andere affektiv-vegetative Äußerungen (z. B. eine während der Untersuchung affektiv hervorgerufene Blutdrucksteigerung) auch dem Zweckreagierenden unbekannt zu sein pflegen (sie unterstützen ohne sein Wissen und Wollen sein Streben, krank zu erscheinen). Auch ein solches Symptom (affektiv hervorgerufene Blutdrucksteigerung) ist so lange keine „psychogene“ Erscheinung, als nicht der Patient ausdrücklich die Erwartung hat, daß gerade diese krankhafte Erscheinung eintritt.

Es wird teilweise angenommen, daß die Fähigkeit, psychogen oder hysterisch zu reagieren, jedem Menschen innewohne. Hieran ist zunächst

soviel richtig, als der gesunde, erwachsene, voll ausgereifte Mensch dann gegebenenfalls in erhöhtem Maße zu einer psychogenen Erwartungs- oder hysterischen Ausweichreaktion neigen wird, wenn er körperlich und seelisch besonders stark mitgenommen, überanstrengt und aus dem Gleichgewicht gekommen ist, wie wir dies im Krieg gesehen haben. Das Zermürbende des Krieges war für den Frontkämpfer nicht das Überstehen der einmaligen Todesgefahr, sondern das Lebenmüssen in tage- oder wochenlanger stärkster Spannung und Todeserwartung. Tritt hierzu eine beträchtliche Unterernährung und ein dauernder Mangel an Schlaf, so können anscheinend auch vollwertige Menschen vorübergehend versagen und dann (aus Gründen des Selbstschutzes) echte psychogene oder hysterische Ausdrucksweisen zeigen. Hat die körperliche und seelische Erholung wieder Platz gegriffen, dann ist beim wirklich gesunden Erwachsenen auch die Festigkeit und Widerstandsfähigkeit der seelischen Zusammenhänge zurückgekehrt, so daß sich der Betreffende von neuem den früheren Gefahren aussetzen kann. Je größer andererseits die anlage-mäßige seelisch-körperliche Unzulänglichkeit ist, um so größer wird in solchem Falle die Neigung zum Versagen und Ausweichen; und um so mehr gelangen wir in das Gebiet der psychopathischen Konstitutionen. Je früher die Zweckreaktion auftritt, je länger sie dauert, ohne entsprechend schweren Anlaß, um so eher muß eine abnorme, in irgendwelcher Weise nicht ganz vollwertige Anlage (die bis dahin noch keine offensichtlichen Erscheinungen gemacht zu haben braucht) angenommen werden.

Ein weiterer seelisch-körperlicher Mechanismus betrifft den *Bewußtseinszustand*. Jede starke affektive Emotion, ferner ein starkes Erschrecken pflegt das Bewußtsein einzuengen. Bei der Hypnose und bei starken Suggestionen ist es regelmäßig eingeengt. Durch gewollte einseitige Konzentration, durch Ekstase usw. können sehr erhebliche Bewußtseinseinengungen eintreten. Manche Menschen sind ferner jederzeit in der Lage, sich willkürlich in einen Trancezustand zu versetzen. In diesem eingeengten und oft auch sonst veränderten Bewußtseinszustand wirken Suggestionen und Autosuggestionen viel stärker. Ebenso wie der eine Mensch nur sehr schwer oder anscheinend gar nicht und der andere äußerst leicht hypnotisierbar ist, ebenso tritt die Bewußtseins-einengung, auch aktiv und gewollt, bei manchen Menschen sehr leicht und rasch ein. Man könnte hier gleichnisweise sogar von der Schnelligkeit des Herumwerfens eines Hebels sprechen, mit welcher die Bewußtseinsveränderung manchmal eintritt. Die starke affektbeladene Erwartung, daß die Bewußtseinsveränderung eintreten könne, genügt, sie herbeizuführen. Also auch derartige Bewußtseinsveränderungen können in den Dienst der psychogenen und der hysterischen Ausdrucksweise treten. Und was hier von der autosuggestiv hervorgerufenen Bewußtseinseinengung gilt, dies gilt auch von den Suggestions- und Auto-

suggestionserscheinungen im Bereich der willkürlich bewegbaren Körpermuskulatur. Bei manchen (vor allem auch unreifen, jugendlichen) Menschen kann die seelisch-körperliche Labilität so groß sein, daß die starke Erwartung, den Arm nicht mehr bewegen zu können, schon die Suggestion der Armlähmung und diese selbst zur Folge hat. Auch hier hätten wir einen psychogenen Mechanismus vor uns. Meist allerdings verbirgt sich hinter einer solchen längerdauernden und den Gegen-suggestionen trotzenden psychogenen Erscheinung ein Wunsch oder Streben, d. h. eine hysterische Reaktion.

Affektiv-körperliche Zusammenhänge, affektiv oder suggestiv entstandene Bewußtseinsveränderungen, Suggestion und Hypnose selbst mit ihren körperlichen Folgen sind an sich normale Vorgänge und Erscheinungsweisen. Dementsprechend sind auch die psychogenen und die hysterischen Reaktionen nichts von den (unter besonderen Bedingungen) durchschnittlichen Verhaltungsweisen qualitativ, sondern gegebenenfalls nur quantitativ verschiedenes. Das Auftreten psychogener und hysterischer Erscheinungen hat gewöhnlich eine stärkere seelisch-körperliche Schaltungskraft (wenn solche Gleichnisse hier erlaubt sind), eine größere Labilität seelisch-körperlicher Zusammenhänge zur Voraussetzung. Ja, man kann sogar als das eigentliche Charakteristikum der psychogenen und hysterischen Erscheinungen und ihres Auftretens „die außerordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit ansehen, mit welcher sich psychische Zustände in mannigfachen körperlichen Störungen wirksam zeigen, seien es Anästhesien oder Parästhesien, seien es Ausdrucksbewegungen, Lähmungen, Krämpfe oder Sekretionsanomalien“ (*Kraepelin*). Die Erwartung, daß die Erscheinung eintreten könne (psychogene Reaktion), oder der versteckte Wunsch, daß sie eintreten solle (hysterische Reaktion), bringt, vermöge der gesteigerten Suggestibilität und Labilität, die Erscheinung tatsächlich zustande. Wer vor allem bewußtseinslabil ist, dessen Erwartung oder Wunsch wird sich in erster Linie auf eintretende Bewußtseinsveränderungen richten. Wer eine besondere Neigung zu Zitter- und Klonuserscheinungen hat, dessen Aufmerksamkeit wird sich zunächst hiermit beschäftigen. Psychogene Lähmungen, Anfälle usw. entstehen teils entsprechend der jeweiligen Anlage und teils in psychologischem Zusammenhang mit dem verursachenden Anlaß. Aber auch andere Anlagen oder körperliche Veränderungen können bestimmend werden: Wer sprechungswandt ist oder zur Heiserkeit neigt, für den liegt eine psychogene Stummheit oder Aphonie am nächsten. Der einseitig Schwerhörige oder Schwachsichtige wird auf die betreffenden Sinnesorgane hingelenkt (psychogene Taubheit oder Blindheit). Oder die primäre Schreckreaktion kann mit ihrem Zittern, Schreckstupor, ihrer vorübergehenden Sprachlosigkeit oder Bewußtseinsveränderung die Ausdruckstätigkeit für die spätere psychogene Reaktion bestimmen. Sobald ein Streben hinzutritt, ist der

von *Kretschmer* (c; s. unten) so genannte Vorgang der willkürlichen Reflexverstärkung, namentlich beim Zittern, in vielen Fällen nachweisbar. Bahnung, Einschleifung, Gewöhnung, Fixierung, Bildung bedingter Reflexe können eine Rolle spielen, vor allem auch im Bereich der vegetativen Ausdruckstätigkeit. Ist ein Organ und namentlich seine vegetative Innervierung mangelhaft angelegt, dann kann sich auch der psychogene Mechanismus vor allem in diesem Organ zeigen (sog. Organminderwertigkeit, körperliches Entgegenkommen).

## II. Die Symptomatologie der psychogenen Erscheinungen.

Die Folgezustände von affektiven Erregungen (Zittern, Pulsbeschleunigung, Reflexsteigerungen, Schwitzen, Schlafstörungen usw.) haben also mit den psychogenen Erscheinungen in unserem Sinne zunächst noch nichts zu tun. Ganz allgemein ist zu sagen, daß der Affekt körperliche Zustände oder Abläufe (auch Willkürhandlungen) beeinflussen kann. Das Seelische kann in solchem Falle fördern, aber auch hemmen. Bestimmte Affekte beeinflussen ferner die vegetative Tätigkeit, ohne Wissen und Willen des Betreffenden. Eine Erwartungssituation (unmittelbar bevorstehendes Examen, öffentliches Auftreten usw.) beschleunigt bei dem einen Teil der Menschen z. B. den Stuhlgang und wirkt bei anderen verstopfend. Diese vegetative Beeinflussung geschieht ohne speziell auf den vegetativen Vorgang gerichtete Aufmerksamkeit und ist eine Teilerscheinung der (individuell sehr verschiedenen) hohen Labilität des Vegetativen und seiner Ansprechbarkeit vom Psychischen her. Die vegetative Anregbarkeit durch das Psychische kann jeweils um so größer sein, je mehr zu dem betreffenden Zeitpunkt der vegetative Apparat ohnehin das Bedürfnis hat, in Tätigkeit zu treten. So gelingt die psychische Intätigkeitsetzung der Speichel- und Magensaftdrüsen (Vorstellung einer appetitanregenden Speise) viel eher und stärker bei leerem als bei vollem Magen. Im übrigen kann man auch bei diesen vegetativen Reaktionen den Maßstab der Zweckmäßigkeit und Unzweckmäßigkeit anlegen und von ihm aus auf das Fehlen oder Vorhandensein abnormer oder störender vegetativer Anlagen schließen.

Bei einer zweiten Gruppe von Störungen wird die ängstliche Aufmerksamkeit auf den betreffenden vegetativen Vorgang oder den motorischen Automatismus selbst gerichtet, mit der Befürchtung, er könne nicht in normaler Weise ablaufen. Hierher gehören die ängstliche Erwartung des Stuhlganges<sup>1</sup>, die psychische Impotenz, viele Fälle

<sup>1</sup> Gleichzeitig pflegen solche Patienten den Stuhlgang durch Bauchpresse oder Abführmittel erzwingen zu wollen und stören hierdurch die Verdauung nachhaltig. Der Stuhlgang wird wieder normal, wenn es gelingt, den Patienten dahin zu bringen, daß er seinem Stuhlgang gegenüber sorglos wird, nur auf das Klosett geht, wenn er wirklichen Stuhldrang hat, niemals die Bauchpresse aktiv in Tätigkeit setzt und wenn er auch die Flatus außerhalb des Stuhlganges zurückhält usw.

von Stottern, gewisse Störungen beim Schreiben, Klavierspielen, beim Gehen, Schlucken, öffentlichen Reden usw. *Kraepelin* und *Isserlin* haben diese Reaktion als *Erwartungsneurose* beschrieben. Sie ist zu den „psychogenen Erkrankungen“ gerechnet worden, bildet aber mehr eine Gruppe für sich (Situationsangst, oft nach vorhergegangenem Mißerfolg). Die affektgeladene Erwartung ist in erster Linie darauf gerichtet, daß der normale Ablauf nicht eintreten werde, dagegen nicht primär darauf, daß die Störung zustande kommt. Die Psyche des Patienten befindet sich viel stärker in Spannung, in Abwehrstellung und im Kampf gegenüber den zwangähnlichen Befürchtungen, als dies bei den meisten psychogenen Erscheinungen in unserem Sinne nachweisbar ist. Der Affekt stört unmittelbar und oft unwiderstehlich, während die Suggestion bei der sog. Erwartungsneurose keine ausschlaggebende Rolle spielt. Es ist zweckmäßig, derartige reine Erwartungsstörungen von den psychogenen Erscheinungen im engeren Sinne abzusondern.

Abzutrennen von den psychogenen Erscheinungen in unserem Sinne sind endlich die aus Zwangsimpulsen<sup>1</sup> entstehenden Bewegungen (Zwangstic), ferner die reinen Gewohnheits- und Nachahmungserscheinungen auf motorischem Gebiet. Jedoch können Gewohnheitsreaktionen auch bei echten psychogenen motorischen Störungen auftreten, anscheinend sogar viel leichter als durchschnittlich beim ganz Gesunden.

### 1. Die motorischen psychogenen Erscheinungen.

Bei der Analyse des Zustandekommens motorischer psychogener Erscheinungen ist unter anderem zu beachten, daß die motorischen Fähigkeiten der gesunden Erwachsenen zahlreiche und wesentliche individuelle Verschiedenheiten (partielle Begabungen oder Defekte) aufweisen. So vermögen manche Personen einzelne Muskeln (auch den Heber des oberen Augenlides) oder Muskelgruppen willkürlich mehr zu erschlaffen, als dies die Mehrzahl der Mitmenschen fertig bringt. Manche können einzelne Muskeln, z. B. das Platysma, willkürlich und ziemlich isoliert innervieren, auch in länger dauernde klonische Zuckungen versetzen. Andere können nach Wunsch beliebig oft rülpser. Manche können mit einem Minimum von Kraftanstrengung zitterartige Bewegungen eines Unterarmes ausführen, sowie hierbei sprechen oder mit dem andern Arm gleichzeitig einzelne Willkürbewegungen von anderem Rhythmus ausführen, ohne daß hierdurch die zitterartigen Bewegungen ersichtlich

<sup>1</sup> Es gibt auch reaktive motorische Automatismen, die nicht zwangsmäßig im psychologischen Sinne auftreten. Ein Arzt, der an Paradentose leidet und eine Zahnprothese tragen muß, berichtet von sich, daß der Zahnersatz ihn „unwillkürlich“ veranlaßte, rhythmisch die Zähne leicht aufeinander zu beißen (eine Art von automatisch eintretendem Spieltrieb). Es gelinge vorübergehend stets und ohne Unlustempfindungen, diese motorische Reaktion zu unterdrücken. Aber sobald er die Aufmerksamkeit hiervon abwende, erfolge das Innervieren der Kau-muskeln wieder, bis er sich von neuem hierbei ertappt.

gestört werden. Eine Versuchsperson konnte, ohne jede vorangegangene Einübung, vor Zeugen 2 Stunden lang mit dem rechten Unterarm „zittern“ und sich hierbei in gewöhnlicher Weise unterhalten. 10 Min. lang führte diese Versuchsperson, mit gebeugtem Unterarm, rasche schüttelnde Drehbewegungen des Unterarmes aus und die nächsten 10 Min., bei gestrecktem und herabhängendem Arm, ein Beuge- und Stretschütteln. Während die eine Muskelgruppe in Tätigkeit war, konnte sich die andere ausruhen. Solche motorische Fähigkeiten können auch zur Simulation benutzt werden. Man erfuhr aus Selbstgeständnissen von Kriegszitterern, daß es zuerst sehr schwer gewesen sei, das Zittern durchzuführen; man ermüde sehr leicht; habe man aber einen Tag lang gezittert, dann sei es sehr leicht, es dauernd ohne Ermüdung beizubehalten (*Hirschfeld*). Es mag sein, daß bei solchen Personen die Vorgänge der Einschleifung und Gewöhnung besonders rasch vor sich gehen können. Hierzu tritt dann bei diesen oder jenen Personen noch eine erhöhte darstellerische Begabung, infolge welcher Ausdrucksbewegungen nicht nur sehr echt wirken, sondern auch viel weniger oder gar nicht ermüden.

Als allgemeine Charakteristica der motorischen (wie auch der übrigen) psychogenen Erscheinungen sind zu nennen: Die psychische Entstehung, die grundsätzliche Rückbildungsfähigkeit durch psychische Einwirkungen, speziell auch durch Psychotherapie (auch wenn im Einzelfall gelegentlich die seelische Beeinflussung versagen kann, infolge zu starker entgegengesetzter Strebungen; s. später), sowie die sehr häufige Entstehung aus einer gegebenen Situation heraus, welche die spezielle motorische Erscheinung nahelegt (z. B. Armverletzung — psychogene Armlähmung; anfängliches Schreckzittern — psychogenes Dauerzittern usw.). Die motorischen psychogenen Erscheinungen, soweit sie in Differentialdiagnose mit neurologischen Symptomen treten, entsprechen nicht den neurologischen Symptomenbildern oder Bewegungsstörungen, sondern dem *Vorstellungslieben* des Reagierenden. Viele motorische psychogene Störungen unterscheiden sich nach ihrem äußeren Bild nicht von gewollten Bewegungen oder Bewegungsunterlassungen. Was Suggestion oder Hypnose auf motorischem Gebiet bewirken können, dies vermag auch der psychogene Mechanismus (der in erster Linie offenbar ein autosuggestiver ist) hervorzubringen. Durch besondere Anlage einerseits, Einschleifung, Fixierung und Gewöhnung andererseits können mehr oder weniger weitgehende Mechanisierungen der motorischen psychogenen Erscheinung eintreten. Über die Unterschiede gegenüber der Simulation s. später.

Im Kriege stand, bei den sog. Kriegsneurosen, das Zittern in den verschiedensten Formen wohl an erster Stelle. Der Gesunde zittert aus Erregung, Schrecken, Angst, Ermüdung, Kälte. Das Kältezittern tritt bei manchen Menschen (namentlich Unterernährung, Asthenie, vor-

zeitige Rückbildung) besonders leicht ein; hierbei ist dann gewöhnlich auch eine Erhöhung der mechanischen Muskeleregbarkeit nachzuweisen. Weiter gibt es ein konstitutionelles, essentielles, neuropathisches, gelegentlich auch familiär auftretendes Zittern; und drittens die einzelnen Formen des sog. organischen Zitterns (das Antagonistenzittern, das statische und das Intentionszittern). Wer eine Diagnose auf affektives oder psychogenes Zittern stellen will, muß die Eigenarten einerseits des „nervösen“ (neuropathischen) und dann namentlich des parkinsonistischen sog. Ruhezitterns kennen, insbesondere auch das Intätigkeittreten von Muskeln hierbei, die einzeln willkürlich nicht in Aktion gesetzt werden können; ferner den viel strengerem Rhythmus, das gelegentliche periodische An- und Abschwellen und die größere Unabhängigkeit des organischen Zitterns von Umwelteinwirkungen beachten. Durch den Affekt pflegen auch die organischen Zitterarten verstärkt zu werden. Aktive Muskelentspannung und passive Bewegungen vermögen auch das parkinsonistische Zittern vorübergehend günstig zu beeinflussen oder zum Verschwinden zu bringen.

Als psychogenes Zittern würde ein Zittern zu bezeichnen sein, welches aus der Erwartung des Betreffenden, daß er diese Störung bekommen könnte oder möchte, entsteht. Die ärztliche Erfahrung am Einzelfall lehrt, daß speziell beim sog. psychogenen Armzittern meist (vermutlich sogar stets) besondere *aktive* Innervationskomponenten nachweisbar sind, die über das Reflexmäßige des reinen Schreck- oder Affektzitters wesentlich hinausgehen. Dieser Nachweis geschieht durch die Aufforderung an den Patienten, zu entspannen, und durch eingehende Untersuchung mit passiven Bewegungen in den verschiedensten Armstellungen. Weiterhin kann man sog. Störungsversuche anstellen (rhythmisiche gleichartige Freiübungen mit dem zitternden und dem nicht zitternden Arm, oder mit diesem allein, wobei die befohlene Willkürbewegung des nicht zitternden Armes durch die an den zitternden Arm gegebenen aktiven Innervationen gehemmt oder sonstwie beeinflußt wird, und umgekehrt der willkürliche Rhythmus des nicht zitternden Armes sich auch den Zitterimpulsen mitteilt). Bei Fesselung der Aufmerksamkeit des Zitternden pflegt das Zittern nachzulassen oder vorübergehend zu verschwinden. Die genaue unauffällige Beobachtung des Zitternden (Aus- und Ankleiden) läßt erkennen, daß z. B. im Augenblick des Zuknöpfens oder Bindens einer Schleife das Zittern momentan aufhört und die gewollte Bewegung mit großer Präzision vor sich geht. Man muß also beim sog. psychogenen Zittern *eingehend untersuchen* und die Untersuchungsbedingungen nach Möglichkeit variieren; man muß die Zitterbewegungen analysieren und außerdem den Zitternden stundenlang (etwa gelegentlich des Studiums umfangreicher Akten) unauffällig beobachten, sowie hierbei auf einen Wechsel der zitternden Bewegungen, d. h. auf ein Intätigkeittreten anderer Muskelgruppen

oder auf Änderungen in der Stärke oder im Rhythmus des Zitterns oder Wackelns und das Auftreten von Ermüdungserscheinungen achten.

Eine genaue, möglichst unvoreingenommene Analyse derartiger psychogener motorischer Zittererscheinungen lehrt, daß ihnen im allgemeinen kein besonderer Krankheitswert zukommt. Hiermit stimmen auch die experimentellen Ergebnisse von *Otto Löwenstein* überein: Es gibt zwar verschiedene Grade, aber keine Vollständigkeit der Mechanisierung psychogener Zittererscheinungen. Die durch bestimmte Spannungsreize erregte Aufmerksamkeit pflegte die Entwicklung des psychogenen Zitterns zu hemmen. *Löwenstein* traf niemals einen psychogenen Zitterzustand an, der so in der Psyche seines Trägers verankert gewesen wäre, daß er nicht durch mehr oder weniger starke Furchtsuggestionen in entscheidender Weise hätte beeinflußt werden können. Das langdauernde echte psychogene Zittern (welches, wie gesagt, mit dem rein affektiven Zittern niemals verwechselt werden darf) findet sich wohl nur im Zusammenhang mit dem Wunsch oder Streben, für krank zu gelten, würde also im wesentlichen in die hysterische Ausdruckstätigkeit (s. später) gehören.

Von Bedeutung für das Verständnis des Zustandekommens sog. psychogener Zitter- oder Klonuserscheinungen und Reflexverstärkungen ist eine Summe von Vorgängen, die *Kretschmer* (c und d) genauer analysiert und als *willkürliche Reflexverstärkung* bezeichnet hat. Wir müssen auch bei der unbeabsichtigten Tonuserhöhung der willkürlich bewegbaren Körpermuskulatur verschiedene Entstehungen unterscheiden (Kälte einerseits, Affekt andererseits). Die starke allgemeine geistige Konzentration, eine zielgerichtete geistige Arbeit vermag, auch ohne daß der Muskulatur die Aufmerksamkeit zugewendet wird, eine gewisse Erhöhung des Muskeltonus zu bewirken. Ferner genügt die Hinlenkung der Aufmerksamkeit auf die Bewegungen eines Gliedes, den in dem betreffenden Glied herrschenden Muskeltonus zu modifizieren, auch ohne daß an dieser Modifikation aktive Willensvorgänge beteiligt sind (*Löwenstein*). Ein motorischer Impuls, der willkürlich in eine Muskelgruppe gegeben wird, verstärkt den Tonus auch in der übrigen willkürlich bewegbaren Körpermuskulatur<sup>1</sup>. Es gibt auch eine willkürliche Tonuserhöhung am scheinbar ruhenden Muskel. Man kann durch eine gewisse leichte aktive Spannungsvermehrung einen erwarteten Reflex verstärken; oder man kann affektiv, bzw. durch Kälte oder Ermüdung entstandene Zitter- und Klonuserscheinungen eine Zeitlang willkürlich unterhalten. Solche Zitter- oder Klonuserscheinungen gleichen den unwillkürlichen (reflektorischen), werden aber trotzdem willkürlich unterhalten. Durch dauernde affektive und auch willkürliche Zitter- oder Klonusbereitschaft,

<sup>1</sup> Hierauf beruht auch die Wirkungsweise des *Jendrassik'schen* Handgriffes, welcher demnach nicht in erster Linie der Aufmerksamkeitsablenkung dient, sondern der Tonuserhöhung; vgl. meine Abhandlung in *Z. Sinnesphysiol.* 41 (1907).

durch dauerndes willkürliches Sichhineinsteigern in starke Affekte, oft verbunden mit einer anlage- oder situationsmäßig erhöhten affektiven Erregbarkeit, können Zitter- oder Klonusformen produziert werden, die unmittelbar willkürlich nicht hervorruftbar sind. Ihr rasches Verschwinden, sobald der Affekt abklingt, zeigt wiederum den geringen Krankheitswert des Symptomes. Wird die aktive Zutat zur Muskelinnervierung nicht bewußt-willkürlich, sondern minderbewußt (außerhalb der Bewußtseinsklarheit), unbemerkt oder durch Selbstsuggestion geleistet, dann kann man solche Zitter- und Klonuserscheinungen auch psychogene nennen. Auch Reflexerhöhungen, unerschöpflicher Fußklonus, ein- oder doppelseitig, können auf solche Weise Zustände kommen, dagegen anscheinend niemals ein echtes *Babinskisches Zeichen*.

Im übrigen ist die Symptomatologie der psychogenen motorischen Erscheinungen, abgesehen von den Zittererscheinungen verschiedenster Art und Wertigkeit, eine ungeheuer große. Ich nenne hier Kontrakturen, Spasmen, Ticformen, ferner ganz groteske Haltungs- oder Bewegungserscheinungen (namentlich bei Schwachsinnigen oder Psychopathen), die zum Teil als fixierte Entartungen körperlicher Reaktionen (*Kehrer*) oder als (mehr oder weniger verzerrte) hypochondrische Ausdruckserscheinungen zu betrachten sind. Erklärungen nach Art von Koordinationsstörungen, Innervationsentgleisungen usw. können nicht als richtig bezeichnet werden (Einzelheiten siehe in der besonders gründlichen Abhandlung von *Kehrer*, b, der auch diese Darstellung zum Teil entnommen ist). Meist handelt es sich hier um Zweckbewegungen auf Grund bestimmter seelischer Motive, überwertiger Vorstellungen und dgl. Den psychogenen Muskelkontrakturen stehen die psychogenen schlaffen Lähmungen gegenüber. Beide können sich auch zusammen verbinden. Die hysterische Gangstörung zeigt oft auch fixierte Ausdrucksbewegungen, fixierte Schmerzabwehrhaltungen. Es ist notwendig, daß sich der untersuchende Arzt nach Möglichkeit seinen Blick an den organischen Lähmungen aller Art und den chirurgischen Bewegungsbehinderungen schärft. Häufig sind die psychogenen Fixierungen ursprünglich organischer Lähmungen oder die psychogenen Zutaten oder Aufpropfungen auf die organische Störung. Verhältnismäßig oft waren im Krieg zu beobachten organisch-psychogene Mischlähmungen im Bereich eines Gesichtsnerven. Das Ausbleiben des *Bellschen Zeichens* beweist nichts gegen die teilweise organische Lähmung. Dagegen gehören Abwandlungen des *Bellschen Zeichens* im Sinne nicht physiologischer Abweichungen des Augapfels in die hysterische Ausdruckstätigkeit. Die hysterischen Scheinlähmungen im Gesicht sind keine schlaffen Lähmungen, sondern beruhen auf einem Verharren der Muskeln entweder in einer gewohnheitsmäßigen Mittelstellung infolge mehr oder minder gleichmäßiger Dauerinnervation von Agonisten und Antagonisten oder in einer Kontrakturstellung des oder der Antagonisten (*Kehrer*). Die

schlaffe Totallähmung von Gliedmaßen, bei welcher der Nachweis irgendwelcher Beweglichkeit unter keinen Bedingungen gelingt (sog. Reflexlähmung), kann psychotherapeutisch ebenfalls restlos beseitigt werden. An den Augen kommen psychogene Ptosis, Krampfzustände der Augenmuskeln und, am häufigsten, Blepharospasmus vor. Das Vorkommen einer psychogenen vollkommenen Unansprechbarkeit einzelner oder aller Augenmuskeln ist noch nicht beobachtet worden. Eine Dissoziation der Augenbewegungen kann (selten) psychogener Natur und psychotherapeutisch heilbar sein. Irgendwelche physische habituelle Labilität dürfte aber hierbei anzunehmen sein. Der echte Nystagmus (Pendelnystagmus oder der Rucknystagmus mit schneller Einstellungs- und langsamer Rücklaufbewegung) ist nicht psychogen. Aber ein nystagmusähnliches Augenzittern findet sich manchmal zusammen mit anderen psychogenen Bewegungsscheinungen und kann auch willkürlich hervorgerufen werden. Durch dauerndes starkes Einwärts-schielen (kenntlich unter anderem an der starken Konvergenzeinstellung der Pupillen) können sog. Konvergenzspasmen in den Augenmuskeln auftreten, oft zusammen mit krampfhaften Bewegungen in der Lidmuskulatur (Blepharospasmus u. a.). Hierdurch können gleichfalls nystagmusähnliche Zuckungen (von nicht ganz regelmäßigem Rhythmus) entstehen, außerdem auch Störungen im koordinierten Zusammengehen der Augen, indem bei seitlichen Blickbewegungen das eine Auge vorübergehend stillsteht und nur das andere Auge sich bewegt. Derartige okulare Bewegungsstörungen als Folge von Fehlinnervationen der Willkürbewegungen an den Augen können von echten organischen neurologischen Symptomen an den Augen vorübergehend sehr schwer unterscheidbar sein. Es können also, im Gefolge psychogen entstandener oder hysterischer Bewegungsscheinungen an den Augenmuskeln, Bilder entstehen, die sich weit entfernen von dem, was der gesunde Mensch ohne Übung und Gewöhnung mit seinen Augenmuskeln leisten kann. Ähnliches gilt gegebenenfalls von allen psychogenen motorischen Erscheinungen. Ein häufiges nicht psychogenes (sog. neuropathisches) Merkmal sind rasche Augenzuckungen bei extremer Seitwärtswendung der Augäpfel.

Es ist wichtig zu wissen, daß bei der schlaffen psychogenen Arm- oder Beinlähmung *vasomotorische Störungen* (blaurote kühle Haut) und, bei genügender Dauer, auch Ernährungsstörungen im Gewebe (Glanzhaut, Volumensverkleinerung des Muskels, sog. *Sudecksche Knochenatrophie*, organische Gelenkversteifungen) auftreten können. Wir haben hier einen vegetativen Mechanismus vor uns, der wahrscheinlich eine bestimmte (asthenische) Veranlagung voraussetzt und auch bei jeder nicht psychogen bewirkten Inaktivität (zu lange liegende Verbände) eintreten kann. Auch der umgekehrte Weg kommt vor, daß nach chirurgischer Verletzung, infolge starker, entsprechender körperlicher Veranlagung, zuerst die Ernährungsstörung der Haut, Muskeln und Knochen

einsetzt und sich an diese erst sekundär ein psychogenes oder hysterisches Bild mit Lähmung anschließt. Therapeutisch ist, neben der zielbewußten Psychotherapie, auf die möglichst frühzeitige und ausgiebige aktive und passive Bewegung (auch wenn hierdurch starke Schmerzen entstehen), Massage usw. der größte Wert zu legen.

Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen können psychogener Entstehung sein. Aphasische Symptome können, nach Abklingen der organischen Grundlage, psychogen festgehalten oder, bei vorhandenem organischen Restzustand, psychogen ausgebaut und umlagert sein. Die echten hysterischen Reaktionen Hirnverletzter unterschieden sich im Krieg nicht von denen anderer Hysterischer mit nicht verletztem Hirn. Streng zu unterscheiden hiervon sind, namentlich bei Stirnhirnverletzungen, hysterieähnliche oder psychopathieähnliche psychische Störungen, die vorläufig den organischen Symptomen zuzurechnen sind. Beim psychogenen und hysterischen Stottern ist meist eine artikulatorische Koordinationsschwäche aus der Kindheit anzunehmen. Eine reaktive Depression und Energielosigkeit kann Stottererscheinungen aus der Kindheit, welche überwunden schienen, wieder zum Vorschein bringen, auch ohne daß man ein psychogenes Stottern im engeren Sinne anzunehmen braucht. Andererseits gibt es auch ein organisches, cortical verursachtes Stottern, auch als Resterscheinung mancher aphasischen Störungen.

Die psychogenen und hysterischen *Anfälle* waren in den ersten Kriegsjahren häufig, büßten dann aber um so mehr ihre Bedeutung ein, je mehr die zunehmende psychopathologische Erfahrung den psychogenen Mechanismus der Anfälle durchschaute und beseitigen konnte. Ein Teil der psychogenen Anfälle entspricht, dem Aussehen nach, dem Bild ungezügelter und ungeordneter, zum Teil ganz hemmungsloser affektiver und auch willkürlich erscheinender Ausdruckstätigkeit (Affektstürme, sog. Ausdruckskrämpfe); ein zweiter Teil ist unterlegt mit Erinnerungserlebnissen (auch erotischer Natur), die anscheinend von neuem durchlebt werden. Wieder andere hysterische Anfälle ähneln epileptischen Anfällen, zumal da die Kenntnis von dem Verlauf und den Symptomen des epileptischen Anfalles in weite Kreise gedrungen ist (in einzelnen Lazaretten gab es schriftliche Anweisungen, wie epileptische Anfälle zu simulieren sind). Bei der Differentialdiagnose der psychogenen Anfälle sind zuerst die epileptischen Anfälle zu berücksichtigen. Der epileptische Anfall tritt im allgemeinen „von selbst“ (autochthon) auf, der psychogene Anfall reaktiv. Epileptische Anfälle können auf suggestivem Wege weder ausgelöst noch beendet werden, im Gegensatz zu psychogenen und hysterischen Anfällen. Bei epileptischen Anfällen spielt die psychisch vermittelte Umwelt *keine* Rolle, eine um so größere aber bei den psychogenen und hysterischen Anfällen. Die psychogene Bewußtseinsabspaltung im Anfall *kann* beträchtlich sein; im allgemeinen ist aber ein Rapport möglich. Hysterische Anfälle treten um so öfter auf,

je mehr sie nach Ansicht des Hysterischen auf die Umwelt Eindruck machen und den beabsichtigten Zweck erreichen helfen; sie verschwinden um so eher, je weniger sich die Umgebung um die Anfälle bekümmert. In den Kriegslazaretten konnte oft mit Erfolg die Gewährung eines gewünschten Urlaubes von dem Ausbleiben der Anfälle abhängig gemacht werden. Man erkennt hieraus, daß das Auftreten hysterischer Anfälle nicht unabhängig von Willensanstößen ist. Das *Babinskische* Zeichen nach dem Anfall spricht für Epilepsie, kann aber auch nach echten epileptischen Anfällen fehlen. Pupillenstarre kommt (selten) auch bei psychogenen Anfällen vor und wird manchmal im epileptischen Anfall vermißt. Ein Zusammenkneifen der Lider bei der Pupillenuntersuchung im Anfall spricht für Psychogenie, ist aber gleichfalls kein ganz zuverlässiges Unterscheidungsmerkmal. Zungenbisse, Einnässen usw. können bei epileptischen Anfällen fehlen und bei hysterischen Anfällen vorhanden sein (wenn der Hysterische weiß, daß derartiges zum Anfall gehört). Epileptiker können nebenher auch hysterisch reagieren und echte hysterische Anfälle haben. Anfälle, welche aus dem Schlaf heraus entstehen, können (selten) hysterischer Natur sein (bei sehr erniedrigter Reizschwelle und sehr eingeschliffenem Mechanismus). Meist aber sind die aus dem Schlaf entstehenden Krampfanfälle epileptische oder epileptiforme. Der Arzt, welcher zu einem Anfall gerufen wird, diesen aber nicht mehr miterlebt, erkundige sich unauffällig und in suggestionsfreier Weise, ob irgendwelche seelisch vermittelten Anlässe für den Anfall erkennbar bzw. wahrscheinlich sind. Jedoch dürfen nicht alle reaktiv auftretenden Anfälle psychogen oder hysterisch genannt werden. Die reaktive neuropathische Ohnmacht und die reaktiven epilepsieähnlichen Anfälle mancher Psychopathen, auf dem Höhepunkt stärkster Affekterregung auftretend, haben mit psychogenen Anfällen an sich nichts zu tun; ebensowenig manche nächtliche neuropathische oder psychopathische reaktive Störungen (*Pavor nocturnus*, *Nachtwandeln*). Indes kann die reaktive neuropathische Ohnmacht auch psychogen ausgelöst werden; und auch in die Symptomenbilder der nächtlichen Angst und des Somnambulismus kann sich die hysterische Reaktion kleiden.

Das Schwanken des Körpers beim *Rombergschen Versuch* wird man nur dann psychogen nennen dürfen, wenn — bei selbstverständlicher Voraussetzung des Fehlens aller organischen Störungen im Bereich des Zentralnervensystems oder inneren Ohres — dieses Schwanken lediglich deshalb eintritt, weil sein Eintreten erwartet wird, ohne daß der Untersuchte bewußt in aktiver Weise dieses Schwankens unterstützt. Das Zustandekommen eines solchen Schwankens ähnelt also denjenigen Körperbewegungen, wie sie, von der ausführenden Person selbst unbemerkt, gelegentlich des sog. Tischrückens oder des siderischen Pendels u. dgl. auftreten. Ein Untersuchter, welcher beim *Rombergschen Versuch* so reagiert, müßte also ahnen, vermuten oder wissen, daß ein

bestimmtes Schwanken bei diesem Versuch als Krankheitssymptom gilt. Tatsächlich haben einzelne Personen, im Zustand der Krankheitserwartung oder Krankheitsangst oder bei Zweckreaktionen, gelegentlich derartiger ärztlicher Untersuchungen ein ungewöhnlich großes Einfühlungsvermögen oder eine geschärzte Auffassungs- und Kombinationsgabe, worauf untersucht werden könnte, sowie eine sehr gesteigerte Suggestibilität. Der untersuchende Arzt hat also auf das sorgfältigste alle Ausdrucksbewegungen zu vermeiden, welche dem Untersuchten irgendwelchen Anhaltspunkt, wozu die Untersuchung unternommen wird, oder eine Suggestion geben könnten. Noch gegenwärtig sind manche Ärzte so unvorsichtig, sich mit ausgebreiteten Armen vor den Untersuchten zu stellen, bereit, den Patienten aufzufangen, wenn der *Rombergsche* Versuch begonnen wird; und dann ist es mehr als naheliegend, wenn der Untersuchte aus nicht organischen Gründen schwankt oder umfällt. Und außerdem ist die Kenntnis davon, daß ein Schwanken oder Hinfallen beim *Rombergschen* Versuch ein nervenärztliches Krankheitssymptom sein kann, in weiteste Laienkreise gedrungen. Man untersuche also unauffällig in irgendwelcher Weise auf das *Rombergsche* Zeichen, indem man z. B. eine Hör- oder Geruchsprüfung, den Zeigerversuch im Stehen bei geschlossenen Augen ausführen läßt, nachdem man vorher bei offenen Augen im Sitzen untersucht hatte. Weiterhin muß der untersuchende Arzt wissen, daß der Ausfall des *Rombergschen* Versuches bei Tabes und bei labyrinthären Erkrankungen ein verschiedener ist. Der stehende Tabeskranke, welcher die Augen schließt, schwankt, sucht aber zu balanzieren und das Gleichgewicht zu regulieren; bei ihm genügt in der Regel ein geringfügiger sensibler Eindruck, z. B. das Berühren einer Fingerspitze, um die (durch den Augenschluß wegfallende) visuelle Kontrolle einigermaßen zu ersetzen. Bei gewissen Labyrintherkrankungen tritt demgegenüber von vornherein ein unwiderstehlicher Zug (meist nach der erkrankten Seite) und gegebenenfalls ein Umfallen ohne vorangegangene versuchte Gleichgewichtsregulierung ein. Man darf ein solches organisches Symptom niemals mit einem „hysterischen Romberg“ verwechseln. Meist werden bei diesen organischen Gleichgewichtsstörungen auch andere Symptome der gestörten Funktion des Labyrinthes oder des zentralen Vestibularsystems vorhanden sein; und daß derartige Untersuchungen nur in gemeinsamer Arbeit mit einem erfahrenen Otologen vorgenommen werden dürfen, versteht sich von selbst.

Es ist wahrscheinlich, daß das echte psychogene Schwanken beim *Rombergschen* Versuch niemals solche Grade erreicht, daß der Untersuchte umfällt. Ergreift man während des *Rombergschen* Versuches die Hände der psychogen schwankenden Person und gibt ihr so einen festen Halt, dann hört das Schwanken auf. Eine bei solcher Versuchsanordnung zutage tretende starke Zugwirkung an den Händen des Arztes verrät eine energische *aktive* Muskelinnervierung des Untersuchten und ist

(ebenso wie ein Schwanken, welches bei geschlossenen Augen schon im Sitzen auftritt) zum mindesten sehr verdächtig auf Vortäuschung oder eine mit ihr verwandte hysterische Ausdruckstätigkeit. Ein solches Benehmen des Untersuchten beim *Rombergschen* Versuch ist gegebenenfalls eingehend zu schildern; man nennt es zweckmäßig nicht mehr „psychogen“. Als nicht psychogen zu bezeichnen ist endlich ein leises Hin- und Herschwanken (gewöhnlich in der Sagittalebene) mit Rückkehr in die Gleichgewichtslage, welches beim *Rombergschen* Versuch namentlich Nervöse oder Ermüdete zeigen. Ein solches Schwanken ist (ohne deutliche psychogene Entstehung) recht häufig anzutreffen, kann ebenfalls nicht als Krankheitssymptom gewertet werden, kann aber seinerseits den Anlaß zu einer Suggestion geben, beim *Rombergschen* Versuch stärker zu schwanken. Zweckmäßigerweise wird man alle diese nicht-organischen Formen des Schwankens beim *Rombergschen* Versuch *nicht* als „positiven“ Ausfall bezeichnen.

## *2. Die sensiblen und sensorischen psychogenen Erscheinungen.*

Ein großer Teil der neurologischen (sowie der übrigen körperlichen) Untersuchung hat zu geschehen, ohne daß der untersuchende Arzt spezielle Fragen an den Untersuchten richtet oder ihm eine bestimmte Aufgabe stellt und Antworten von ihm erhält. Dieser Teil der Untersuchung ist zuerst durchzuführen. Ergibt sich weder aus ihm noch aus den (vor der Untersuchung entgegengenommenen) subjektiven Beschwerden des Untersuchten ein Anhaltspunkt auf bestehende neurologische Erkrankung, dann ist eine Untersuchung der Hautempfindung, des Geruchssinnes und des Gesichtsfeldes im allgemeinen unnötig und zu unterlassen. Je mehr ein Patient affektiv erregt, überängstlich, übersuggestibel, hypochondrisch ist oder offen eine hysterische Ausdruckstätigkeit zeigt, um so weniger wird man Wert auf Untersuchungen (Sensibilitätsprüfung usw.) legen, welche nur mit Hilfe der Antworten des Patienten durchgeführt werden können. Schon ohne spezielle Zweckeinstellung kann die Suggestibilität ungemein erhöht sein; und die Fälle sind nicht selten, daß eine einzige, in einem Krankensaal vorgenommene, Sensibilitätsprüfung eine große Anzahl behaupteter Empfindungsstörungen bei den (meist jugendlichen und weiblichen) Mitkranken im Gefolge hatte. Vor allem ist Vorsicht mit solchen Untersuchungsmethoden am Platz bei Personen, welche nicht als Kranke zum Arzt kommen (gesandt werden), sondern als zu Begutachtende (d. h. als Partei in einem Rechtsverfahren) zum medizinischen Sachverständigen. Erscheint es trotzdem wünschenswert, in solchem Falle die Hautempfindung, das Gesichtsfeld, Geruch oder Geschmack zu untersuchen, dann sei sich der Untersucher stets bewußt, daß die Untersuchung nach Möglichkeit keine Suggestionen erwecken darf. Größte Sachlichkeit, Bestimmtheit, Schnelligkeit seitens des Untersuchers ist notwendig. Der

Untersuchte ist fortgesetzt in einer Weise zu den Antworten zu stimulieren, daß er andauernd in möglichst großer Aufmerksamkeitsspannung gehalten wird. Die Prüfung der Hautempfindung, sowie des Geruches und Geschmackes ist grundsätzlich bei fest verbundenen Augen des Patienten vorzunehmen. Suggestivfragen („Fühlen Sie dies?“; „Tut es hier weh?“) oder ein Abfragen neurologischer Krankheitsbilder (Trigeminusneuralgie, Ischias usw.) sind streng zu meiden. Je größer die Unsicherheit und Unzuverlässigkeit der Angaben und Antworten des Untersuchten ist, um so weniger besteht, bei sonst normalem neurologischen Untersuchungsbefund, die Wahrscheinlichkeit, daß echte neurologische Krankheitssymptome im Bereich dieser Sinnesorgane vorliegen. Es kann kein Zweifel sein, daß ein großer, wenn nicht der größte Teil der hysterischen Sensibilitätsstörungen und Gesichtsfeldeinengungen iatrogener Entstehung ist. Vor einer schematischen und auf die Psychologie des Untersuchten keine Rücksicht nehmenden neurologischen Untersuchung kann nicht genug gewarnt werden. Es ist kein Zufall, wenn der eine Untersucher bei seinen Untersuchungen sehr zahlreiche und der andere Untersucher fast keine aufgepflanzten hysterischen Symptome erhält. Der eine Untersucher züchtet und der andere vermeidet instinktiv psychogene Untersuchungsprodukte. Denn ebenso wie man durch die Untersuchung psychogene Erscheinungen hervorrufen kann, kann man sie auch verscheuchen. Man soll es, soviel wie irgend möglich, überhaupt nicht zur Entstehung psychogener oder hysterischer Erscheinungen im Zusammenhang mit der Untersuchung kommen lassen. Wesentliche organische Sensibilitätsausfälle bringt der Patient unter seinen subjektiven Beschwerden meist selbst vor; und im übrigen genügt im Zweifelsfall oft eine, scheinbar nebensächliche und belanglose Frage, ob er am Arm oder Bein „alles fühle“. Nützlich erweist sich gelegentlich auch die sog. stumme Sensibilitätsprüfung, indem man den Patienten ganz unvermutet (verbundene Augen) mit einem heißen Reagensglas oder einer spitzen Nadel berührt.

Bei Untersuchungen (Hautempfindung und Leistungen der übrigen Sinnesorgane), bei denen psychogene Erscheinungen erwartet werden können, ist zu beachten, daß schmerzunterempfindliche Hautzonen sich nicht selten bei anscheinend Vollgesunden finden (neuerdings *Kehrer*, b). Namentlich bei angeborenen Schwachsinnigen, dann auch bei manchen Psychopathen und bei Verbrechern kann dauernd die Schmerzempfindung herabgesetzt sein (s. *Bauer*). Die Unterdrückung jeder Schmerzreaktion bei unvermuteter Durchstechung einer Hautfalte ist anlernbar und kann zu Simulationszwecken gebraucht werden (*Hübner*). Die einseitige angeborene Schwachsinnigkeit, die einseitige Schwerhörigkeit durch chronische Mittelohrveränderungen, die beginnende Altersschwachsinnigkeit, die geringe Entwicklung oder die Abstumpfung (chronische Katarrhe) des Geruchsvermögens kommt dem betreffenden Patienten nicht selten

erst nach einem entschädigungspflichtigen Unfall oder bei speziell auf den Defekt gerichteter Untersuchung zum Bewußtsein und kann dann ein Anlaß zu psychogener Verstärkung der organischen Störung werden.

Die sog. *hysterischen Stigmata* haben früher bei der Diagnosenstellung eine große Rolle gespielt. Ihr diagnostischer Wert ist aber, speziell für die Diagnose auf Hysterie, fast null. Das sog. Globusgefühl (die Empfindung eines aufsteigenden beengenden Körpers von der Magengegend nach dem Hals) findet sich auch bei nichthyysterischen Nervösen; ebenso ist der Clavus (heftiger Kopfschmerz an umschriebener Stelle, als würde ein Nagel in den Kopf getrieben) ein Symptom, welches auch ohne spezielle hysterische Einstellung bei sog. konstitutionell Nervösen vorkommen kann. Viele Nervöse zeigen eine Druckempfindlichkeit peripherer Nervenstämme; einzelne — auch anscheinend gesunde und vollwertige — Personen eine erhöhte Druckempfindlichkeit der äußeren Körperweichteile oder des Unterleibes. Manche untersuchende Ärzte drücken ferner, bei der Untersuchung auf Druckpunkte, so stark, daß auch der gesündeste Untersuchte Schmerzen empfinden würde. Das Suchen nach schmerhaften Druckpunkten, zum Zwecke einer Diagnose auf Nervosität, psychogene Reaktion usw., ist in hohem Maße bedenklich (neuerdings *Bumke*). Erscheint es winschenswert, auf druckempfindliche Stellen oder Zonen zu untersuchen, so geschehe dies in unauffälliger, für den Untersuchten nebensächlicher Weise, von unverdächtigen Körperstellen aus und ohne alle Suggestivfragen. Endlich merke man sich die angeblich druckempfindlichen Stellen ganz genau (Anfertigung von Skizzen) und kontrolliere bei späteren Untersuchungen in unauffälliger Weise. Bei suggerierter, eingebildeter, vorgetäuschter Druckempfindlichkeit stimmt die später angegebene mit der früheren Stelle oft nicht genau überein.

Psychogene Sensibilitätsstörungen sind solche, welche deshalb eintreten, weil der Patient *erwartet*, daß er die Störung bekommen könnte, oder wünscht, daß er sie bekommen möchte. Psychogene Sensibilitätsstörungen können sich aus abheilenden organischen entwickeln. Das Vorliegen psychogener Erscheinungen beweist nicht das gleichzeitige völlige Fehlen organischer Störungen. Der Patient muß, wenn er sich auf psychogene Sensibilitätsstörungen einstellt, wissen oder vermuten, daß es Störungen der Hautempfindung gibt. Diese Vermutung kann ihm (außer einer allenfallsigen vorangegangenen organischen Schädigung) eine Selbstbeobachtung geben (sog. Eingeschlafensein einer Gliedmaße; verminderte Hautempfindung bei Unbeweglichkeit oder Schwerbeweglichkeit der Extremität), oder eine Fremdsuggestion. Am häufigsten entstehen psychogene Sensibilitätsausfälle wie gesagt durch eine ärztliche Untersuchung selbst. Die psychogenen Sensibilitätsausfälle entsprechen (wenn nicht diesbezügliche besondere Suggestionen oder Instruktionen vorausgegangen sind) nicht dem peripheren oder segmentalen Ausbreitungs-

gebiet, sondern dem *Vorstellungsl Leben* des Patienten. Diagnostische Schwierigkeiten kann bei den gewöhnlichen klinischen Untersuchungsmethoden gelegentlich die Unterscheidung zwischen psychogener und corticaler Sensibilitätsstörung bereiten, während durch die Heranziehung der unbewußten Ausdrucksbewegungen (*Löwenstein*) die Unterscheidung möglich ist. Das Zustandekommen der psychogenen Anästhesie könnte durch ein Ausbleiben oder aber durch ein Verdrängen (Unterdrücken) der Wahrnehmung erklärt werden. Die *Löwensteinschen* Versuche zeigen, daß Personen mit psychogener Analgesie Schmerzreaktionen in sehr ausgesprochener Form aufweisen. Auch blieb bei den von *Löwenstein* untersuchten Hysterischen die Verschiedenheit der Reaktion auf spitze und stumpfe Berührung erhalten. Die hysterisch gestörte Schmerzempfindung kann durch mannigfache psychische Bedingungen, fremd-suggestiver und autosuggestiver Art, beeinflußt werden, so daß offenbar durchgängige Beziehungen zwischen der hysterisch gestörten Schmerzempfindung und dem übrigen Inhalt der Psyche bestehen (*Löwenstein*). Die hysterische Analgesie ist dem Einflußbereich der Aufmerksamkeit nicht entrückt. Ein eigentlicher Krankheitswert kann ihr an sich nicht zugesprochen werden. *Wohlwill* (ähnlich auch *Kehrer*) hat ein sog. Störungsphenomen bei der Untersuchung hysterischer Anästhesien beschrieben. Seine Schilderung lautet: „Ich gehe so vor, daß ich wiederum den Patienten auffordere, bei geschlossenen Augen jede Berührung, die er fühle, mit „ja“, jede, die er nicht fühle, mit „nein“ anzuzeigen, wobei ich ihn aber — abweichend von der eben angegebenen Methodik — selbst auf jede Berührung mit der Frage „Jetzt?“ oder „(Spüren Sie) das?“ aufmerksam mache. Ich überzeuge mich nun zuerst, daß er bei Berührung angeblich „anästhetischer“ Stellen — nehmen wir beispielsweise an, des linken Beines — stets mit „nein“, bei Berührung „gesunder“ Stellen — sagen wir also des rechten Beines — prompt mit „ja“ antwortet. Darauf nun berühre ich zwischendurch — das ist das Wesentliche bei der Methode — gleichzeitig oder bisweilen noch besser schnell hintereinander eine anästhetische und eine gesunde Stelle, in unserem Beispiel also beide Beine. Die Antworten, die hierauf bei Hysterikern erfolgen, sind verschieden: Nur in den wenigsten Fällen reagieren sie mit einem prompten „Ja“, wie es selbstverständlich immer stattfinden müßte, da ja auch das gesunde rechte Bein berührt wurde. Trotzdem antworten viele mit einem mehr oder weniger bestimmten „Nein“, andere mit „Ja, rechts“, obwohl sie gar nicht aufgefordert waren, die Seite anzugeben und dies auch bisher bei den einfachen Berührungen nie getan hatten; andere endlich bringen zwar die Antwort „ja“ richtig, aber im Vergleich zu den vorhergegangenen verspätet und in auffallend unsicherer und zögernder Weise.“

In der gleichen Weise wie die psychogenen Anästhesien und Analgesien sind die psychogenen Hyperalgesien zu beurteilen. Mit *Löwenstein* muß

man von der primären die sekundäre Schmerzreaktion unterscheiden, welche erst nachträglich zur primären, d. h. unmittelbaren Reaktion hinzutritt und eine Folge der psychischen Stellungnahme (subjektiven Wertung) ist; sie ist für die psychogene Einstellung charakteristisch. Ebenso sind die *psychogenen Schmerzen* dahin zu definieren, daß hierunter lediglich diejenigen subjektiven Erscheinungen zu verstehen sind, die deshalb eintreten, weil sie erwartet werden. Wahrscheinlich ist der psychogen entstandene und empfundene von dem körperlich entstandenen Schmerz qualitativ verschieden (ebenso wie ein affektiv entstandenes Leidensgefühl von einem echten vitalen Krankheitsgefühl). Jedoch fehlen hierüber noch alle Untersuchungen. Sehr häufig ist anscheinend ein psychogenes Festgehaltenwerden ursprünglich organischer und dann abgeheilter Schmerzen; und weiterhin eine innige Koppelung psychogener Schmerzempfindungen mit organ nervösen Störungen. Ob eine Geruchs- oder Geschmacksstörung organischer oder psychogener Entstehung bzw. vorgetäuscht ist, hat praktische Bedeutung vor allem in der Unfallbegutachtung. Man merke sich hierzu folgendes: Der traumatische Verlust des Riechepithels (auch durch einmalige Einatmung schädlicher, der Luft beigemengter Stoffe) oder das Abreißen der Geruchsnervenfäden an der Siebplatte des Schädels (vor allem bei Fall auf den Hinterkopf) und die Leitungsunterbrechung beider Tractus olfactorii werden *sofort* nach dem Unfall (bei wiedergekehrter Besinnung) bemerkt, und zwar deshalb, weil zahlreiche Speisen, die man ißt und zu schmecken glaubt, in Wirklichkeit gerochen werden. Eine langsam nach dem Unfall entstehende oder eine erst nach längerer Zeit bemerkte Geruchlosigkeit pflegt keine Unfallfolge zu sein. Ein Verlust des Geruchssinnes aus nichttraumatischer Ursache (akute oder chronische Katarrhe, chronische sonstige Schädlichkeiten, starkes Schnupfen usw.) ist häufig. Scharf wirkende Stoffe (Ammoniak) werden nicht nur gerochen, sondern auch von der Nasenschleimhaut (Trigeminus) empfunden. Wer auch diese Schleimhautempfindung verneint (sogar bei Auftreten reflektorischer [Tränen der Augen] oder sonstiger besonderer Ausdruckserscheinungen), ist bezüglich seiner Aussagen nicht genügend glaubhaft; ebenso wer z. B. bei vorhandenem Geruchsvermögen und behauptetem Verlust des Geschmackes Zimt (auf die Zunge gebracht) nicht zu „schmecken“ behauptet (Zimt wird gerochen). Bei der Untersuchung ist gegebenenfalls ein erfahrener Nasenarzt hinzuzuziehen. Die Löwensteinsche Methode der Registrierung der unwillkürlichen Ausdrucksbewegungen kann auch für die Untersuchung organischer und psychogener Geruchsstörungen herangezogen werden.

Bei den psychogenen *Seh- und Hörstörungen* sind organisch begründete Minderleistungen der betreffenden Sinnesorgane häufig (Schwachsichtigkeit, auch einseitig; Schwerhörigkeit). Nach den Löwensteinschen Untersuchungen werden bei hysterischer Blindheit Lichtreize im Bereich der

angeblich blinden Teile des Gesichtsfeldes perzipiert. Ein Teil der hysterisch Blinden benimmt sich, unbeobachtet, nicht wie Personen mit völliger Blindheit; andere sollen aber auch unbeobachtet Störungen der örtlichen Orientierung aufweisen, überall anrennen usw. Simulationsproben können gelegentlich auch bei echter psychogener und psychotherapeutisch später beseitigter Blindheit versagen. Ob eine psychogene konzentrische Gesichtsfeldeinengung bei der Untersuchung eintritt oder nicht, hängt großenteils vom untersuchenden Arzt selbst ab. Bemerkenswert ist die *Löwensteinsche* Feststellung, daß eine (experimentell veranlaßte) Simulationstendenz, die bei der Gesichtsfeldprüfung am Perimeter betätigt wird, ein konzentrisch eingeengtes Gesichtsfeld ergibt, ohne daß die Versuchspersonen von der Symptomatologie der körperlichen Sehstörungen etwas wußten. Die psychogene röhrenförmige Gesichtsfeldeinengung pflegt sich im gewöhnlichen sonstigen Verhalten der betreffenden Patienten nicht auszuwirken. Eine homonyme Hemianopsie ist meines Wissens bis jetzt noch nicht als psychogenes Symptom beobachtet worden.

Psychogene Hörstörungen (Taubheit, Schwerhörigkeit) waren im Krieg häufig, namentlich auch im Anschluß an die vorübergehende sog. Erschütterungs- oder Explosionstaubheit. Manche psychogen oder hysterisch mit Taubheit Reagierende hatten hierbei auch die Sprache verloren. Häufig waren ferner psychogene Aufpfropfungen auf organische Hörstörungen. Wie die *Löwensteinschen* Untersuchungen zeigen, vermögen bei hysterischer Taubheit anscheinend unterschwellige Reize objektive Wirkungen zu erzielen; die Stärke der entstehenden Ausdrucksbewegungen war abhängig von dem Gefühlswert der gegebenen Reize oder Suggestionen. Grundsätzliche Unterschiede zwischen hysterisch Schwerhörigen oder Tauben und experimentell Simulierenden oder nicht simulierenden geistig Gesunden waren mit diesen Untersuchungen nicht nachzuweisen. Die hysterische Taubheit pflegt weder die Perzeption noch die Apperzeption von Höreindrücken zu hindern.

### *3. Die psychogenen Veränderungen des Bewußtseinzustandes, der Wahrnehmung, des Denkens, der Stimmung. Die sogenannten hysterischen Geistesstörungen.*

Wir sahen auf Seite 6, daß die reaktive sog. Bewußtseinseinengung (Einengung der Auffassungsfähigkeit) an sich ein normaler Vorgang ist, ähnlich wie auch die Hypnose eine normalerweise eintretende Reaktion ist. Psychogen heißen wir eine Bewußtseinsveränderung, wenn sie aus der Erwartung (oder dem Wunsche) heraus, daß sie eintreten könnte (möchte), auch wirklich zustande kommt. Je leichter sie unter solchen Umständen eintritt, um so mehr darf eine entsprechende Labilität zugrunde liegender körperlicher Dispositionen angenommen werden. Kann einerseits die Erwartung an sich, daß die Bewußtseinsveränderung

eintreten könnte, diese hervorrufen, so vermag andererseits auch ein *Willensanstoß* den gleichen Erfolg zu haben (sog. Fakirismus, absichtliches Sichversetzen in Trancezustand, Autohypnose). Die eingetretene Bewußtseinsveränderung selbst darf weniger als Dämmerzustand aufgefaßt werden, als vielmehr im Sinne einer inneren Einstellung und Konzentration auf bestimmte besonders gefühlbetonte Inhalte (Einzelheiten z. B. bei *Bumke* und *Kehrer*, der auch auf die Analogie mit der psychogenen konzentrischen Gesichtsfeldeinengung aufmerksam macht). Ein Rapport mit der mehr oder weniger abgesperrten zentralen Bewußtseinslage ist aber grundsätzlich immer noch möglich. Verwandte Zustände von Bewußtseinsablenkung, Aufmerksamkeitseinengung und Absperrung anderer Bewußtseinsinhalte haben wir z. B. auch bei der Ekstase. Auch sie wird von einer besonders starken Affektreaktion eingeleitet und mitverursacht. Aber die Bewußtseinsveränderung bei der Ekstase entsteht meist nicht unmittelbar aus Erwartung oder Wunsch („entrückt“ zu werden u. dgl.), sondern als eine in der Natur der Dinge liegende Begleiterscheinung der Konzentration; und es ist daher wohl zweckmäßig, die ekstatische Bewußtseinseinengung selbst nicht psychogen zu nennen. Ebenso sind gewisse Einschlafstörungen, die nächtlichen schreckhaften optischen Erlebnisse mancher Psychopathen, die meisten Fälle von Somnambulismus, die sog. Schlaftrunkenheit, pathologische Affekte, der sog. pathologische Rausch im allgemeinen keine psychogenen Störungen in unserem Sinne, auch wenn sie zum Teil psychisch-reakтив verursacht werden und wenn sich auch die hysterische Reaktion z. B. mit Somnambulismus äußern kann.

Erlebnisse mit mehr oder weniger ausgesprochenem Wahrnehmungscharakter können durch Fremd- oder Selbstsuggestion entstehen. Am häufigsten kommen Empfindungen im Bereich der Körperfühlsphäre durch Suggestion, Erwartung, Affektzustände vor. Illusionäre Verkennungen in der Umwelt, aus Erwartung, Affekt, Suggestion sind gleichfalls, schon im Bereich des normalen Seelenlebens, äußerst häufig (vergleiche das Gedicht „Die Erwartung“ von Schiller). Bei eidetischer Anlage können jugendliche Personen subjektive optische Anschauungsbilder mit Realitätscharakter (*S. Fischer* und *W. Welke*) willkürlich erzeugen. Lebhafte Phantasievorstellungen können eine gewisse sinnliche Deutlichkeit erlangen, und Pseudohalluzinationen können auch von manchen Gesunden willkürlich hervorgerufen werden. Entstehen derartige Sinnestäuschungen aus einer Erwartung oder einem Wunsch, dann darf man sie psychogen nennen.

Gedächtnisleistungen, Denken, Stimmung können im höchsten Maße den Einflüssen von Suggestion und Affekt unterliegen. Als psychogene Amnesien wird man solche zu bezeichnen haben, die aus einer entsprechenden Erwartung oder einem Wunsche (mit Hilfe der Verdrängung) entstehen. Daß es echte psychisch hervorgerufene Amnesien ohne

Zweckeinstellung gibt, hat man aus den Amnesien infolge hypnotischen Befehles erschließen wollen. Experimentelle Untersuchungen (*Löwenstein*) zeigen aber, daß gefühlsstarke Vorstellungen, in der Hypnose hervorgerufen, trotz späterer hypnotisch befohlener Amnesie noch lange und in besonderem Maße wirksam sein können. Die angeblich amnestische Vorstellung lebt nicht nur als Komplex von mehr oder weniger großem Bewußtseinswert im Bewußtsein fort; es zeigt sich auch, daß der Inhalt dieser Vorstellungen einen zweckvoll bestimmenden Einfluß auf die Handlungen seines Trägers auszuüben imstande ist (*Löwenstein*); und *Bumke* betont, daß Hysterische die Erinnerungslosigkeit an Episoden im sog. *Second état* viel häufiger bewußt vortäuschen als wirklich erleiden. Die große Mehrzahl der hysterischen Amnesien erhebt sich überhaupt nicht über eine Stufe, auf welcher die experimentelle Vortäuschung der Erinnerungslosigkeit liegt (*Löwenstein*). Dementsprechend pflegt den hysterischen Amnesien ein Krankheitswert nicht zuzukommen.

Zweckmäßig ist, nicht von „psychogener Wahnbildung“ zu sprechen, sofern man den Wahn als einen *krankhaft* entstandenen unkorrigierbaren Irrtum definiert. Die psychogenen wahnähnlichen Gebilde gehören demgegenüber im allgemeinen in das Gebiet des starken Glaubens und der überwertigen Idee, d. h. also in die *nichtkrankhaft* entstandenen unkorrigierbaren Irrtümer. Die Mehrzahl der reaktiv entstehenden wahnähnlichen Überzeugungen und die reaktiven paranoidischen Störungen selbst haben mit Psychogenie in unserem Sinne nichts zu tun. Ähnliches gilt von der „psychogenen Depression“. Der Begriff der seelisch-reaktiven Entstehung ist der viel weitere (Seite 3) und darf niemals demjenigen der psychogenen Reaktion gleichgesetzt werden. Wenn man (*J. Lange*) neben den ganz ohne erkennbare äußere (psychisch vermittelte) Anlässe entstehenden auch die psychisch provozierten Melancholien und reaktiven Depressionen verschiedener Art unterscheidet, so ist z. B. die reaktive Depression bei unglücklicher Ehe, bei schwerem Schicksal, schweren Dauerkonflikten oder Selbstvorwürfen, Angst vor der Zukunft, noch keine „psychogene“ Depression. Wohl aber kann nach abgeklungener endogener Phase die Verstimmung psychogen festgehalten werden, oder es kann eine (in diesem Falle psychogene) Depression entstehen lediglich aus der Erwartung oder Befürchtung heraus, daß eine endogene Depression auftreten könnte. Als *psychogene Depression* kann sich ferner die hysterische Zweckreaktion äußern; dann pflegen auch andere Erscheinungen der hysterischen Ausdruckstätigkeit und Einstellung nicht zu fehlen (kein ernster Wille zur Arbeit, Selbstentschuldigungen und Selbstbeschönigungen, neben Vorwürfen gegen andere; theatrales, unglaubliches und Widerspruch erregendes, auch egoistisches Gebaren, oder bestrebt mürrisches Wesen, Gereiztheit, Feindseligkeit, besonders große Abhängigkeit der Verstimmung von der Umwelt); und vor allem liegt das Motiv für die Zweckreaktion meist klar zutage. Das gleiche

gilt auch von der reaktiven und der psychogenen (hysterischen) sog. *Willensschwäche*. Daß ein glücklich abgelaufener oder überhaupt ohne körperliche Schädigung einhergegangener Unfall unmittelbar (ohne sekundäre seelische Weiterverarbeitung) eine — womöglich erst nach Wochen oder Monaten entstandene — traurige Verstimmung oder eine „Willensschwäche“ mit Arbeitsbehinderung soll verursachen können, dafür fehlen meines Wissens alle Anhaltspunkte und auch alle psychologischen Voraussetzungen und Einfühlmöglichkeiten.

Die sog. *hysterischen Geistesstörungen* zeigen symptomatisch eine große Mannigfaltigkeit. Bald stehen abnorm gesteigerte Affektreaktionen (Angst, Wut, aber auch heitere Verstimmungen mit Größenideen) im Vordergrunde, bald die Folgen einer stark gesteigerten Suggestibilität, bei wieder anderen Personen die Veränderungen des Bewußtseinszustandes oder ein scheinbarer Verlust elementarer Kenntnisse bei sonst geordnetem Verhalten. Gerade diese letztgenannten Erscheinungen (hysterische *Pseudodemenz*) bringen, ebenso wie manche Fälle von anscheinender Unbesinnlichkeit, Bilder, die den Vorstellungen des (namentlich des primitiven) Nichtmediziners von der Symptomatologie der geistigen Erkrankungen entsprechen. Hierzu kommt dann noch die Abhängigkeit des Auftretens der hysterischen sog. Geistesstörungen von bestimmten Situationen (Situationsreaktionen, sog. Situationspsychosen oder Zweckpsychosen).

Bewußtseinseinengungen und Bewußtseinssperre finden sich bei zahlreichen psychischen hysterischen Ausnahmezuständen. Auch starke affektive Bewußtseinstrübungen können eintreten. Manche derartige hysterische Reaktionen verbinden sich mit psychomotorischen Erscheinungen (Stupor, Starrsucht, motorische Entladungen), andere mit Wiedergabe (Nacherleben) stark affektbetonter Erlebnisse. Aus dem starken Affekt und aus der Bewußtseinseinengung heraus können die Erlebnisse sinnliche Deutlichkeit erhalten. Wünsche oder Befürchtungen können im hysterischen Ausnahmezustand sinnlich verwirklicht werden. Aus einer reaktiven Verstimmung heraus können psychogene und hysterische Zustände mit Wandertrieb, Vagabundieren, Hochstapeleien entstehen (sog. hysterische Fugues). In der Haft kann eine Einstellung zur Beeinträchtigung und Verfolgung seitens des Gefängnispersonals entstehen, die sich bald mehr in deliriosen oder katatonisch anmutenden, bald auch mehr in pseudohalluzinatorischen oder paranoischen Syndromen äußert. Oder die psychische Hemmung oder traumhafte Benommenheit kann mit scheinbarer Desorientiertheit bzw. Danebenreden einhergehen. Ähnlich wie sich die hysterischen Anfälle ihre Einzelsymptome aus früher erlebten Situationen (Schrecken, Angst) nehmen können, so können auch die hysterischen Ausnahmezustände aus früheren Erlebnissen eine bestimmte situative Eigenart erhalten. Bei der sog. *Pseudodemenz* wird das Wissen der elementaren Kenntnisse verdrängt.

Der Patient glaubt, daß Geisteskrankheit gleich Blödsinn sei, und sucht diesen darzustellen, übersieht aber dabei, daß sein sonstiges geordnetes Benehmen, die Reise ohne Begleitung in die Klinik usw. mit einer minimalen Verstandesleistung, wie er sie an den Tag legen möchte, gänzlich unvereinbar ist. Das *Vorbeireden* (Geben falscher Antworten, die deutlich den Stempel der Absichtlichkeit tragen) kann sich auch nur auf einzelne Gebiete (Rechnen usw.) beschränken. Je mehr das Vorbeireden seinen Zweck zu erfüllen sucht, je täuschender das ganze Gebaren bei der Pseudodemenz ist, um so mehr vernünftige geistige Arbeit wird hierbei geleistet. Manchmal findet man auch ein „*Vorbeihandeln*“ (der „Patient“ scheint diese oder jene alltäglichen Verrichtungen nicht mehr ausführen zu können). Ein bestrebt kindisches und vielfach auch vorlautes kindisch-freches Gebaren heißt *Puerilismus*. Sogar ganz groteske Szenen (Nachahmung von Tieren usw.) sind beschrieben worden. Oder Wunschedenken und Wachträumen führen zu kritiklosen Größenideen. Im einzelnen gibt es zwischen dem sog. *Ganserschen Dämmerzustand*, dem *Raeckeschen Stupor* und der Pseudodemenz alle möglichen Übergänge und Kombinationen.

Wir hatten gesehen, daß der psychogene Mechanismus in Tätigkeit treten kann nicht nur aus einem bestimmten Wunsch heraus, sondern auch aus der Erwartung oder der Angst. Dies gilt generell auch für diejenigen seelischen Ausnahmezustände, die man gewöhnlich hysterische Psychosen nennt. Man wird das Eigenschaftswort „hysterisch“ hierbei nur anwenden, wenn zum mindesten wahrscheinlich ist, daß das Intätigkeittreten des psychogenen Mechanismus infolge eines Strebens (Wunsches, Zweckes) geschieht; im übrigen wird man die unverbindlichere Bezeichnung der psychogenen seelischen Ausnahmezustände wählen. Bestimmte Gruppen derselben (in erster Linie die Pseudodemenz, der *Gansersche Dämmerzustand* und das *Vorbeireden*) entstehen aber wohl nur aus einem Streben oder Wunsch und dürfen daher als hysterisch bezeichnet werden. Bei derartigen psychogenen Ausnahmezuständen steht also am Beginn der Reaktion ein Wunsch oder Zweck (eine Absicht), wie bei der Simulation. Nachträgliche Selbstgeständnisse von Pseudodementen und anderen hysterisch Reagierenden im Kriege lehren, daß sehr vieles, was man als hysterisch aufgefaßt hatte, eben doch Simulation war, zumal da — bei entsprechender Begabung und entsprechendem Geschick — die Simulation gewisser geistiger Störungen auch für Ungeübte nicht schwer ist (*Hubner* u. a.). Am Beginn der hysterischen Reaktion steht ein Streben oder ein Wunsch. Aber das Streben oder der Wunsch braucht nicht vollbewußt zu sein; und auch dasjenige, was anfangs willkürlich geleistet wurde oder einen gewollten Anstoß empfangen hatte, kann sich dem Willenseinfluß vorübergehend entziehen.

Die hysterischen geistigen Ausnahmezustände sind in ihrem Auftreten und ihrer Häufigkeit in hohem Maße von der Umgebung, von deren

Verhalten und vom sog. Zeitgeist abhängig. Sehr bedeutsame Ausführungen über die Abhängigkeit der hysterischen sog. Haftpsychosen vom Zeitgeist hat *Wilmanns* gebracht. Er zeigt unter anderem, wie wenig gleichmäßig die Verbreitung der hysterischen Haftstörungen (*Ganserscher Dämmerzustand, Raeckescher Stupor, Birnbaums wahnhafte Einbildungungen der Degenerierten*) unter den Verbrechern in Deutschland war und wie im wesentlichen nur ein bestimmter Teil der männlichen großstädtischen Gewohnheitsverbrecher diese Art der hysterischen Reaktionen zeigt. Trotz milderer Handhabung des Strafvollzuges, trotz kürzerer Strafen, trotz Fortfalles der schweren Disziplinarmaßregeln, ja trotz gewisser Anläufe zu einer individualisierenden Behandlung der Gefangenen waren die haftpsychotischen Äußerungen in den Strafanstalten der Großstädte in schneller Zunahme begriffen. Aus den Schädlichkeiten der Einzelhaft allein konnte ihr Auftreten und ihre Zunahme nicht erklärt werden, da sie in vielen anderen Strafanstalten überhaupt unbekannt waren. Tatsächlich ist die Simulation unter den Gewohnheitsverbrechern nicht selten; und die genannten hysterischen Ausnahmezustände rücken in die nächste Nähe der Simulation, auch wenn der Simulierende schließlich die Herrschaft über das von ihm willkürlich begonnene Gebaren verlieren kann. Dementsprechend werden von *Wilmanns* die von *Ganser, Raecke, Siefert* und *Birnbaum* geschilderten Zustandsbilder meist als bewußte Simulation, seltener als aus ihr hervorgegangene autosuggestiv fixierte hysterische Ausnahmezustände aufgefaßt. Dem ist zuzustimmen; und hiermit ergibt sich auch ein strafferer Vorgehen gerade gegen diese Form der simulierten und hysterischen Ausnahmezustände. Der im *Ganserschen* Zustand oder in der sog. Pseudodemenz Befindliche ist verhandlungsfähig; auch soll der allenfallsig notwendig werdende Aufenthalt in der psychiatrischen Anstalt für die Strafzeit nicht angerechnet werden. Es ist ferner einleuchtend, daß auch die Art der ärztlichen Untersuchung von entscheidendem Einfluß auf das Entstehen solcher Zweckreaktionen sein kann und daß ein verständnisvoller ärztlicher Untersucher die psychischen Erscheinungen ebensowenig aufkommen lassen wird, wie z. B. das Auftreten einer suggerierten konzentrischen Gesichtsfeldeinengung oder halbseitigen Unempfindlichkeit des Körpers. Was hier von den hysterischen Haftstörungen gilt, gilt in entsprechender Weise von den hysterischen Erscheinungen nach entschädigungspflichtigen Unfällen.

*Löwenstein* zieht aus seinen experimentellen Untersuchungen weiterhin die Schlußfolgerung, daß beim hysterischen Stupor eine krankhafte Einengung der Aufmerksamkeitsbewegungen nicht besteht. Die Teilnahmlosigkeit, die der hysterisch Stuporöse seiner Umgebung gegenüber zeigt, besteht nur scheinbar. In Wirklichkeit faßt er alle Vorgänge in seiner Umgebung auf; und diese Vorgänge erlangen bei ihm denjenigen Bewußtseinswert, welcher der Bedeutung entspricht, die den Vorgängen innerhalb

der Interessensphäre des Hysterischen zukommt. Die Störung besteht lediglich in einer Hemmung der willkürlichen Reaktionen. Suggestionen, die sich auf den Inhalt der hysterischen Einbildungen bezogen, ergaben bei den *Löwensteinschen* Untersuchungen verhältnismäßig schwächere Reaktionen als Suggestionen, die sich auf wirkliche, aus dem Leben des Hysterischen sich ergebende „natürliche“ Komplexe bezogen. Die hysterische Affektstumpfheit ist nur eine scheinbare. Die hysterische Steigerung der Affekterregbarkeit und die hysterischen Anfälle entwickeln sich aus der von *Löwenstein* beschriebenen sog. sekundären Reaktion. Die hysterische Auffassungsstörung bei der Pseudodemenz hindert nicht an der Auffassung und der gedanklichen und gefühlsmäßigen Verarbeitung von Wahrnehmungsinhalten.

#### 4. *Psychogenie und vegetative Funktionen.*

Der ganz engen Beziehungen zwischen dem Affektleben und den vegetativen Organen und Abläufen wurde schon gedacht (S. 3). Ein nicht geringer Teil der Bevölkerung zeigt nun auf vegetativem Gebiete stärkere Besonderheiten der individuellen Reagierfähigkeit. Am häufigsten dürften eine leichtere Ansprechbarkeit oder nicht ganz vollkommene Regulationsfähigkeit im Bereich des Vasomotoriums und eine mehr oder weniger ausgeprägte Empfindlichkeit des Schlafes sein. Außerdem sind zu nennen eine Neigung zu reaktiven oder autochthonen Kopfschmerzen, Schwindelempfindungen, zur Migräne; zu abnormen Organempfindungen und zu Organneurosen (Herz, Magen, Darm, Blase), zu vagotonischen oder sympathetictonischen Erscheinungen, zu gesteigerten Sehnenreflexen, Zitter- und Klonuserscheinungen, zu vermehrter Schweißproduktion. Manche Personen zeigen eine leichteste spasmophile Komponente (*Chvostek*sches Zeichen, meist bei jugendlichen Leptosomen; Steigerung der mechanischen Muskelerregbarkeit, die jedoch auch noch andere Ursachen haben kann) oder eine basedowoide Veranlagung; wieder andere diese oder jene Idiosynkrasien, Neigung zur Urticaria, zum *Quinckeschen* Ödem; vermehrte Schmerz- oder Druckempfindlichkeiten, lokalisiert oder diffus; oder eine Neigung zur reaktiven Ohnmacht oder zu Störungen im Bereich der Sexualfunktionen. Manche solche vegetativen Erscheinungen zeigen sich schon in der Kindheit (auch Enuresis, Pavor nocturnus, Somnambolismus, starke Fieberreaktionen bei harmlosen Affektionen sind hier zu nennen). Oft ist auch noch im dritten Lebensjahrzehnt ein leichter körperlicher oder seelischer Infantilismus und eine etwas verzögerte Ausreifung nachweisbar. Einzelne dieser vegetativen Eigentümlichkeiten (reaktive Ohnmacht) verlieren sich langsam mit zunehmender Reifung. Andere derartige Erscheinungen können mit zunehmendem Lebensalter mehr hervortreten. Viele Menschen haben Störungen nur in einem oder zwei vegetativen Funktionsgebieten und zwar in einer so geringen Stärke, daß diese Personen ohne weiteres als

normal und gesund zu betrachten sind und sich auch hierfür halten dürfen, wie überhaupt gerade im Bereich dieser vegetativen Eigenschaften und Reaktionsanlagen alle Übergänge von den noch individuellen Eigentümlichkeiten zu den schon in stärkerem Maße störenden Steigerungen vorkommen. Der eine Teil der so veranlagten Menschen ist in seinem Körperbau unauffällig; häufig sind aber der leptosome und der leicht dysplastische (Hochwuchs) Körperbau. Viele der hierher gehörenden Personen sind gesteigert affekterregbar, manche auch erhöht stimmungslabil.

Treten solche vegetative Besonderheiten in größerer Anzahl und Stärke auf, so spricht man von vegetativer (*Bergmann*) oder neuropathischer (Verfasser) Stigmatisation. Auch gehäufte vegetative Stigmata findet man, namentlich bei Hinzutreten eines Affektes, nicht ganz selten bei objektiv und subjektiv „Gesunden“. Ferner haben die einzelnen Merkmale eine sehr verschiedene Wertigkeit; so konnte ich ein deutliches und sogar starkes Zittern der geschlossenen Augenlider bei 40 bis 50% meiner Zuhörer in der Vorlesung feststellen; ebenso ist eine erhöhte Dermographie häufig (gegen 20% der „Gesunden“). Über die zahlreichen individuellen Pulsverschiedenheiten unterrichtet z. B. ein Aufsatz von *Geigel*. Neuerdings ist von *Kisch*, sowie von *Martini* und *Pierach* in besonderem Maße auf den konstitutionellen arteriellen Tiefdruck aufmerksam gemacht worden.

Je öfter solche sog. vegetative Stigmata sich bei „Gesunden“ finden, um so vorsichtiger wird man sie im Einzelfall bei der Diagnosenstellung bewerten müssen, damit man nicht unrichtige Diagnosen stellt. Zweifellos können zahlreiche vegetativ Stigmatisierte, namentlich in günstigen Lebensbedingungen sich zeitlebens völlig gesund fühlen und voll leistungsfähig bleiben. Oder irgendwelche, im Zusammenhang mit der neuropathischen Anlage bestehende oder auftretende „nervöse“ Mißempfindungen oder Störungen werden infolge günstiger Temperamentsveranlagung nicht oder kaum bemerkt oder durch stärkere Willensanspannung überwunden. Ich kenne sogar Personen mit starkem affektivem Zittern und vasomotorischen Erscheinungen im berufsgenossenschaftlichen Entschädigungsverfahren, die diese nervösen Erscheinungen gering achten und sich für voll arbeitsfähig erklärten. Der Gesamtheit der vegetativen Merkmale aber andererseits jeden wesentlichen diagnostischen Wert abzusprechen, ist auch nicht angängig. Denn erstens wissen wir nicht, ob vegetativ Stigmatisierte, die sich gegenwärtig für gesund halten, dauernd voll leistungsfähig bleiben. Zweitens pflegen bei ungünstigen Umweltbedingungen, gesteigerten Anforderungen, vermehrten Sorgen, zunehmendem Lebensalter die vegetativ Stigmatisierten an und für sich eher zu versagen, zumal da ein großer Teil der vegetativ Stigmatisierten auch psychisch stigmatisiert ist (Kombination mit Anlagen, die bei stärkerer Ausprägung in das Gebiet der Psychopathien gehören).

Erinnert sei hier nur an die große Labilität des Gesundheitsgefühles und der Stimmung bei vielen vegetativ Stigmatisierten, auch ohne eigentliche hypochondrische Einstellung. Irgendeine Kleinigkeit, ein unbedachtes Wort oder eine Zeitungsnotiz kann den Stimmungsumschwung und das Krankheitsgefühl bringen (*L. Friedmann*; s. später). Nur durch das Sinken der Stimmung und durch depressive Affekte, Sorgen usw. kann das ganze Heer der nervösen Beschwerden zum Vorschein kommen. Und drittens scheint es vegetative (d. h. also physisch begründete) Verläufe zu geben mit vorzeitigem Nachlassen der Vitalität, vorzeitigem Altern und sehr lebhaften, als nervös empfundenen, subjektiven Beschwerden. Es können also bei solchen vegetativ Stigmatisierten auch autochthone, episodische oder progressive physisch begründete Störungen auftreten. Dagegen sind die Beziehungen zwischen vegetativer Stigmatisation und „Neurose“ (im Sinne von Konfliktreaktion usw.) wohl keine unmittelbaren (s. neuerdings *Gebbing*).

Die „nervösen“ (neuropathischen) Beschwerden können somit ebenso-wohl reaktiv wie autochthon auftreten und in gleicher Weise von der psychischen wie von der körperlichen (vermutlich in erster Linie innersekretorischen) Seite her mobilisiert werden. Sie sind äußerst mannigfaltig und können mehr allgemeiner Natur sein oder mehr lokalisiert. Sie können die Lokalisation wechseln, wandern, bald dieses, bald jenes Organ bevorzugen („Herzschwäche“, „Schnaufen“, häufiges Erbrechen, Stuhlverstopfung, schlechter Appetit). Im Einzelfall ist es oft unmöglich zu entscheiden, welchen ursächlichen Anteil an den Beschwerden lediglich die gedrückte Stimmung hat. Zahlreiche Klagen gruppieren sich um den Schlaf: unruhiger Schlaf, aufregende Träume, nächtliches Zusammenzucken, Phantasieren, Angstgefühle, Schlafwandeln oder Schreien; nächtliches Schwitzen. Morgendliches Abgeschlagensein, Mattigkeit, Müdigkeit tagsüber (manchmal mit abendlicher Besserung) werden geklagt; Aufgeregtheit, subjektive Gedächtnisstörungen, Angstgefühle auch bei Tage, „schlechte“ oder gereizte Stimmung. Von großer Wichtigkeit ist die genaue und sorgfältige dauernde Kontrolle des Körpergewichtes hierbei, welches bei zahlreichen solchen Patienten um 5—10 kg und mehr sinkt, bei anderen (selten) unaufhaltsam steigt, bis zu hohen Graden von Fettsucht.

Die vegetative Stigmatisation und die subjektiven oder objektiven Äußerungen der manifesten Nervosität oder Neuropathie, insbesondere die neuropathisch verstärkten körperlichen Begleiterscheinungen des Affektes kann man insgesamt als *neuropathische Ausdruckstätigkeit* bezeichnen, die mit der psychogenen und namentlich der hysterischen Ausdruckstätigkeit (s. später) zunächst gar nichts zu tun hat. Es ist ferner irreführend, die affektiv-neuropathischen körperlichen Erscheinungen als „Reizsymptome des Nervensystems“ zu bezeichnen, wie dies auch gegenwärtig in den Gutachten noch so häufig geschieht. Weil

aber sehr zahlreiche psychogen oder hysterisch Reagierende vegetativ stigmatisiert oder manifest neuropathisch sind, deshalb findet man auch bei psychogenen und hysterischen Reaktionen so überaus oft vegetative Stigmata oder affektiv-neuropathische Erscheinungen (z. B. eine reaktive Blutdrucksteigerung). Solche beweisen aber nur die zugrunde liegende oder nebenhergehende neuropathische Anlage, gegebenenfalls auch die vegetative Reaktion und den Affekt, aber nicht ohne weiteres die psychogene oder hysterische Reaktion. Niemals darf das Neuropathische mit dem Psychogenen oder Hysterischen verwechselt werden, so sehr auch beide Formenkreise sich überschneiden, zusammentreffen und zum Teil voneinander abhängen. Der psychogenen oder hysterischen Reaktion steht die *neuropathische Reaktion* gegenüber. Jede Krankheit, Operation, Verletzung kann bei einem vegetativ Stigmatisierten ohne deutliche Vermittlung des Psychischen stärkere vegetative reaktive Erscheinungen bewirken, als dies bei der gleich schweren Verletzung oder Krankheit ohne neuropathische Anlage der Fall gewesen wäre. Denn was wir Krankheitssymptome nennen, ist in wesentlichen Teilen nichts anderes als eine vegetative Reaktion; und diese kann bei stärkerer vegetativer Labilität auch stärker ausfallen, als dem Durchschnitt entspricht. Infolgedessen kann dann auch die Rekonvaleszenz eine langsamere sein. Die vegetative Labilität selbst braucht hierbei nicht immer eine anlagemäßige, sondern kann eine exogen verursachte und episodische (akute oder chronische echte Erschöpfung u. dgl.) sein. Jede stärkere neuropathische Reaktion geht (auch wenn sie psychisch hervorgerufen ist), nach den bisherigen klinischen Erfahrungen, mit einem deutlichen, ja manchmal erheblichen akuten, durch sonstige Begleitumstände (zu geringe Nahrung, Fieber, Zehrkrankheiten usw.) nicht verursachten *Sinken des Körperfgewichtes* einher. Dieses würde daher ein zuverlässiges diagnostisches Hilfsmittel für den Nachweis der neuropathischen Reaktion und für ihr Verschwinden nach abgelaufener Rekonvaleszenz sein.

Weil nun aber die vegetativen Zentralstätten im Gehirn auf das engste mit dem Psychischen und namentlich dem Affektleben verkoppelt sind, können echte körperliche neuropathische Reaktionen auch vom Psychischen her bewirkt werden. An erster Stelle dürften hier stärkste Schreck-erlebnisse und Erleben von Todesgefahr als Ursache neuropathischer Reaktionen zu nennen sein (Einzelheiten s. später). Diese unter Vermittlung des Psychischen zustande kommenden neuropathischen Reaktionen klingen an sich erfahrungsgemäß rasch ab. Das Abklingen kann sehr gefördert werden dadurch, daß es gelingt, in dem Patienten eine frohe, hoffnungsvolle, lebensbejahende Stimmung zu erzeugen. Andererseits können ungünstige suggestive Einwirkungen (unvorsichtige Äußerungen des Arztes oder der Umgebung, unangebrachte Verallgemeinerungen, sog. medizinischer Aberglaube), ferner ein Mangel an Lebens- und Gesundheits- bzw. Arbeitswillen die psychische Rekonvaleszenz sehr verzögern.

Die neuropathische Reaktion braucht nun ferner keine allgemeine zu sein, sondern kann sich mehr oder weniger auf ein einzelnes Organ (z. B. Bronchialasthma) oder auf einen Reflex (z. B. Erbrechen) beschränken. Infolge der entsprechenden vegetativen Anlage besteht eine erhöhte Reaktionsbereitschaft für das betreffende Organ oder den Reflexvorgang. Dieser kann ebensowohl vom Körperlichen her (oder durch physikalische, chemische, thermische äußere Einwirkungen) wie durch den Affekt ausgelöst werden. Der depressive oder Erwartungsaffekt drückt, wenn ein solches Gleichnis hier erlaubt ist, auf das vegetative System und besonders auf das erhöht ansprechbare Organ. Dieses wird hiermit gleichsam zum Ausdrucksorgan für den Affekt. Ein dauernder depressiver Affekt läßt auch das vegetative Symptom andauern. Die Neigung zum Schwangerschaftserbrechen darf wohl als die Folge einer (mehr oder weniger noch physiologischen) Toxikose betrachtet werden. Auf dem Boden dieser physischen Disposition wirkt der depressive Affekt reflexsteigernd und reflexauslösend, wobei für die Reflexauslösung gleichgültig sein kann, ob das Kind unerwünscht ist (oder von dem ungeliebten Mann stammt) oder ob lediglich die Angst vor der Geburt usw. den Affekt liefert. Frauen, bei denen der Brechreflex auch sonst sehr leicht eintritt (z. B. beim Eisenbahnfahren), mögen wohl auch ohne wesentliche affektive Belastung Schwangerschaftserbrechen bekommen können, in der Hauptsache aus der physischen Verfassung heraus. Daß das Schwangerschaftserbrechen psychisch in der günstigsten Weise beeinflußbar ist, ist bekannt. Die Psychotherapie wird zunächst den nachteiligen Affekt bekämpfen und seine Wurzeln aufzusuchen haben, beruhigende Suggestionen, unterstützt von entsprechenden Heilmitteln, geben. Derartige vegetative Äußerungen wird man zunächst als *affektive*, dagegen nicht als psychogene oder hysterische zu bezeichnen haben. Daß das Schwangerschaftserbrechen (und ebenso auch ein Erbrechen aus anderer affektiver Ursache, wenn z. B. ein Kindermädchen fahrlässig gehandelt hat und nun die Gerichtsverhandlung fürchtet) auch psychogen (aus reiner Erwartung) entstehen oder zur Erzielung eines bestimmten Zweckes in Szene gesetzt werden kann, versteht sich nach allem bisher Gesagten von selbst. Der Unterschied zwischen der affektiven, der psychogenen und der hysterischen Organreaktion ist in solchen Fällen nur in der *verschiedenen psychischen Entstehungsweise* zu erblicken; äußerlich können sich die drei Unterarten völlig gleichen. Was hier vom Erbrechen gesagt wurde, gilt auch vom Husten, Würgen, Durchfall und von der reaktiven Ohnmacht; ferner von den subjektiven Erscheinungen des Kopfwehs und Schwindels.

Eine weitere Eigenart dieser psychisch-vegetativen Zusammenhänge ist die Bildung *bedingter Reflexe* und die Neigung zur Fixierung der vegetativen Reaktion. Wir wissen aus hypnotischen Experimenten (Heyer, Hansen, s. auch Heilig und Hoff), daß z. B. die Verschiedenheiten in

der Magensaftabsonderung, die wir bei dem Genuß einzelner Speisen und Getränke beobachten, auch auftreten, wenn in der Hypnose der Genuss der betreffenden Nahrungsmittel suggeriert wird. Wir sehen hier also, daß ein bestimmt gerichteter psychischer Vorgang den vegetativen Anstoß weitgehend ersetzen kann. Wir erfahren weiter (*Grafe* und *Mayer*), daß Stoffwechselveränderungen, die durch schwere depressive Affekte entstehen, auch durch die hypnotische Erzeugung des Affektes hervorgerufen werden können, und es steht nichts der Annahme im Wege, daß bei entsprechender vegetativer Anlage der Stoffwechsel auch dem psychogenen Mechanismus mehr oder weniger unterstehen kann. Haben sich bedingte psychisch-vegetative Reflexe gebildet, so kann die vegetative Seite derselben eine Zeitlang auch ein gewisses anscheinendes Eigendasein führen, so daß der psychische Anstoß gar nicht ohne weiteres ersichtlich ist. Man erkennt hieraus, wie weit die Wirksamkeit psychisch entstandener Einflüsse auf das Körperliche, bei entsprechender vegetativer Anlage, reicht.

Den affektiven entsprechen die psychogenen Beeinflussungen der Sehnenreflexe (S. 12). Ein isolierter Verlust dieser Reflexe (ohne gleichzeitige Störungen der Sensibilität oder Motilität) bei sog. traumatischer Hysterie ist im Kriege nicht beobachtet worden (*Kehrer*). Bei sog. Reflexlähmung (psychogene Aufhebung des Muskeltonus) kann der Reflex fehlen, erscheint aber wieder, sobald psychotherapeutisch Heilung eingetreten ist (*Kehrer*). Bindegaut- und Würgreflex können, aus Anlaß einer experimentellen Prüfung, auch bei gesunden und unauffälligen Personen scheinbar fehlen oder nur ganz schwach ausgeprägt sein (und auch willkürlich unterdrückt werden). Auch der Hornhautreflex am Auge soll gelegentlich nicht deutlich hervorruftbar sein (reine unbeabsichtigte Suggestionerscheinung durch die Untersuchung ?). In dem Fehlen solcher Schleimhautreflexe ein „hysterisches Stigma“ erblicken und hieraus die Diagnose auf Hysterie stellen zu wollen, ist nicht richtig. Die Pupillen werden durch den Affekt weit und können durch maximale Erwartungs- oder Angstaffekte maximal weit und auch vorübergehend lichtstarr werden. Eine solche Pupillenlichtstarre kann dementsprechend auch im hysterischen Anfall auftreten (*Bumke*). Auch miotische oder mittelweite und starre Pupillen sind früher bei Hysterie beschrieben worden (*Bumke*). Das Vorkommen eines isolierten psychogenen Sphincterkrampfes oder Akkommodationskrampfes ist bis jetzt noch nicht festgestellt (*Kehrer*). Auch das sog. *Bumkesche Symptom* (Mangel der Psychoreflexe und der Pupillenunruhe, bei vorhandener Licht- und Konvergenzbewegung) soll vorübergehend nach heftigsten Angst- und Erwartungsaaffekten beobachtet worden sein, als reine Folgeerscheinung maximaler Affekte (nach *Kehrer*).

### III. Die psychogene Wunsch- oder Zweckreaktion (die hysterische Reaktion).

Die Auffassung und Deutung derjenigen psychologischen oder psychopathologischen Erscheinungen, die man mit dem Sammelnamen Hysterie zu bezeichnen pflegte, hat den Ärzten besonders viele Schwierigkeiten bereitet (über die historische Seite siehe *Lewandowsky* und *Kutzinski*). War schon die (von den Ärzten des griechischen Altertums stammende) Annahme, daß im Uterus der Sitz der Hysterie sei oder daß die Hysterie durch Sexualstörungen oder Genitalreize ausgelöst werde, an und für sich im höchsten Maße irreführend, so wurde — und wird bis in die neueste Zeit — außerdem, infolge mangelnden psychologischen Verständnisses, vieles Hysterie genannt, was entsprechend den neueren psychopathologischen Erkenntnissen, diagnostisch in andere Gruppen seelischer Aufälligkeiten oder Störungen gehört. Die dritte Hauptschwierigkeit, welche sich einer sachgemäßen Auffassung des Hysteriebegriffes entgegenstellt, ist die, daß man mit den Bezeichnungen Hysterie und hysterisch auch jetzt noch zwei an sich verschiedenartige Ausnahmezustände oder Abnormitäten belegt, die zwar gewisse Beziehungen zueinander haben, auch zusammen vorkommen können, aber eben doch grundsätzlich zu trennen sind (*Bumke*): Dies sind die hysterische Reaktion und der hysterische Charakter (die hysterische Einstellung).

Mehrfahe, sich aus dem Gebrauch der Wörter Hysterie und hysterisch ergebende Nachteile hatten schon seit Jahrzehnten einzelne Gelehrte zu dem Versuch veranlaßt, die Wörter Hysterie und hysterisch überhaupt aus dem medizinischen Sprachgebrauch zu entfernen. Dieser Versuch ist bis jetzt nicht gelungen. Wohl aber könnte das (ihm parallel gehende) Bestreben Erfolg haben, die Gruppe des „hysterisch“ zu Nennenden nach Möglichkeit einzuengen und hiermit den Gebrauch des Wortes hysterisch zu vereinheitlichen. Diesem Versuch war der Vorschlag von *Robert Sommer* entsprungen, die psychogenen Erscheinungen abzugrenzen (s. oben S. 2); und es ist denkbar, den Begriff der hysterischen Reaktion durch den der psychogenen Wunsch- oder Zweckreaktion zu ersetzen. Endlich lehrte die fortschreitende psychopathologische Erkenntnis ein weiteres Hindernis, welches einer sachgemäßen Auffassung entgegenstand, hinwegräumen: nämlich „die Hysterie“ als Krankheitseinheit zu betrachten. Schon vor einem Menschenalter (1902) konnte *Hoche* in Zweifel ziehen, daß es ein Krankheitsbild Hysterie im Sinne eines geschlossenen selbständigen Krankheitsprozesses gebe (Einzelheiten bei *Gaupp*).

Man wird daher das Hauptwort Hysterie als ärztliche Diagnose nach Möglichkeit überhaupt nicht mehr verwenden, namentlich nicht im Gutachten. Man muß ferner, nach dem Vorgehen *Bumkes*, besonderen Wert legen auf eine scharfe Trennung zwischen der hysterischen Anlage (gesteigerte Geltungssucht bei gleichzeitig vorhandener gesteigerter

Suggestibilität, überwuchernder Phantasietätigkeit, Labilität und Unausgeglichenheit der Gefühle, Unwahrhaftigkeit, Eigensinn, Egoismus) und der sog. hysterischen Reaktion. Es wäre die einfachste Lösung, wenn man das Eigenschaftswort „hysterisch“ in der hysterischen Reaktion ausnahmslos ersetzen würde durch das unverbindlichere Wort „psychogen“. Es ist unbestreitbar richtig, daß nicht nur der Wille zur Krankheit, sondern überhaupt die Idee des Krankseinmüssens das Krankheitsbild beherrscht und daß die bloße Befürchtung, krank zu werden, ebenso suggestiv wirken kann wie der Wunsch (*Bumke*). Es ist weiterhin richtig, daß es oft nicht möglich ist, mit hinreichender Sicherheit anzugeben, inwieweit ein Streben, krank erscheinen zu wollen, das Hauptmotiv bildet; und endlich ist es für die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes gleichgültig, ob die psychogene Reaktion nach dem entschädigungspflichtigen Unfall aus der *Befürchtung* oder aus dem *Wunsch*, krank zu sein, entsteht; eine entschädigungspflichtige Unfallfolge würde, gemäß der grundsätzlichen Entscheidung vom 24. 9. 26, in beiden Fällen nicht vorliegen. Aber die Psychotherapie ist bei der psychogenen Erwartungsreaktion und der psychogenen Zweckreaktion vielfach eine verschiedene. Auch sonst besteht in praxi zweifellos ein Bedürfnis, die reine Erwartungs- von der Zweckreaktion nach Möglichkeit zu trennen; und der eigentliche Grund, weshalb es hierbei gegenwärtig noch nicht möglich ist, auf das Eigenschaftswort „hysterisch“ zu verzichten, ist ein sprachlicher (formaler): Will man hervorheben, daß die psychogene Reaktion eine Wunsch- oder Zweckreaktion ist, so hat man zwar diese substantivische Bezeichnung hierfür, aber noch kein kurzes handliches Eigenschaftswort, so daß man notgedrungen gegenwärtig auch noch von einer „hysterischen Reaktion“ sprechen muß, wenn man die psychogene Wunsch- oder Zweckreaktion meint. Die psychogene Erwartungsreaktion von der psychogenen Wunsch- oder Zweckreaktion da, wo es möglich ist (hysterische Ausdruckstätigkeit!), *nicht* zu trennen, würde den Nachteil im Gefolge haben, daß schließlich auch die Patienten mit reiner Erwartungsreaktion dem Verdacht der Zweckreaktion, des „fehlenden Gesundheitsgewissens“ und der mala fides, und hiermit auch einer unangebrachten moralischen Aburteilung ausgesetzt würden.

Der Begriff der psychogenen Reaktion ist also der allgemeinere und derjenige der psychogenen Wunsch- oder Zweckreaktionen der speziellere. An Häufigkeit überwiegen die psychogenen Wunsch- oder Zweckreaktionen in der ärztlichen und namentlich in der Gutachterpraxis über die sonstigen (aus der reinen Angst oder Erwartung, ohne jedes weitere Motiv entstandenen) psychogenen Reaktionen (von irgendwie längerer Dauer) so außerordentlich, daß die Schilderung in den Lehrbüchern im wesentlichen nur auf die psychogenen Wunsch- und Zweck- (d. h. also die hysterischen) Reaktionen Bezug nimmt, und daß man sogar, beim

Lesen solcher Schilderungen, immer und immer den Verdacht der Krankheitsvoräuschung erheben möchte. Die psychogenen Wunsch- oder Zweckreaktionen treten im allgemeinen nur unter bestimmten Situationen auf, die dem Reagierenden einen sog. *Krankheitsgewinn* nahelegen, und zeichnen sich durch den Einfluß und das Durchscheinen einer bestimmt gearteten Willensrichtung (*Bonhoeffer* 1911) oder eines Strebens aus. Eine große Anzahl von Psychopathologen der Gegenwart (ich nenne hier nur *Bleuler*, *Forster*, *Hauptmann*, *Kretschmer*, *Krisch*, *Pönitz*) hat sich dieser Auffassung angeschlossen.

Die Mehrzahl der Menschen hat ein recht gutes instinktives Gefühl dafür, ob eine Ausdruckstätigkeit ganz echt und unmittelbar ist oder nicht. Fragt man sich, welcher Umstand uns das Gefühl gibt, daß der hysterisch Reagierende bei dem Darstellen seiner Krankheit irgendwie mit seinem Willen sozusagen als stiller Teilhaber (*Kretschmer*) mit im Spiel sei, so lautet die Antwort hierauf: Die sog. *hysterische Ausdruckstätigkeit*, die somit neben der affektiven (affektiv-neuropathischen) und der psychogenen (bzw. rein suggestiven) noch auftreten kann und eingehend zu beachten ist. Sie zeigt sich z. B. in dem dauernden und gleichbleibenden, regelmäßigen Zusammenzucken beim Prüfen der Sehnenreflexe und manchmal auch der Pupillen im Dunkelzimmer (auch der Nervöse kann anfangs beim Reflexprüfen oder beim plötzlichen Lichtschein während der Pupillenuntersuchung zusammenzucken; aber es tritt bei Wiederholung der Prüfung alsbald eine gewisse Gewöhnung ein; das allgemeine Zusammenzucken erfolgt nicht stets in der gleichen Stärke; bei dauernder traumatischer Hirnschädigung kommen aber auch hier Ausnahmen vor). Oder in einem dauernden Zwinkern und Augenverdrehen, Zusammenkneifen der Augenlider beim Augenspiegeln im Dunkelzimmer (Demonstration von Lichtscheu oder Lichtempfindlichkeit, welche jedoch der Untersuchte kurz vorher im viel helleren Tageslicht auch andeutungsweise nicht gehabt hat; zu beachten ist, daß Zwinkern auch bei Bindehautkatarrh oder als Angewohnheit, ferner bei Kurzsichtigkeit auftreten kann). Schon erwähnt wurden die aktiven Muskelzutaten beim Zweckzittern (S. 11), beim *Rombergschen* Versuch (S. 17) und beim dauernden Produzieren von klonischem Fußklappern, auch wenn der Arzt den Fuß des Untersuchten zurechtgerückt hat (S. 5). Der hysterische Pseudoklonus zeichnet sich dadurch aus, daß in seinem Beginn zuerst eine aktive Plantarflexion des Fußes erscheint. Das hysterische Zittern der aufgestellten Beine entwickelt ferner manchmal eine große Kraft, so daß der Fußboden des Zimmers in weitem Umkreis in Schwingungen geraten kann. Nimmt man das zitternde Bein vom Fußboden weg, verliert es den benötigten Widerstand, und das Zittern verschwindet augenblicklich. Beim Dynamometerversuch werden zwar die Muskeln des Unterarmes aktiv stark angespannt (was sich durch Betastung feststellen läßt); aber die Finger bewegen sich nicht und entwickeln keine Kraft

(jeder motorisch Gewandte kann ein derartiges Gebaren selbst demonstrieren). Man sieht, wie eingehend die motorischen Äußerungen bei der psychogenen Wunsch- und Zweckreaktion zu untersuchen sind; und es besteht kein Zweifel, daß bei entsprechend genauer Analyse noch zahlreiche weitere Unterschiede zutage treten.

Als hysterische Ausdruckstätigkeit kann ferner das Schwanken des Körpers bei geschlossenen Augen schon im Sitzen betrachtet werden, sowie das rhythmische Bewegen oder das Zittern des Armes beim Pulszählen. Weiter sind zu nennen: Die besonders große Unzuverlässigkeit der Angaben bei der Hautempfindungsprüfung, die offensichtlich zur Schau getragene Uninteressiertheit und der Mangel an gutem Willen, ja das absichtlich anmutende verkehrte Gebaren bei Untersuchungen, die eine aktive Beteiligung des Untersuchten erfordern; z. B. das Nichtmitgehen der Augäpfel bei der Prüfung der Augenmuskeln, das regellose Danebenzeigen oder die „Mätzchen“ beim Zeigeversuch. Sodann die gesteigerte und theatralisch anmutende affektive Ausdruckstätigkeit, die stark übertriebene Schmerzempfindlichkeit; die maximale demonstrative Wehleidigkeit beim Blutdruckmessen, das Stöhnen, Gesichtsverziehen und Demonstrieren von Schmerzen bei geringfügigen Anlässen (Auskleiden bei der Untersuchung), während die gleichen Bewegungen, wenn sich der Untersuchte unbeobachtet glaubt oder wenn die Aufmerksamkeit abgelenkt ist, mühelos von statthaften gehen und ohne die geringste Schwierigkeit geleistet werden. Der gleiche zu Begutachtende, der während der Untersuchung schwer verstimmt erscheint und geradezu verfallen aussieht, ist unbeobachtet sehr vergnügt, und seine ganze Physiognomik paßt dann nicht zu den sehr starken dauernden Kopfschmerzen, die er behauptet. Es ist zu beachten, daß bei einer großen Anzahl von Zweckreagierenden sich die hysterische Ausdruckstätigkeit auch nur auf ein oder zwei Äußerungen oder Gelegenheiten beschränkt; man darf also nicht stets eine gesamte hysterische Ausdruckstätigkeit erwarten. Andere Reagierende sind, bei den sog. hysterischen Geistesstörungen (S. 26), bestrebt, mit ihren Gesichtszügen den Schwachsinn oder die Unfähigkeit des Begreifens darzustellen. Wird ihnen eine Aufgabe vorgelegt, dann entspricht ihr Gesichtsausdruck demjenigen intensiven Nachdenkens; sie gelangen aber doch zu einem unrichtigen Ergebnis, oft im Sinne des Vorbeiredens (S. 27). Manche nehmen beim Rechnen die Finger zu Hilfe (was übrigens auch beim angeborenen Schwachsinn vorkommt und daher diagnostisch nur mit Vorsicht zu verwenden ist; es gibt auch, bei sonst ganz intelligenten Personen, angeborene partielle Defekte im Rechnen). Bei anderen Personen dagegen ist diese soeben beschriebene hysterische Ausdruckstätigkeit nicht deutlich, auch wenn eine echte Wunsch- oder Zweckreaktion vorliegt. So kann sich die hysterische Reaktion in eine hypochondrische oder depressive (S. 25) Reaktion kleiden; gewisse Auffälligkeiten können

aber auch dann zutage treten (bemerkenswert ist, daß bei reinen Hypochondern echte psychogene Erscheinungen im allgemeinen sehr selten sind). Eine Verwechslung mit der vielfach vorhandenen reinen Überängstlichkeit oder Wehleidigkeit bei der Untersuchung ist unter allen Umständen zu vermeiden. Freilich kann sich die hysterische Ausdruckstätigkeit auch durch diese Überängstlichkeit und Wehleidigkeit äußern.

Bei einer seelischen Einstellung im Sinne der psychogenen Wunsch-, Zweck- oder Ausweichreaktion besitzen die Reagierenden häufig eine sehr *gesteigerte Empfindlichkeit* in das, was der Arzt mit neurologischen oder psychologischen Untersuchungsmethoden feststellen möchte; und sie versuchen instinktiv, gleichsam reflexähnlich, es zu erraten (stärkste Konzentrationseinstellung auf die Untersuchung mit ihren suggestiven Folgen). Dies muß der Arzt bei der Untersuchung stets berücksichtigen. Es kann kein Zweifel sein, daß viele psychogene Erscheinungen erst durch die Untersuchung entstehen. Diese hat daher bei zu Begutachtenden stets mit bestimmten Vorsichtsmaßregeln zu geschehen (S. 18 und später). Dem Kundigen gelingt es gewöhnlich auch mühelos, eine, bei der Untersuchung erst aufkeimende hysterische Ausdruckstätigkeit in *statu nascendi* zu unterdrücken. Außerdem gibt es in großer Anzahl Zuverlässigkeitssprüfungen, Kontrollproben, und sog. Tricks, festzustellen, daß organisch (neurologisch) die betreffenden Funktionen in Ordnung sind. Diese Tricks sollen nicht dazu dienen, „Simulanten zu entlarven“ (s. später), sondern lediglich den psychogenen bzw. Zweckcharakter der Erscheinung und das gewöhnliche Fehlen eines krankhaften organischen Zustandes neben dem psychogenen Syndrom festzustellen.

Die Äußerungen der psychogenen Wunsch- und Zweckreaktion, sowie die hysterische Ausdruckstätigkeit können von vielen Personen aktiv und — mit Hilfe von Affekten (S. 4) — willkürlich verursacht werden, der jeweiligen Situation entsprechend. Solche Personen können sich aktiv in starke Affekte hineinsteigern, vor allem mit Hilfe gesteigerter Innervationsimpulse in die willkürlich bewegbare Muskulatur (Zittern, beschleunigtes Atmen usw.). Bei der Untersuchung zeigt der „Patient“ einen im höchsten Maße bemitleidenswerten Zustand; im übrigen aber kann er voll erwerbsfähig sein. So kommen die geradezu grotesk anmutenden Fälle zustande, wie sie z. B. *Gaupp* und *Neustadt* berichten (daß ein aktiver Trambahnschaffner bei der Untersuchung auch für den psychopathologisch erfahrenen Arzt ein Bild des Jammers darbietet, oder daß der selbständige Leiter einer Bankfiliale wegen hysterischer Pseudodemenz 100% Kriegsrente bezieht). Es ist naturgemäß lediglich eine Frage der Definition, wie weit man den Begriff der Simulation ausdehnen darf oder soll. Wer sich vornimmt, eine Rolle zu einem bestimmten Zweck durchzuführen, und wer sich hierzu (wie ein hochbegabter Schauspieler) ganz in diese Rolle einlebt, sowie mit Hilfe von Affekten und Selbstsuggestion auch die Ausdruckstätigkeit und Mechanismen in

Bewegung setzt, die unmittelbar dem Willen nicht unterliegen, wirkt durchaus echt, braucht aber deshalb noch nicht als „krank“ angesehen zu werden. Richtig ist, daß sich auch moralisch einwandfreie Menschen mit einer psychogenen Wunsch- oder Zweckreaktion Luft machen können. Aber es ist vom Standpunkt der charakterlichen Bewertung ein Unterschied, ob die Reaktion entsteht, um einer unerträglich gewordenen Situation, bei hochgradigstem, innerlichen affektiven Geladen- und Gespanntsein, ein Ende zu bereiten, wenn ein anderer Ausweg nicht möglich erscheint; oder ob die Reaktion in Tätigkeit gesetzt oder unterhalten wird, lediglich um persönliche Vorteile auf moralisch nicht ganz einwandfreiem Wege zu erlangen. So hat im Kriege der Appell an das Gewissen (*Forster, Gaupp, Kretschmer* u. a.) schon manche hysterische Reaktion zum Schwinden gebracht. Es ist also falsch, in Bausch und Bogen eine moralische Bewertung „der Hysterie“ zu verwerfen. Der eine Teil der hysterisch Reagierenden darf und soll (schon aus psychotherapeutischen Gründen) moralisch gewertet werden. Eine bestimmte moralische Einstellung gehört zum notwendigen Rüstzeug des Psychotherapeuten (vgl. *H. Hoffmann, Kahn* u. a.). Freilich scheiden sich die Meinungen der Gutachter hier und überhaupt bei der diagnostischen Bewertung der hysterischen Ausdruckstätigkeit; und es gibt auch jetzt noch hochangesehene Gutachter und Gelehrte, welche die hysterische Ausdruckstätigkeit im Gutachten völlig unberücksichtigt lassen, auch keine entsprechenden psychologischen Einzelversuche anstellen (z. B. keine Analyse der Zittererscheinungen oder des Benehmens beim *Rombergschen* Versuch geben), sondern von vornherein Krankheiten sowie Unfallfolge annehmen und ohne Begründung die Zubilligung einer hohen Unfall- oder Kriegsrente befürworten. Dieses gleiche Ausweichen vor einer klaren Stellungnahme der hysterischen Ausdruckstätigkeit, sowie überhaupt der Wunsch- und Zweckreaktion gegenüber, kann man auch in manchen medizinischen Veröffentlichungen der Gegenwart feststellen; und wenn man nach den (sehr zahlreichen) Gründen fragt, aus welchen die Beurteilungen der medizinischen Sachverständigen derart grundverschieden und entgegengesetzt ausfallen können, so ist als einer dieser Gründe auch die verschiedenartige Stellungnahme zur hysterischen Ausdruckstätigkeit zu nennen.

Ein Gutachter, der im Einzelfall den Begriff der Psychogenie oder der psychogenen Reaktion verwendet, soll der Frage nachzugehen suchen, ob eine reine Erwartungsreaktion oder aber eine Wunsch- und Zweckreaktion vorliegt; und wenn er das Wort hysterisch verwendet, dann soll er mitteilen, wie er dieses Wort verstanden wissen will. Sehr glücklich scheint mir bei manchen motorischen psychogenen Erscheinungen (Lähmung, Zittern usw.), für die Bedürfnisse des Gutachters, die schlagwortähnliche Formulierung *Kretschmers* zu sein: *Wille oder Reflex*; d. h. inwieweit hat in der betreffenden gesamten motorischen Erscheinungs-

weise der Wille die Oberhand, und inwieweit hat sich der (erwartete, gewünschte oder anfangs vielleicht gewollte) Mechanismus dem Willeneinfluß mehr oder weniger entzogen (hysterische Lähmungen usw.)? Zu dieser Frage müßte der Gutachter in jedem Einzelfall Stellung zu nehmen suchen, sobald die Frage der Erwerbsbeschränkung durch die psychogene Reaktion gestellt ist (Invaliditätsverfahren). So lange der Wille bei der motorischen Erscheinung die Oberhand hat (und dies ist im Bereich der psychogenen Wunsch- und Zweckreaktionen aus Anlaß des Entschädigungsverfahrens bei den weitaus meisten Reagierenden der Fall), ist der Betreffende nicht aus seiner psychogenen Reaktion heraus erwerbsbeschränkt; bei solchen Personen braucht für diese hysterische Reaktion auch weder die Frage der Simulation noch die Frage der Entschädigungspflicht von Unfallfolgen weiter verfolgt zu werden. Die Löwensteinschen experimentellen Untersuchungen sprechen eindeutig im gleichen Sinne; sie sind gegebenenfalls zur Sicherung der Diagnose anzuwenden. Freilich darf man nicht in den Fehler verfallen, die reaktiven affektiven (bzw. neuropathisch verstärkten) körperlichen Erscheinungen (z. B. eine reaktive Blutdrucksteigerung) bei einer Beantwortung der Frage bezüglich Wille und Reflex zugrunde zu legen; denn sie zeigen lediglich die Stärke des Affektes und der neuropathischen Anlage an, dagegen nicht ob die psychogene Reaktion eine Erwartungs- oder eine Zweckreaktion ist. Durch größere Genauigkeit bei der Untersuchung und durch Verfeinerung der Untersuchungsmethoden wird es, unter Berücksichtigung der jeweiligen Situation, meist, wenn nicht stets gelingen, den Wunsch- oder Zweckcharakter der Reaktion festzustellen. Als Gegenbeispiele zur hysterischen Ausdruckstätigkeit halte man sich stets Benehmen und Ausdruckstätigkeit der organisch Kranken aller Art und namentlich der Schwerkranken und Erwerbsunfähigen vor Augen, die lediglich die Wunscheinstellung haben, wieder gesund zu werden.

Die sog. hysterischen Mechanismen (Bewußtseinseinengung, Abspaltung von Bewußtseinsinhalten, Verdrängung, willkürliche Reflexverstärkung) sind im Prinzip die gleichen, wie sie schon geschildert wurden (S. 3), nur daß die Tendenz der Wunsch-, Zweck oder Abwehreinstellung mehr Einfluß hat und gegebenenfalls die Mechanismen in Bewegung setzt. Man spricht ferner von *zwei Arten von Willen*, einem vernunftgeleiteten Oberwillen und einem triebhaften Unterwillen, welche nicht selten einander entgegenstehen. Auch hier handelt es sich nicht um etwas spezifisch Hysterisches, sondern um eine letzten Endes allgemeine menschliche Eigenschaft. Hypobulische und hyponoische (Kretschmer) Mechanismen sind aber besonders in der hysterischen Reaktion erkennbar. Die meisten Menschen machen sich ihre wahren Motive und Streubungen nicht klar, suchen sie vor sich selbst zu beschönigen, fassen sie nicht in Worte, gehen ihnen aus dem Wege und verdrängen sie. Man pflegt das Bewußtsein mit einem großen dunklen Raum zu vergleichen,

welcher nur von einem zusammengehaltenen Lichtbündel teilweise und an umschriebener Stelle erleuchtet wird (Blickfeld des Bewußtseins), während der übrige Teil mehr oder weniger im Dunkeln liegt (sog. Sphäre des Bewußtseins). In dieses Dunkel werden Wünsche, Strebungen und Motive abgeschoben, welche die volle Bewußtseinshelligkeit zu scheuen haben; sie wirken aber aus dem sphärischen Bewußtsein noch weiter. So ist sich auch — wie vielfach angenommen wird — der Zweckreagierende gewöhnlich seines Interesses an der Krankheitsdarstellung nicht genügend klar bewußt; und dieser Umstand stellt einen wesentlichen Unterschied gegenüber der reinen, vollbewußten und beabsichtigten Simulation dar.

Der psychogenen und der Zweckreaktion liegt manchmal ein sog. *organischer Kern* zugrunde, d. h. eine faßbare Veränderung, auf welcher sich die Reaktion aufbaut und mit welcher sie psychologisch im Zusammenhang steht. Dieser organische Kern kann, nach einem Unfall, Unfallfolge sein. Häufiger besteht er aber in einer Organminderwertigkeit, körperlichen Schwächlichkeit oder in komplizierenden Krankheiten, namentlich im Rückbildungsalter (s. später). Die psychogene und die hysterische Reaktion kann andererseits selbst, bei entsprechender Anlage oder Körpervorfassung, zu organischen Dauerveränderungen führen. Ich nenne hier als die häufigsten: Die *Sudecksche* Haut-, Muskel- und Knochenatrophie an der psychogen oder hysterisch gelähmten Gliedmaße und die schmerzhafte Schulterversteifung (s. *E. Seifert*); ferner — namentlich bei Frauen im Rückbildungsalter — eine, manchmal extreme Grade erreichende, Zunahme der Fettsucht. In den Fällen der *Sudeckschen* Atrophie und der Gelenksversteifung ist meist eine zu weit getriebene (falsche ärztliche Anordnungen, aber auch zu große Wehleidigkeit des Patienten) Ruhigstellung des anfänglich verletzt gewesenen oder schmerzhaften Gliedes oder der Mangel an Bewegung überhaupt eine Ursache der organischen Veränderung. Aber auch das umgekehrte kommt vor: Daß sich die psychogene oder Zweckreaktion erst an diese unerwünschten Komplikationen nach Verletzungen anschließt, namentlich wenn der Arzt oder Gutachter den organischen Charakter der Grundstörung nicht rechtzeitig erkennt. Durch eine hysterische Polypnoe kann endlich, entsprechend der Wirkung des Hyperventilationsversuches, bei nebenhergehender Anlage zur Epilepsie, ein echter epileptischer Anfall auftreten (*Lange* und *Guttman*).

Die psychogene Wunsch- oder Zweckreaktion (hysterische Reaktion) ist also nicht nur gesteigerte Suggestibilität, nicht nur die Folge von Erwartung und nicht nur Psychogenie. Man soll daher eine eindeutige Zweckreaktion nicht mit der undifferenzierten Benennung Psychogenie oder Neurose decken wollen. Hat man sich bei der Untersuchung eines hysterisch Reagierenden einerseits nach dem Verhältnis von „Wille und Reflex“ (S. 40) zu vergewissern, so wird man zweitens, nach möglichster Feststellung des Motivs, welches zur hysterischen Reaktion geführt hat,

im Einzelfall zu ergründen suchen, wie stark der Wille zum Gesundsein (Für-gesund-gelten) ist und welche Vorteile dem Patienten das Für-krank-gehaltenwerden bringt. Bei der hysterischen Reaktion besteht grundsätzlich die Tendenz, etwas für die eigene Person Günstiges (auch Bemitleidung usw.) zu erzielen; bzw. es empfiehlt sich, von hysterischer Reaktion dann nicht zu sprechen, wenn eine solche Tendenz nicht erkennbar ist. Die Flucht in die Krankheitsdarstellung ist eine instinktive und primitive, schon von dem kleinen Kind angewandte, Schutz- und Ausweichmaßnahme. Die hysterische Reaktion ist gegebenenfalls eine Episode im Machtkampf; mit ihr soll nicht nur das eigene Gewissen beruhigt, sondern auch der Gegner ins Unrecht gesetzt werden.

Gewinnsucht und Begehrlichkeit sind nicht stets die eigentlichen und letzten Triebfedern für das Entstehen der hysterischen Reaktion. *Kehrer*<sup>1</sup> nennt Vergeltungswünsche und Ressentiment. Ein großer Teil der hysterischen Reaktionen ist insbesondere auch eine *Ausweichreaktion*. Das zugrunde liegende Versagen kann nur ein zeitweises sein, begünstigt und zum Vorschein gebracht durch widrige Umwelteinwirkungen (chronische Unterernährung, Erschöpfung, schwere Konflikte, wirtschaftliches oder häusliches Elend). Da aber unter den gleichen äußereren Bedingungen nur ein Teil der Menschen hysterisch reagiert, sehen wir schon hier die Wichtigkeit der *Anlage*. Psychopathische Persönlichkeiten, sog. Psychastheniker, Menschen im Rückbildungsalter oder mit körperlichen Krankheiten können in Situationen versagen, denen die große Mehrzahl der Menschen gewachsen bleibt. Die hysterische Reaktion pflegt unter den gleichen Bedingungen aufzutreten wie die Vortäuschung. Zahlenmäßig steht im Frieden der Entschädigungsgedanke als Anlaß zur hysterischen Reaktion bei weitem an erster Stelle. Die Aussicht auf geldliche Hilfe im Kampf ums Dasein und die Hoffnung, mit leichterer Arbeit das gleiche Einkommen zu haben, verwandeln das bis dahin mehr oder weniger latente (nicht hinreichend zum Bewußtsein gekommene) zu einem manifesten Insuffizienzgefühl. Je genauer man bei vorliegender hysterischer Reaktion untersucht und (internistisch) untersuchen läßt, um so häufiger findet man auch diese oder jene organischen Krankheiten, die zwar keine Folge des Unfalles sind, aber das Versagen und die Wunschrichtung erklären. Je durchschnittlicher andererseits die Lebens- und Gesundheitsverhältnisse des hysterisch Reagierenden sind, um so mehr muß der „Wille zur Krankheit“ als Zeichen einer abnormen psychischen Konstitution betrachtet werden. Ebenso läßt das Auftreten hysterischer Anfälle und Psychosen fast stets auf eine schwere konstitutionelle Veranlagung schließen (*Bumke*). Die sehr wichtige Rolle der Erbanlage bei „Neurose“, abnormer Rentenreaktion und hysterischer Reaktionsweise ergibt sich aus entsprechenden Untersuchungen (*Kraulis, Wagner, Gebbing*).

<sup>1</sup> *Kehrer*: Handwörterbuch der med. Psychol. 1930, 233.

Die Äußerungen der hysterischen Reaktion unterliegen zum Teil einem sog. Zeitgeist und der Mode; ihr Auftreten zeigt auch gewisse geographische Unterschiede. Das Verhalten der Umgebung ist für die Entstehung, Entwicklung, Fixierung oder aber den Abbau und das Verschwinden einer hysterischen Reaktion von allergrößter Bedeutung und daher auch als psychotherapeutische Maßnahme zu berücksichtigen und heranzuziehen.

Eine echte psychogene Wunsch- oder Zweckreaktion kann also auch bei jeder organischen Krankheit vorkommen oder zu ihr hinzutreten. Das Vorliegen einer solchen Reaktion gestattet niemals die Schlußfolgerung auf Abwesenheit einer organischen Krankheit. Bei den organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems (Hirntumor, multiple Sklerose, progressive Paralyse usw.) trifft man außerdem verhältnismäßig oft Erscheinungen, die mit den hysterischen eine mehr oder weniger große Ähnlichkeit haben. Soweit in solchen Fällen das Vorhandensein einer echten hysterischen Reaktion nicht feststeht, bezeichnet man die Erscheinung als hysteriaähnlich (hysteriform, hysteroid).

Wir fragen also nicht — um dies nochmals zu wiederholen —: Was ist Hysterie? Wir sagen nicht, daß „die Hysterischen“ (diesen Begriff in beliebiger Ausdehnung verstanden) Wunsch- und Zweckmotive haben. Sondern wir *schlagen vor*, eine bestimmte Form der seelischen Reaktionen vorläufig hysterisch zu nennen, und zwar diejenige Gruppe seelischer Reaktionen, welche der Simulation am nächsten steht und bei welcher ein Durchscheinen der Willensrichtung zutage tritt oder der Tendenzcharakter aus sonstigen Gründen zum mindesten wahrscheinlich ist. Es handelt sich hier also nicht um die Äußerung eines Kurzschlußdenkens (*Hoche*), sondern um dem Versuch einer möglichst scharfen Klassifizierung. Hiernach gibt es psychogene Reaktionen, die keine Wunsch- und Zweckreaktionen (also auch nicht hysterisch zu nennen) sind, wie es andererseits Wunsch- und Zweckreaktionen (Simulation) gibt, die keine psychogenen Reaktionen sind. Daß in dieser Hinsicht noch keine Einheitlichkeit unter den medizinischen Sachverständigen herrscht, mag zum Teil wohl auch daran liegen, daß von mancher Seite „die Hysterie“ (in dem früheren Sinne) auch jetzt noch viel zu sehr als Krankheitseinheit, ja als etwas gleichsam Neurologisches aufgefaßt wird; und man vermißt dementsprechend bei den Gegnern der *Bonhoefferschen* Anschauung eine klare Begriffsbestimmung dessen, was *sie* unter Hysterie verstehen. Wir dürfen weiterhin nicht vergessen, daß die sprachliche Bezeichnung als solche in die Irre führen kann. Die Sprache, als „große Lügnerin und Fälscherin“, benennt manches als Einheit, was in Wirklichkeit keine Einheit ist (wir sehen dies auch an dem gegenwärtig viel gebrauchten Wort „Neurose“). So zerfällt auch das, was man früher Hysterie nannte und was zum Teil auch jetzt noch Hysterie genannt wird, in mehrere Untergruppen. Nur eine dieser (nämlich diejenige, auf welche die *Bonhoeffersche* Definition paßt) darf oder soll hysterische Reaktion genannt werden; und es ist dann weiterhin nur noch die Aufgabe der medizinischen und insbesondere psychologischen Diagnostik, die psychogene Wunsch- und Zweckreaktion (die man also auch hysterisch nennen kann) in jedem Einzelfall richtig zu erkennen. Eine „Entlarvung der Hysterie“ ist hiermit nicht beabsichtigt, sondern lediglich eine möglichst genaue Begriffsbestimmung, ohne welche jede Verständigung unmöglich wird. Daß die seelisch-körperlichen Zusammenhänge in ihrem Wesen noch nicht bekannt sind und das Leib-Seeleproblem nicht gelöst ist, kann naturgemäß kein Hindernis sein, eine derartige möglichst genaue Begriffsbestimmung vorzunehmen. Denn auch das

Wesen der einfachsten seelisch-körperlichen Umsetzung, der affektiven körperlichen Begleiterscheinungen, von Suggestion und Hypnose, wie überhaupt der gesamten normalen und krankhaften psychischen Erscheinungen ist gegenwärtig noch unbekannt. Was aber der Arzt und der medizinische Sachverständige tun können und tun sollen, ist dieses: Ernsthaft sich zu bemühen, die Erscheinungsweisen der psychogenen und der hysterischen Äußerungen in jedem Einzelfall eingehend zu analysieren und auf ihren Krankheitswert zu untersuchen. Hiermit bleiben wir auf unserem eigenen medizinischen Gebiet, und die Rechtsprechung wird dann ganz von selbst zu den richtigen Schlußfolgerungen gelangen.

#### IV. Die Simulation.

Es erscheint notwendig, in diesem Zusammenhang auch der Simulation zu gedenken, ihrer sehr nahen Beziehungen zur hysterischen Reaktion und ihrer Unterschiede gegenüber dieser. Der Begriff der Simulation muß in einheitlicher Weise verwendet werden. Als Simulation wird gegenwärtig lediglich die *bewußte* Absicht der Täuschung verstanden. Die *Absichtlichkeit* (und somit auch ihr Nachweis) darf hierbei also nicht fehlen. Ebenso sind Lügen *bewußte* Unwahrheiten auf sprachlichem Gebiete (bewußt falsche Aussagen). Simulation selbst ist nicht nur Lüge. Der Simulant richtet absichtlich sein gesamtes Gebaren darauf ein, einen gewollten Tatbestand durch Vortäuschung für die Umwelt (oder für einzelne Personen) zu verwirklichen (alle Einzelheiten hierüber bei *Uitz*, dessen Veröffentlichung einige dieser Gedanken entnommen sind). Es gibt eine Simulation ohne Lüge (nur Gebaren) und eine Simulation mit Lüge. Simulation und Lüge lassen erkennen: Ein Bewußtsein der Falschheit, eine Absichtlichkeit der motorischen Leistung zur Vortäuschung und gewöhnlich auch eine bestimmte, auf eine besondere Situation gerichtete Zweckhaftigkeit. Es gibt aber auch eine Simulation lediglich um der Simulation willen. Ein bestimmter Zweck für den Einzelfall ist dann nicht zu erkennen, ein subjektiver Gewinn, den der Simulant aus der Simulation zieht (Triebbefriedigung), trotzdem eindeutig vorhanden. Lüge und Simulation können andererseits auch aus sittlich einwandfreiem Motiv vorgenommen werden. Auch ist nicht jede bewußt falsche Handlung eine Simulation. Ebenso ist Schauspielkunst nicht Simulation (kann aber zur Simulation benutzt werden). Dem Sprachgebrauch nach wird der Ausdruck Simulation nur in Beziehung zu Gesundheit, Wohlergehen, Stimmung, Krankheit, körperlichen Defekten verwendet. Ähnlich dem Begriff der Simulation bedeutet Aggravation lediglich die bewußte und beabsichtigte Verstärkung schon vorhandener Krankheitssymptome, Abnormitäten oder für krankhaft gehaltener Erscheinungen. Ihrer Persönlichkeit nach gibt es (im Hinblick auf die praktischen Bedürfnisse der Psychopathologie und der Begutachtung) folgende Arten von Simulanten und Aggravanten: Die geistig gesunden, die nebenher neuropathisch oder psychopathisch (oder beides) veranlagten, die angeboren schwachsinnigen, epileptischen, Entartungs-Simulanten; auch Geisteskranke können simulieren. Ein echter

Simulant kann also z. B. auch neuropathisch verstärkte körperliche Begleiterscheinungen zeigen (affektive Blutdrucksteigerung, affektives und nicht simuliertes Zittern, Schwitzen usw.). Das Vorhandensein solcher „objektiver“ Symptome spricht an sich niemals gegen nebenher bestehende echte Simulation. Solche „nervöse“ Symptome sind also diagnostisch nicht gegen Simulation zu verwenden. Simulationsähnliche Symptomenkomplexe finden sich andererseits namentlich bei schwerer Geisteskrankheit (Schizophrenie, Katatonie).

Die Frage nach der Häufigkeit der Simulation (speziell auch von Geistesstörung) ist verschieden beantwortet worden. Früher galt Simulation nicht als häufig. Daß sie im Krieg, namentlich in den späteren Kriegsjahren (seit 1917), nicht selten war und bis Kriegsende immer mehr zugenommen hat, auch Unterricht in Simulation stattgefunden hat, wird von verschiedenen Seiten betont (*Bumke u. a.*). *Gaupp* führt aus, daß die Nervenärzte nach dem Krieg bisweilen mit einer gewissen Beschämung gewahr wurden, „wie oft wir doch offensichtlich zu gutgläubig gewesen und bei unserem Bestreben nach Gerechtigkeit und „Objektivität“ von niedriger Selbstsucht oder Feigheit genasführt worden sind“. *Wilmanns* hat sich schon seit vielen Jahren dahin ausgesprochen, daß die Simulation unter Gewohnheitsverbrechern nicht selten sei. Neuerdings wird, entsprechend den zunehmenden Schwierigkeiten auf wirtschaftlichem Gebiet, ganz allgemein über eine außerordentliche Zunahme der Simulation, im Bereich der Versicherung geklagt, auch im Ausland<sup>1</sup>. Ferner ist zu beachten, daß die Simulation zweifellos häufiger ist, als sie im Einzelfall durch ärztliche Untersuchung einwandfrei nachgewiesen werden kann. Der einwandfreie Nachweis der Simulation ist durch die ärztliche Untersuchung allein gewöhnlich überhaupt nicht zu erbringen. Man darf die Frage nach der Häufigkeit der Simulation und die Frage nach der Häufigkeit ihres einwandfreien ärztlichen Nachweises nicht verwechseln. Andererseits ist die Mehrzahl der Simulanten im Bereich der Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung oder Kriegsversorgung geistig oder körperlich nicht vollwertig. Das gleichzeitige Zusammentreffen einer neuropathischen oder psychopathischen Veranlagung und einer echten Simulation ist allem Anschein nach viel häufiger anzutreffen als die (aus unlauterer Absicht vorgenommene) Simulation eines geistig und körperlich wirklich Vollwertigen.

Alles was als Vortäuschung nicht bewußt beabsichtigt wird, ist also keine Simulation (Aggravation, Lüge) im obigen Sinne. Nun wird der gewandte und begabte Simulant instinktiv oder bewußt auch alle ihm zur Verfügung stehenden affektiven, autosuggestiven und gegebenenfalls vegetativen Hilfen und psychogenen Mechanismen für die Simulation verwenden. Er kann sich absichtlich in einen starken Affekt

<sup>1</sup> Siehe z. B. *Dtsch. med. Wschr.* 1931, 813.

hineinarbeiten; im Affekt „läuft dann die Sache von selber“; aber streng genommen dürfte man den Simulanten in diesem Stadium *nicht* mehr als Simulanten betrachten. Der gesunde Simulant kann sich mit Hilfe schauspielerischer Begabung und Autosuggestionen so stark in die gewollte Rolle hineinleben, daß er nicht nur auf andere, sondern auch auf sich selbst echt wirkt. Auch beim völlig Gesunden ist in solchem Falle nicht immer und zu jeder Zeit ein bewußter „Wille“ maßgebend; vielmehr können auch bei ihm „tieferen Schichten“ des Seelenlebens in vermehrte Tätigkeit treten und ausschlaggebend werden. Das „Hin- und Hergleiten der Regievorstellung aus hellerem in dunkleres Bewußtseinslicht und umgekehrt“ (*Braun*) ist nicht nur der hysterischen (epithymen, *Braun*) Reaktion eigen, sondern ist ein Vorgang, der gegebenenfalls bei *jedem* Menschen eintreten kann. Die Regievorstellung — um diesen Ausdruck hier beizubehalten — kann „von selbst“ aus dem Blickfeld des Bewußtseins gleiten; sie kann aber auch *verdrängt* werden. In beiden Fällen befinden wir uns, wenn die Regievorstellung nicht mehr bewußt die Oberherrschaft hat, schon im Bereich der psychogenen Reaktion.

Wie man sieht, sind die Grenzen der Simulation gegen die psychogene oder hysterische Reaktion *völlig fließend*. Andererseits muß aber auch mit allem Nachdruck hervorgehoben werden, daß das Hinübergleiten in die psychogene oder hysterische Reaktion an sich überhaupt kein krankhafter, sondern ein *normaler* Vorgang ist, der abnorm nur durch eine entsprechende abnorme Anlage werden kann (ähnlich wie die Hypnose an sich ein normaler Vorgang ist, bei bestimmter abnormer Veranlagung aber auch pathologisch werden kann). Die Alternative: Krank oder schlecht, pathologisch oder simuliert, ist zu schroff (*Bumke*). Das nicht bewußt Schlechte und das nicht bewußt Simulierte ist an sich zunächst überhaupt noch nicht krankhaft (pathologisch). Der Unterschied zwischen Simulation und hysterischer Reaktion besteht erstens darin, daß die betreffende Persönlichkeit sich ihrer Motive im wesentlichen bewußt ist (Simulation) oder aber sie mehr oder weniger vor sich selbst verschleiert (hysterische Reaktion; s. auch *Krisch*). Der zweite Unterschied würde der sein, daß ein bewußt oder instinktiv begonnenes Vortäuschungsgebaren sich dem Willenseinfluß mehr oder weniger entziehen und ihm auch dann entzogen bleiben kann, wenn der Zweck erreicht und die Verstellung unnötig geworden ist. Dann kann gegebenenfalls die Reaktion einen gewissen Krankheitswert erhalten.

Zwischen Simulation und hysterischer Reaktion besteht also kein grundsätzlicher Unterschied. Die sog. Simulationsproben pflegen auch bei der hysterischen Reaktion positiv auszufallen. Weil aber andererseits auch die psychogene und die hysterische Reaktion selbst noch keine Krankheiten sind, empfiehlt es sich, im Gutachten auf eine Abgrenzung zwischen Simulation und hysterischer Reaktion keinen besonders großen

Wert zu legen, sondern entweder den Begriff der Simulation seiner Nebenbedeutung des Vollbewußten und Vollabsichtlichen zu entkleiden oder aber einen allgemeineren Ausdruck (Vortäuschung, Verstellung) ohne die Nebenbedeutung der vollbewußten Absicht zu wählen. Das Vortäuschungsbestreben ist tief in der belebten Natur begründet; und die Verstellung gilt als elementare vitale Triebäußerung. Simulation und hysterische Reaktion lassen sich unter den (mehr indifferenten) Begriff der *Zweckreaktion* vereinigen. Gemeinsam ist beiden ferner, daß sie um so mehr emporblühen und sich vermehren, je unsicherer die Erkennung oder *je nachsichtiger die Beurteilung und je geringfügiger auch für den Reagierenden das Risiko ist*. Auch die Maßregeln, im Einzelfall Simulation und hysterische Reaktion zum Aufhören zu bringen, sind im Prinzip dieselben. Je mehr man die nicht-zweckhafte psychogene und die hysterische Reaktion zusammen wirft, um so mehr wird man, ohne es zu wollen, die Zweckreaktionen begünstigen und fördern. Besonders notwendig erscheint es, bei den Zweckreaktionen Bezeichnungen wie krank, Krankheit, Psychose, Neurose zu vermeiden. Beim einzelnen Zweckreagierenden wird man festzustellen suchen, inwieweit ein Wille oder Vorsatz bei der Aufrechterhaltung des Gebarens die Oberhand hat (Seite 41). Andererseits wird man stets zu bedenken haben, daß ein Teil der psychogenen Reaktionen *keine Zweckreaktionen* sind; und diese Unterscheidung sollte im Einzelfall nach Möglichkeit stets versucht werden (s. oben). Wenn man die Gleichung aufstellt, daß sich die nicht zweckhafte psychogene Reaktion zur Simulation verhält wie der *Irrtum* zur Lüge, so verhält sich die zweckhafte psychogene (d. h. die hysterische) Reaktion zur Simulation etwa wie die *Pseudologie* (oder das Jägerlatein) zur Lüge. Der Anstoß zur nicht zweckhaften psychogenen und zur zweckhaften psychogenen (hysterischen) Reaktion ist ein verschiedener (Erwartung — Wunsch). Und selbst im Bereich der psychogenen Zweckreaktion bestehen größte Unterschiede bezüglich der anfänglichen seelischen Einstellung, von der viel weniger zweck- als triebhaften maximalen affektiven Spannungsentladung bis zum von vornherein kühl berechneten und wohlüberlegten Vorgehen (Seite 40); und von dem ohne weiteres entschuldbaren Anlaß bis zu der einwandfrei zu verurteilenden krassen egoistischen Gewinnsucht.

#### **V. Krankheitswert, Anlässe, Vorkommen, Symptomengestaltung, Diagnose und Behandlung der psychogenen Reaktionen.**

Man liest außerordentlich oft in Gutachten (und zum Teil auch in Veröffentlichungen): Der Begutachtete mache nicht den Eindruck des Simulanten; also liegen erwerbsbeschränkende Unfallfolgen vor. Eine solche Schlußfolgerung enthält aber mehrere Fehler. Jemand kann, auch wenn er nicht den Eindruck eines Simulanten macht, trotzdem simulieren (er simuliert dann sehr geschickt). Und wenn er tatsächlich

nicht simuliert, so kann eine psychogene Zweck- oder Wunschreaktion vorliegen, bei welcher der Reagierende einen Gewinn irgendwelcher Art erstrebt, ohne sich bewußt zu machen, daß dies nicht mit ganz einwandfreien Mitteln geschieht. Und wenn drittens nicht einmal eine Wunschreaktion, sondern eine reine psychogene Erwartungsreaktion vorliegt, sind noch immer die Fragen gesondert zu beantworten: Ob und inwieweit diese psychogene Erwartungsreaktion entschädigungspflichtige Unfallfolge ist, sowie ob und inwieweit sie erwerbsbeschränkend wirkt. Auch tatsächlich bei dem zu Begutachtenden vorhandene Krankheiten sind gewöhnlich keine Unfallfolge (sog. komplizierende Krankheiten, s. später).

Der psychogene Mechanismus ist an sich etwas ebenso „normales“ wie die Suggestibilität und Suggestion. Aber ebenso wie diese kann auch die psychogene Reaktion stark aus dem durchschnittlichen Verhalten heraustreten, durch Einschleifung und Gewöhnung fixiert werden und sich von der emotionalen Entstehung entfernen. Es ist, wie gesagt, notwendig, die nicht wunsch- und zweckbedingte von der wunsch- und zweckbedingten psychogenen Reaktion nach Möglichkeit zu trennen (Vorhandensein oder Fehlen der hysterischen Ausdruckstätigkeit im engeren Sinne, Seite 37), wie dies auch *A. Hauptmann* mit Recht hervorhebt. Denn die Erfahrung lehrt, daß den psychogenen Wunsch- und Zweckreaktionen an und für sich ein viel geringerer und gewöhnlich überhaupt *kein* wesentlicher Krankheitswert zukommt, im Vergleich zu manchen nicht wunschbedingten psychogenen Erwartungserscheinungen. Bei der großen Mehrzahl der psychogenen Wunsch- und Zweckreaktionen im Bereich der Versicherungs- und Versorgungsgesetze (Entschädigungsverfahren) zeigt es sich, wie leicht — oft von einem Tag zum andern — die Wunsch- und Zweckreaktion zum Verschwinden zu bringen ist; nämlich sobald es gelungen ist, den Reagierenden endgültig davon zu überzeugen, daß das Ziel seines Wunsches und Strebens nicht erreicht werden wird. Diese Überzeugung kann durch sprachliche Beeinflussung und Überredung geschehen, ferner durch psychologisch wirkende Überraschungen und drittens durch die endgültige Abweisung der Entschädigungsansprüche. Gewöhnlich hat also ein solcher Reagierender auf seine wunsch- oder zweckbedingten „psychogenen Mechanismen“ Einfluß; oder er kann jederzeit wieder Einfluß auf sie erlangen. Und diejenigen Reaktionen, bei denen der Willenseinfluß tatsächlich mehr oder weniger auf längere Zeit verloren gegangen ist, sind im Entschädigungsverfahren nach meinen Erfahrungen sehr selten. Auch die *Löwensteinschen* experimentellen Untersuchungen zeigen den geringen und meist ganz fehlenden Krankheitswert der hysterischen Einzelerscheinungen. *Löwenstein* ist geneigt, im hysterischen Symptom eine normalpsychologisch erklärbare Reaktion zu erblicken, welche — da nicht alle Menschen derartige Reaktionen aufweisen — einem bestimmten,

aber innerhalb der Variationsbreite des Normalen liegenden Konstitutionstyp eigentümlich ist.

Es ist jedoch durchaus zuzugeben, daß im Einzelfall eine psychogene Reaktion auch Krankheitswert erhalten kann (z. B. eine schlaffe hysterische Lähmung), ebenso wie auch sonst seelische Reaktionen (z. B. Suggestionserscheinungen oder Auswirkungen überwertiger Ideen) krankhaft werden können. Vor allem kann der Krankheitswert bei der psychogenen Wunsch- oder Zweckreaktion erhöht sein, wenn das Motiv selbst kein normalpsychologisches (wie im Entschädigungsverfahren) ist, sondern einem abnormen Streben (sich interessant zu machen, krank sein zu wollen aus abnormer Triebrichtung usw.) entspringt; ferner, wenn der psychogenen Wunsch- und Zweckreaktion gewisse, tief mit der Persönlichkeit verankerte Komplexe zugrunde liegen, und endlich in manchen Fällen von nicht wunschbedingter psychogener Erwartungsreaktion bei starker hypochondrischer oder erwartungsneurotischer Anlage. Man wird daher ebensowenig einer psychogenen Reaktion von vornherein jeden Krankheitswert absprechen dürfen, wie man andererseits nicht jede derartige Reaktion ohne weiteres für krankhaft ansehen darf. Die große Mehrzahl der „gewöhnlichen“ psychogenen Wunsch- und Zweckreaktionen hat erfahrungsgemäß keinen wesentlichen Krankheitswert. Aber auch, wenn im Einzelfall die psychogene Reaktion Krankheitswert besitzt, ist damit noch nicht gesagt, daß sie eine Folge derjenigen Einwirkung ist, welche der Reagierende als Ursache angibt.

Ihre große praktische Bedeutung haben die psychogenen Wunsch-, Zweck-, Abwehr- und Ausweichreaktionen im Zusammenhang mit der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung (in erster Linie der Unfallversicherung), der Haftpflichtgesetzgebung und der Kriegsversorgung erlangt; in zweiter Linie als sog. psychogene Haftreaktionen (wobei zu beachten ist, daß es auch nicht-psychogene Haftreaktionen gibt). Während des Krieges standen die psychogenen Selbstschutz- und Fluchtreaktionen im Vordergrund. In Anbetracht dieser Anlässe sind vor allem die Ausdrücke *Unfall-* und *Kriegsneurosen* entstanden. Man muß sich hierbei aber dessen bewußt sein, daß sich unter dem Sammelnamen Unfall- oder Kriegsneurose nicht nur psychogene Reaktionen, sondern auch noch zahlreiche andere Abnormitäten oder Krankheiten verborgen können, so daß in jedem einzelnen Fall eine möglichst genaue Analyse und Diagnosenstellung notwendig ist (s. später). Der Ausdruck Unfallneurose ist selbst unklar und mißverständlich; er wird vielfach überhaupt in unrichtiger Weise gebraucht. Gemeint ist bei dem Begriff des Unfalles im Sinne der Unfallneurose nicht der Unfall als solcher, sondern im wesentlichen der *entschädigungspflichtige* Unfall (eine von außen kommende Einwirkung, deren gesundheitliche Folgen kraft gesetzlicher Bestimmungen ein Entschädigungsverfahren nach sich ziehen oder ziehen könnten). Die Unfälle (im täglichen Leben) ohne jedes folgende Ent-

schädigungsverfahren (oder Aussicht hierauf) sind wahrscheinlich um ein Mehrfaches häufiger als die entschädigungspflichtigen Unfälle im Bereich der gewerblichen Unfallversicherung (s. unten S. 61). Trotzdem haben die Unfälle, bei denen von vornherein jede Aussicht auf Entschädigung ausgeschlossen ist, im allgemeinen *keine* psychogenen Dauerreaktionen im Gefolge. Hieraus muß geschlossen werden, daß der Unfall als solcher im allgemeinen *nicht* zu einer langdauernden psychogenen Erwartungsreaktion führt, ebensowenig zu einer langdauernden hypochondrischen Reaktion mit Erwerbsbeschränkung. Zwar gibt es auch psychogene Dauerreaktionen nach Unfällen ohne Entschädigungsverfahren (s. später). Aber sie sind unverhältnismäßig selten; und es läßt sich bei ihnen wohl stets gleichfalls ein Streben nach Krankheitsgewinn nachweisen oder vermuten. Diese wenigen Fälle von sog. Unfallneurose ohne Entschädigungsverfahren sind kein Widerspruch gegen die allgemeine Erfahrungstatsache, daß im wesentlichen die Unfallneurosen nur gelegentlich einer Aussicht auf Entschädigungsverfahren beobachtet werden und daß auch in den übrigen Fällen ein Streben nach sog. Krankheitsgewinn (sog. Flucht in die Krankheit) vorliegt oder wahrscheinlich ist.

Der wirklich vollwertige Erwachsene scheint keine langdauernde psychogene Reaktion mit subjektiver wesentlicher Arbeitsbeschränkung bekommen zu können. Langdauernde psychogene Symptome finden sich, wie neuerdings *Bumke* wieder hervorgehoben hat, bei gewissen Psychopathentypen so viel häufiger, als bei anderen Menschen, daß hier engere Beziehungen bestehen müssen. Zahlreich sind psychogene Reaktionen bei jugendlichen, unentwickelten und primitiven Menschen (Landbevölkerung!), dann aber auch bei Personen, die — aus Anlage oder durch komplizierende Krankheiten — insuffizient geworden sind. Auch bei ihnen ist nicht selten ein gewisser Mangel an seelischer Ausreifung erkennbar. Männliches und weibliches Geschlecht sind in gleicher Weise zu psychogenen Reaktionen disponiert; es mag sein, daß die im Grunde normalpsychologischen Motive mehr bei Männern vorkommen und die eigentlichen „degenerativen“ Wunsch- und Zielrichtungen beim weiblichen Geschlecht. Sehr häufig sind vorübergehende psychogene Reaktionen (und zwar wiederum meist Wunsch- oder Zweckreaktionen) bei Kindern (s. später). Ein Teil der psychogenen Reagierenden ist angeboren schwachsinnig. Viele psychogenen Reagierende zeigen die psychogenen Symptome nur bei der ärztlichen Untersuchung; oder sie werden durch die Untersuchung zu bestimmten psychogenen Ausdruckstätigkeiten geführt. Psychogene Symptome können sich weiterhin bei nahezu allen Hirnkrankheiten und Geisteskrankheiten finden, und hiermit auch bei traumatisch Hirngeschädigten. Ein Teil der psychogenen Erscheinungen hierbei ist nicht deutlich, der andere aber ist zweifellos zielstrebiger Natur. Psychogene Erscheinungen können sich auf vorhandene Organ-

defekte (Schwerhörigkeit, Schwachsichtigkeit usw.) aufpfropfen. Man spricht hier gern von einem „psychogenen Oberbau bei organischem Kern“, muß aber stets bedenken, daß der organische Kern manchmal auch kein traumatisch entstandener ist (S. 52). Auch abgesehen von den psychogenen Erscheinungen im engeren Sinne können seelische Gewohnheitseinstellungen, hypochondrischer Ausbau, bedingte Reflexe das Bild auf das äußerste komplizieren. Jedenfalls hüte man sich, die diagnostische Frage „psychogen (hysterisch) oder organisch“ zu sehr zu überspannen. Epileptiker können nebenher hysterisch reagieren und neben den epileptischen auch hysterische Anfälle zeigen. Psychogene Erscheinungen oder ein typisch aussehendes hysterisch-theatralisches Gebaren findet sich im Beginn von Schizophrenien. Außerdem wird es immer wahrscheinlicher, daß manchen schweren und langdauernden hysterischen Reaktionen, die als reine Situationsreaktionen erscheinen, eine leichte schizophrene Persönlichkeitsumwandlung zugrunde liegt.

Die Symptomengestaltung der psychogenen Reaktionen wird bestimmt und beeinflußt einerseits durch das verursachende Ereignis und seine unmittelbaren Auswirkungen (Beinverletzung — hysterisches Hinken usw.), dann aber auch durch schon vorhandene Organminderwertigkeiten, Organdefekte, vegetative Dispositionen (nervöses Asthma usw.) oder durch partielle Begabungen (zur Verstellung, zur Durchführung einer Rolle, zu besonderen motorischen Leistungen und dgl.). Die schon besprochenen seelisch-körperlichen Dispositionen (die gesteigerte Affekt-erregbarkeit und Suggestibilität, die erleichterte Umsetzung aus Seelischem in Körperliches, die erhöhte Neigung zur Abspaltung seelischer Inhalte, die Symbolbildung und Verdrängung) lassen die Mannigfaltigkeit der Symptome und ihrer Entstehungsweisen ahnen. Auch Syndrome wie die reaktive sog. Willensschwäche (s. später), die depressiv-mürrische Verstimmung und die hypochondrische Reaktion können in den Dienst einer Wunsch- und Zweckrichtung treten. An sich gehört die *hypochondrische Reaktion* nicht zu den psychogenen Reaktionen in unserem Sinne. Die reaktiven hypochondrischen Befürchtungen sind verständliche affektive Äußerungen des Selbsterhaltungstriebes, wohl stets unter psychischer Verarbeitung von (in diesen Fällen affektiv oder suggestiv entstandenen) Organempfindungen. Aber der hypochondrisch Reagierende erlebt lediglich die Sorge und Furcht, krank zu sein oder zu werden; er bedient sich im allgemeinen nicht der psychogenen Mechanismen (wenn er nicht dazu gedrängt wird, seine vermeintlichen Leiden besonders stark aufzutragen). Der Hypochonder ist von der Furcht vor dem Kranksein oder Krankwerden beherrscht, während der Zweck-reagierende umgekehrt den Willen oder das Streben zur Krankheitsdarstellung hat. Der Hypochonder erlebt unangenehme Vorgänge, die er anderen nicht demonstrieren kann (*Kehrer*). Es ist auch bemerkenswert, daß die nicht entschädigungspflichtigen Unfälle (ebenso wie sie

keine langdauernden psychogenen Reaktionen zu bewirken pflegen, s. oben S. 51), im allgemeinen auch nicht zu langdauernden erwerbsbeschränkenden hypochondrischen Reaktionen führen.

Die *Diagnose* der psychogenen Symptome ergibt sich meist aus ihrer Eigenart, aus dem Mangel an Übereinstimmung mit den betreffenden neurologischen Symptomen, aus sonstigen Auffälligkeiten und Inkongruenzen (jemand hat z. B. eine alte Schußverletzung in der Mitte des Oberarmes und kann angeblich den Arm nicht mehr im Schultergelenk heben), aus den nahen Beziehungen vieler psychogener Erscheinungen zu der Ausdruckstätigkeit überhaupt, aus der oft unmittelbar ersichtlichen Zweckhaftigkeit, aus dem Schauspielerischen oder der Ähnlichkeit mit Willkürhandlungen, aus der großen Abhängigkeit von der Umwelt, der psychischen Beeinflußbarkeit und psychotherapeutischen Beseitigung. Wer die Diagnose auf psychogene Erscheinung stellt, muß also in erster Linie die Symptomatologie der neurologischen Krankheiten beherrschen (jedoch täuschen psychogene oder hysterische Syndrome manchmal auch andere Krankheiten vor, z. B. Gelenkleiden). Ferner untersuche man genau in umfassender Weise. Der allgemeine ärztliche Grundsatz, sich bei auffallenden Einzelsymptomen niemals von der gewohnten systematischen Gesamtuntersuchung abbringen zu lassen, gilt vor allem im Bereich der psychogenen Reaktionen. Zur eingehenden systematischen Untersuchung tritt die *unauffällige, aber ganz genaue Beobachtung* (z. B. Verschwinden der psychogenen oder hysterischen Steifigkeit der Wirbelsäule, wenn sich der Patient unbeobachtet glaubt; Verschwinden der Zittererscheinungen und völlig präzise Motorik beim unbeobachteten Ankleiden usw.). Einzelsymptome, welche besonders leicht zu Verwechslungen mit psychogenen Erscheinungen Anlaß geben, sind die extrapyramidal-motorischen Bewegungsstörungen (Verwechslung mit hysterischem Zittern), sowie andererseits die unrichtigen Angaben der leicht Imbezillen bei der Intelligenzprüfung, speziell beim Rechnen (Verwechslung mit hysterischem Vorbeireden) und drittens Faxensyndrome, Vorbeireden, Puerilismus bei beginnender Schizophrenie, die ebenfalls hysterische Ausnahmezustände vortäuschen können. Sehr schwierig kann die diagnostische Entscheidung werden, wenn sich die psychogenen Erscheinungen auf eine organische Störung (Schwerhörigkeit, neurologische Parese, Aphasie usw.) aufgepropft haben. Hysterische Ausdruckstätigkeit beweist also an sich noch nicht das Fehlen organischer Symptome (s. S. 52). Allerdings wird man in praxi meistens damit recht behalten, daß die Zweckreaktion um so weniger ausgeprägt zu sein pflegt, je schwerer die Erwerbsbeschränkung durch die Unfall- oder Kriegsverletzung war und umgekehrt. Die psychogene Einstellung kann das abklingende organische Syndrom überdauern. Einzelne organische Krankheiten (multiple Sklerose) neigen an und für sich zu einem starken Wechsel der Erscheinungen und zur suggestiven

Beeinflussung im ungünstigen wie im günstigen Sinne. Nicht mit „Hysterie“ oder „Neurasthenie“ verwechselt dürfen endlich die endogenen Depressionen werden, die in ihren leichteren und vereinzelt selbst in schweren Formen manchmal psychogenieähnliche Erscheinungen darbieten können; sowie die aus inneren Gründen auftretenden psychopathischen Episoden (Verstimmungen usw.; s. *Eugen Kahn*). Betont ausgesprochene Klagen über Geräuschempfindlichkeit, Insuffizienzgefühle usw. bei (sicher oder möglicherweise) Hirngeschädigten pflegen im allgemeinen *keine* organischen, sondern neuropathische, psychogene oder hysterische Erscheinungen zu sein (*Forster, Poppelreuter*; s. *Kehrer*).

Von den psychogenen und hysterischen Reaktionen nach Möglichkeit zu trennen sind die *rein affektiven Reaktionen*, die Schreckreaktionen und die akuten sog. Shockpsychosen, die neurasthenische und die hypochondrische Reaktion, die akuten neurologischen und psychischen Erscheinungen nach Blitzschlag, Starkstromverletzung, Strangulation. Die Begriffe funktionell und seelisch-reakтив sind mit dem Begriff des Psychogenen nicht gleichbedeutend (S. 3). Den sog. hysterischen Stigmata kommt eine ausschlaggebende diagnostische Bedeutung nicht zu. Bindegewebe- und Rachenreflexe können bei Nichthyysterischen nur sehr schwach ausgeprägt sein oder scheinbar fehlen und bei Hysterischen vorhanden sein. Mit den hysterischen Stigmata darf nicht verwechselt werden die vegetative Stigmatisation (S. 29), die weit verbreitet ist, fließende Übergänge in das Bereich der Gesundheit hat, aber doch gegebenenfalls ein Anhaltspunkt für die physische Bedingtheit gewisser nervöser Erscheinungen und Beschwerden ist. Die vegetative Stigmatisation findet sich dementsprechend auch bei psychogen und hysterisch Reagierenden, gestattet jedoch an sich keine weitergehenden Schlüsse als eben auf das Vorliegen einer neuropathischen Veranlagung. Die psychopathieähnlichen und „neurose“-ähnlichen Ausfalls- oder Enthemmungerscheinungen bei organischen Stirnhirnverletzungen sollen später kurz erwähnt werden.

Ist die Diagnose auf psychogene Reaktion gestellt, so ist hiermit die diagnostische Aufgabe bei weitem noch nicht gelöst, sondern nunmehr hat die nähere Analyse der Persönlichkeit einzusetzen. Man muß zu ergründen suchen, *weshalb* die psychogene Reaktion eingetreten ist. Zweckhafte und nicht-zweckhafte psychogene Reaktion sind nach Möglichkeit zu unterscheiden. Die große Mehrzahl der (namentlich auch der länger dauernden) psychogenen Reaktionen sind Zweckreaktionen. Sie sind schon bei Kindern ungemein häufig (mit Hilfe der hysterischen Reaktion soll der Gegner sehen, was er angerichtet hat; er soll durch die psychogene Reaktion gestraft werden; andere Motive für psychogene und hysterische Reaktionen bei Kindern sind — ähnlich wie bei Erwachsenen — das Streben nach Geliebtwerden, Gepflegtwerden, Bedauertwerden, das Entschuldigt- und Entlastetsein durch die „Krankheit“,

das Bestreben, im Mittelpunkt des Interesses zu stehen). Aber die kindlichen Affekte sind nicht nachhaltig. Das Interesse an der Krankheit erlischt bald, wenn es nicht von Erwachsenen wachgehalten wird. Eine sog. Unfallneurose von längerer Dauer wird bei Kindern im allgemeinen nicht beobachtet (alles Nähere bei *Rudolf Hahn*). Bei den Motivierungen der Erwachsenen kann man Gradunterschiede oder Wertigkeitsunterschiede machen, je nachdem das Motiv, in Verbindung mit der Situation, mehr in die Richtung des Normalpsychologischen geht oder aber in die Richtung des Psychopathischen und „*Degenerativen*“ im engeren Sinne. „*Begehrungsvorstellungen*“ und Sicherungsbestrebungen sind an sich normalpsychologische Motive, die gegebenenfalls für die Umgebung nur dadurch störend werden, als sich der Reagierende durch ihre Auswirkungen seiner eigenen Verpflichtungen auf Kosten anderer entzieht. Je mehr er schon etwas geleistet hat oder auf anderen Gebieten leisten wird, oder je mehr ein wirklicher Schicksalskonflikt vorliegt, um so weniger wird man dem Reagierenden eine einmalige vorübergehende Ausweichreaktion in ungünstigem Sinne anzurechnen brauchen. Je mehr sich andererseits sein ganzes Dasein auf das Schmarotzertum einstellt, je mehr er sich jeder eigenen Leistung und Verantwortlichkeit entzieht, um so mehr wird die Motivierung der Zweckreaktion selbst abnorm, um so mehr gelangen wir in das Gebiet der triebschwachen Psychopathen. Und so werden langdauernde hysterische Zweckreaktionen, sofern erhebliche Organkrankheiten, die der Reaktion als Motiv dienen, auszuschließen sind, zum Erkennungszeichen der psychopathischen Persönlichkeit. Dementsprechend ist auch die Forderung nicht richtig, daß der Nachweis der psychopathischen Anlage *vor* der Reaktion erbracht sein müsse. Denn die abnorme Anlage kann sich auch nur durch eine abnorme Reaktion zeigen.

Die *Prognose* der psychogenen Reaktion ist grundsätzlich gut. Die psychogene Reaktion ist an sich voll rückbildungsfähig. Das cessante *causa cessat effectus* gilt in erster Linie von den psychogenen Reaktionen. Diese sind seelische Einstellungen, meist auf besondere Umweltkonstellationen, und sind daher auch der psychischen Behandlung zugänglich. Die Prognose ist auch bei den Zweckreaktionen restlos gut, wenn die verursachende *causa* bzw. das Motiv beseitigt werden kann. Ist dies nicht möglich, dann entscheiden prognostisch einerseits der Wert, mit welchem der Reagierende seinen „*Krankheitsgewinn*“ einschätzt; und andererseits sein Charakter und seine Intelligenz, ob der Reagierende einsieht, daß seine seelische Einstellung eine unzweckmäßige ist, sowie andere (und gegebenenfalls auch ihn) schädigt, und ob er dann die Kraft aufbringt, auf Krankheitsgewinn und Annehmlichkeiten zu verzichten, deren Erlangung nur auf diese nicht ganz einwandfreie Weise möglich ist. Viele Zweckreaktionen sind lediglich Ausweichreaktionen (S. 43 und später); und die zugrunde liegende Minderwertigkeit und

Leistungsschwäche lassen sich psychotherapeutisch ebensowenig beseitigen, wie etwa ein übermächtiges Schicksal, welches in anderen Fällen zur psychogenen oder zur Zweckreaktion den Anlaß gegeben hat. Hier heißt es, den Patienten aufzuklären, ihm sein seelisches Gleichgewicht wieder zu geben und ihn dahin zu bringen, sich mit den gegebenen Verhältnissen abzufinden.

Eine *Behandlung* der psychogenen Reaktion hat um so eher Erfolg, je früher die Diagnose gestellt wird und je mehr der diagnostizierende und behandelnde Arzt über das Wesen der psychogenen Reaktion Bescheid weiß. Die Behandlung hat also möglichst im status nascendi der Reaktion einzusetzen, sofern nicht Prophylaxe getrieben und die Reaktion vorbeugend verhütet werden kann. Zahlreiche hysterische Reaktionen können mit Leichtigkeit im Keim erstickt werden. Die Behandlung hat ferner eine bewußt *psychotherapeutische* zu sein und hat, wenn irgend möglich, an der Veranlassung (Wurzel) der Reaktion anzusetzen. Eine rein „somatische“ Behandlung, sogar ohne Erkennung der Psychogenese der Erscheinungen, eine Badereise, ein „Heilverfahren“ der Landesversicherungsanstalt, ein Sanatoriumsaufenthalt nützt bei den psychogenen und namentlich den Zweckreaktionen nicht, sondern kann *schaden* und die „Neurose“ befestigen. Wir müssen stets berücksichtigen, daß der Begriff der ärztlichen Behandlung ebensowenig etwas einheitliches ist wie der Begriff der Krankheit. Ob der Arzt im Einzelfall mehr suggestiv vorgeht, oder durch Überredung, Überzeugung, Überrumpelung, Nichtbeachtung oder durch sonstige erzieherische Maßnahmen, gegebenenfalls auch durch Psychoanalyse (bei den psychogenen Reaktionen im allgemeinen entbehrlich), hängt von seinem Können, von der Eigenart des Patienten und von der ganzen Sachlage ab. Von größter Wichtigkeit ist ferner das Verhalten (und somit die Aufklärung) der Umgebung des Reagierenden. Daß psychogene Reaktionen und auch Zweckreaktionen im Entschädigungsverfahren psychotherapeutisch behandelt werden sollen, darüber hat niemals ein Zweifel bestanden. Die praktischen Schwierigkeiten, speziell bei den sog. Unfallneurosen, liegen jedoch darin, daß ein Großteil der behandelnden Ärzte, Krankenhäuser, Kliniken weder die genaue Diagnose auf psychogene oder Zweckreaktion zu stellen noch die geeignete psychotherapeutische Behandlung einzuleiten vermag (dieser Teil der praktischen ärztlichen Psychologie wurde bis jetzt auf den Universitäten vielfach nicht ausreichend oder überhaupt nicht gelehrt). Die Mehrzahl der behandelnden Ärzte hat sich in dieser Hinsicht selbst aus dem Kreis der Behandlung ausgeschaltet. Ein großer Teil der Nachteile im Versicherungswesen ist hierdurch entstanden; und es entspricht nicht den tatsächlichen Verhältnissen, wenn aus gewissen tendenziösen Einstellungen heraus die Schuld an den allgemein bekannten und allseitig anerkannten Mißständen im Zusammenhang mit der sog. Unfallneurose einseitig dem späteren Gutachter zugeschoben werden

soll, der eben nur zu begutachten hat, was medizinisch Unfallfolge ist und was nicht, und der keine langdauernde Psychotherapie treiben kann. Ohne intensive tätige und sachgemäße, psychologisch richtige Mitwirkung der behandelnden Ärzte ist eine erfolgreiche Bekämpfung der abwegigen psychogenen Reaktionen im Bereich der Reichsversicherung nicht befriedigend durchzuführen.

Wichtig ist ferner die (neuerdings von *Bumke* wieder hervorgehobene) Mahnung an die Ärzte und Gutachter, den Patienten nicht in die psychogene Reaktion hineinzutreiben. Ein solches Hineintreiben kann ebensowohl dadurch geschehen, daß man seine Beschwerden nicht ernst genug nimmt (zu nehmen scheint), wie dadurch, daß man sie überwertet, mit organischen Störungen verwechselt und mit zu hoher Rente entschädigt. Durch ungeeignetes oder nicht genügend taktvolles Vorgehen kann der Arzt die abwegige seelische Einstellung des Patienten in hohem Maße fördern; er kann seinen Patienten geradezu zur Verweichung und sogar zur Unwahrhaftigkeit verleiten.

Der *Kampf gegen die psychogenen Reaktionen* im Bereich der Versicherungsgesetze fällt zum Teil zusammen mit dem Kampf gegen die Überschätzung von Unfällen, Schreckerlebnissen, Überstehen von Todesgefahr als Ursache langdauernder seelischer oder nervöser Störungen. Schrecken und Shock greifen primär auf körperlichem (vegetativem) Gebiete an. Wenn sie schaden, schaden sie akut und in charakteristischer Weise. Man darf die Wirkungen solcher einmaliger (glücklich abgelaufener) Schreck- oder Todesgehrerlebnisse nicht verwechseln mit der zermürbenden Wirkung schwerer dauernder Konflikte oder Zukunftsängsten, bei denen das gefürchtete Ereignis noch in der Zukunft bevorsteht. Dementsprechend wird von maßgebender Seite (*Meier-Müller* u. a.) empfohlen, nach akuten Schreck- oder Lebensgehrerlebnissen die (körperlich sonst gesunden) Patienten nicht zu lange sich ausruhen und „schonen“ zu lassen, sondern alsbald wieder zur Aufnahme der verantwortungsvollen Berufsarbeit zu veranlassen, trotz noch vorhandener nervöser Mißempfindungen, Schlafstörungen usw. Vom ersten Tage an nach dem (glücklich abgelaufenen) Unfall mit Schreckerlebnis soll der behandelnde Arzt mit allem Nachdruck darauf hinweisen, daß ernsthafte Folgen auf seelisch-nervösem Gebiet nicht eintreten werden. Derartige starke Suggestionen kann der behandelnde Arzt aber nur geben, wenn er selbst fest davon überzeugt ist, daß Schreckerlebnisse, das Überstehen von Todesgefahr usw. bei gesundem Organismus, und namentlich, wenn das erste akute Stadium gut vorbeigegangen ist, nicht dauernd schaden; und wenn der behandelnde Arzt nicht selbst dem gegenteiligen sog. medizinischen Aberglauben unterliegt. Je heftiger die vegetativen Lebensvorgänge durch den Unfall vorübergehend in Erregung geraten sind (neuropathische Unfallreaktion, starke Körpergewichtssenkung usw.; s. unten), um so mehr wird man gegebenenfalls vorübergehend Schonung

verordnen und, neben der psychischen, auch eine somatische Therapie anwenden dürfen. Wie sehr zahlreiche Ärzte selbst noch unter unrichtigen und ungünstigen Suggestionen stehen, zeigen oft genug Gutachten und auch einzelne literarische Veröffentlichungen (wenn z. B. „die Unfallneurose“ als Folge erheblicher seelischer und nervöser „Shockwirkung“, vor allem nach Hirnerschütterung, aufgefaßt wird). Denn Hirnerschütterung und Shockwirkung pflegen sich gegenseitig auszuschließen; eine wesentliche Shockwirkung läßt sich bei Personen mit späterer sog. Unfallneurose meist nicht nachweisen, sogar verneinen; und drittens führt auch die echte Shockwirkung an sich noch immer nicht zur „Unfallneurose“ in dem gegenwärtig üblichen Sinne.

Bei den Zweckreaktionen wird man psychotherapeutisch verschieden vorgehen, je nachdem die psychogene Reaktion eine elementare und instinktive Flucht aus einer nicht mehr erträglichen Lage ist, oder aber ein Ausweichen aus Bequemlichkeit, bzw. um auf Kosten anderer ungerechtfertigte Vorteile zu erzielen. Die Patienten mit den elementaren und instinktiven Fluchtreaktionen bedürfen einer sofortigen Herausnahme aus dem bisherigen Milieu, einer vorsichtigen und schonenden Psychotherapie, manchmal zunächst auch körperlicher Ruhe; und außerdem ist zu versuchen, eine Lösung oder wenigstens Milderung der Konflikte anzustreben. Ist das akute affektive Stadium überwunden, dann ist regelmäßige Arbeit, Wahl oder Wiederaufnahme eines Lebensberufes, Wiederherstellung des subjektiven Gesundheitsgefühles anzustreben. Die psychotherapeutische Beeinflussung des Reagierenden durch den Arzt wird um so mehr individualisieren müssen, je mehr der Reagierende aus durchsichtigen egoistischen Gründen in die Zweckreaktion verfallen ist. Im Krieg konnte man, bei den frühen Stadien der hysterischen Zweckreaktion, an das schlechte Gewissen der Reagierenden appellieren (*Forster, Kretschmer u. a.*; S. 40), während es bei den späteren Stadien geratener erschien, sich an den guten Willen des Hysterischen zu wenden und „ihm goldene Rückzugsbrücken zu bauen“. Eine bestimmte moralische Einstellung gehört in solchen Fällen zum notwendigen Rüstzeug des Psychotherapeuten (*H. Hoffmann, E. Kahn u. a.*; s. S. 40); und man darf daher gegebenenfalls, dem hysterisch Reagierenden gegenüber, die Zweckreaktion auch moralisch werten. Dagegen empfiehlt es sich nicht, auch bei krasser Zweckreaktion im Entschädigungsverfahren, etwa eine Anklage wegen Betruges (Betrugversuches) zu veranlassen. Denn durch die ärztliche Untersuchung allein kann die Betrugssabsicht so gut wie niemals in juristisch einwandfreier Weise nachgewiesen werden. Stets bleibt die Möglichkeit, daß der Zweckreagierende bona fide (aus starker Autosuggestion oder überwertiger Idee heraus) gehandelt haben könnte; und der medizinische Sachverständige kann dann nicht den unanfechtbaren Gegenbeweis antreten. Die Frage, ob und inwieweit Betrugssabsicht vorliegt, kann

für den Arzt und den Gutachter um so eher offen bleiben, als vom medizinischen Standpunkt aus auch sehr zahlreiche gutgläubig entstandene psychogene und Zweckreaktionen keine Unfallfolge sind und die Ablehnung von Unfallfolgen die gleiche bleibt, ob nun eine *bona* oder eine *mala fides* des zu Begutachtenden vorliegt.

Bei der Behandlung der psychogenen und namentlich der Zweckreaktionen im Zusammenhang mit den Versicherungsgesetzen (dem Entschädigungsgedanken) kann die verständnisvolle Mitarbeit dieser Gesetzgebung und Rechtsprechung nicht entbehrt werden (s. später). Ärztlicherseits hat die Loslösung des Patienten vom Entschädigungsgedanken und „Rentenkampf“ von Anfang an ein Hauptziel der psychischen Beeinflussung zu sein. Genaueste Untersuchungen und Diagnosenstellung alsbald nach dem Unfall, rechtzeitige Überweisung an den zuständigen Facharzt oder die Fachklinik, rechtzeitige Erkennung der von dem Betriebsunfall unabhängigen Erkrankungen usw. sind anzustreben. Der Arzt soll dem Patienten das Vorhandensein der (im Zusammenhang mit einer seelisch-nervösen Entschädigungsreaktion auftretenden) Mißempfindungen, vegetativen Störungen usw. nicht ablehnen wollen. Aber er soll gegebenenfalls den Mut haben, den Patienten darauf aufmerksam zu machen, daß die Störungen nicht mehr Folge des Unfallen selbst sind, und daß der Patient sich selbst schadet, wenn er an der unzweckmäßigen seelischen Einstellung festhält.

## VI. Die sogenannten Entschädigungsneurosen.

Der Begriff der seelischen (seelisch-nervösen) Entschädigungsreaktion — dieser Ausdruck ist demjenigen der Entschädigungs-„neurose“ vorzuziehen — ist ein weiterer als der Begriff der sog. Unfallneurose. Die sog. Unfallneurose (traumatische Neurose; verwandte Bezeichnungen sind Unfallhysterie, traumatische Hysterie) ist nur ein Teil der Entschädigungsreaktionen. Es ist bekannt, daß ärztlicherseits der Streit um die sog. Unfallneurose (der auf Grund der Kriegserfahrungen beendet schien<sup>1</sup>) nicht zur Ruhe gekommen und neuerdings wieder lebhaft aufgeflackert ist. Die literarischen Erzeugnisse dieses Streites aus der Gegenwart sind jedoch nicht gleichwertig. Man muß zunächst unterscheiden die Erörterungen, welche von sachverständiger Seite stammen, und diejenigen, bei denen die Sachverständigkeit des Verfassers nach seinen Ausführungen angezweifelt werden muß. Und man muß zweitens trennen in Veröffentlichungen, deren Verfasser sich bemühen, nach Möglichkeit *sachlich* die entstandenen Fragen zu lösen, und in Aufsätze, die aus einer bestimmten Tendenz heraus geschrieben worden sind. Aber auch abgesehen hiervon sind die Gründe der jetzt noch bestehenden ärzt-

<sup>1</sup> Vgl. den Sitzungsbericht über die 1. Kriegstagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie und der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte am 21. und 22. Sept. 1916 in München; Z. Psychiatr. 73.

lichen Meinungsverschiedenheiten sehr zahlreich (s. auch später im Abschnitt VII). Sie liegen großenteils nicht in der Sache selbst, sondern in der Person des Gutachters und Autors. Daneben tritt in der Begutachtungspraxis (zum Teil auch in einzelnen Veröffentlichungen erkennbar) als besonders schwerwiegend der Mangel eines geeigneten planmäßigen Unterrichtes in der praktischen ärztlichen und namentlich in der Begutachtungspsychologie für die Medizinstudierenden auf den Universitäten hervor. Ein weiterer Nachteil betrifft die Namengebung (s. auch später). Die verwendeten Fachausdrücke werden nicht einheitlich gebraucht; sie haben teils in der modernen wissenschaftlichen Psychopathologie eine andere Bedeutung als in der ärztlichen Umgangssprache und sind teils sog. Übergangsbegriffe, d. h. solche, welche früher anders verstanden, aber trotz des Wandels der Anschauungen beibehalten wurden. Hierdurch kommt eine große Unsicherheit in die gesamte Diskussion. Man spricht z. B. von Unfall, meint aber entschädigungspflichtigen Unfall; von Unfallneurose und meint eine seelische Reaktion nach einem entschädigungspflichtigen Unfall. Man scheint sich ferner nicht allgemein bewußt zu sein, wie unbestimmt auch das Wort „Neurose“ ist. Man spricht — auch in Lehrbüchern — von „nervösen Unfallkrankheiten“ oder nervösen Unfallfolgen, meint aber seelische Entschädigungsreaktionen; oder von „Nervenkranken“, während die eindeutigere Bezeichnung auf abnorme Persönlichkeiten oder abnorme Reaktionen (oder beides) lautet (Psychopathen sollen weder als krank noch als krankhaft noch als minderwertig bezeichnet werden, vgl. *Kurt Schneider, Kahn* u. a.). In summarischer Weise spricht man von „Unfallkranken“, während oft genug erst zu beweisen ist, ob und weshalb der Betreffende durch den Unfall „krank“ geworden ist. Eine reinliche Herausarbeitung alles dessen, was man vom medizinischen Standpunkt aus als „krank“ (Krankheit) bezeichnen darf, ist notwendig. Der eine Autor meint bei dem Ausdruck Unfallneurose (Kriegsneurose, Mobilmachungspsychose usw.) nur den rein zeitlichen Zusammenhang („Neurose“ *nach* einem Unfall, Psychose *während* der Mobilmachungszeit oder im Krieg), der andere — dem Sprachgebrauch entsprechend — den ursächlichen Zusammenhang. Um „die Neurose“ als Folge des Unfalles erklären zu können, wird der Unfall zum „seelischen Trauma“ erhoben. Andererseits ist Unfallneurose (traumatische Neurose) für zahlreiche Gutachter und auch für manche Autoren gleichbedeutend mit Rentenhysterie, Rentenschwindel oder Simulation, während in Wirklichkeit nicht einmal „die Unfallneurose“ etwas ganz Einheitliches ist. Die Ausdrücke funktionell, psychogen, psychisch-reakтив, nervös betreffen ebenfalls sehr verschiedene Dinge, werden aber vielfach durcheinander gebraucht. „Angeboren“ und „in der Anlage angeboren“ werden nicht auseinander gehalten und führen daher, namentlich bei Nichtmedizinern, zu Mißverständnissen. Psychopathische und neuropathische Konsti-

tutionsanomalien sind zunächst lediglich „in der Anlage angeboren“; d. h. sie sind nicht sofort, von der Geburt an, ersichtlich, wie etwa ein Muttermal, sondern können — ähnlich wie auch die konstitutionellen Krankheiten — erst im mittleren oder sogar höheren Lebensalter zum Durchbruch gelangen. Manche körperliche oder seelische Abwegigkeiten zeigen sich auch nur reaktiv, d. h. bei besonderen Anlässen; und die Anschaugung, daß eine abnorme Konstitution stets bis in die Kindheit zurückverfolgbar und nachweisbar sein müsse, widerspricht den medizinischen Erfahrungen.

Die Notwendigkeit, seelische und seelisch-nervöse Entschädigungsreaktionen abzugrenzen, d. h. von den organischen, den seelischen und seelisch-nervösen echten Unfallfolgen zu trennen, ergibt sich aus der — wohl allgemein anerkannten und unbestreitbaren — Erfahrung, daß nach Unfällen, bei denen ein Entschädigungsverfahren oder ein Gedanke hieran von vornherein nicht in Frage kommt, gleichsam gesetzmäßig eine große Anzahl von seelischen und seelisch-nervösen Erscheinungen (Einstellungen, Reaktionen) ausbleibt, welche der Arzt nach Unfällen im Bereich des Versicherungs- und Versorgungswesens oder der Haftpflichtgesetzgebung so häufig sieht (S. 51). Man könnte sagen, daß gegenwärtig, bei der großen Ausdehnung der reichsgesetzlichen Versicherung und Versorgung, „unversicherte“ Unfälle kaum mehr vorkommen. Eine solche Annahme ist aber allem Anschein nach nicht richtig. Die nicht versicherten Unfälle (wenn ich diesen Ausdruck der Kürze halber hier gebrauchen darf) sind zahlenmäßig nur zu erfassen, wenn der Unfall zum Tode geführt hat. Vergleicht man die Anzahl versicherter und nicht versicherter Unfälle mit Todesfolge, so ergibt sich ein mehrfaches der nichtversicherten Unfälle; und infolgedessen erscheint die Schlußfolgerung erlaubt, daß auch ohne Todesfolge die nicht versicherten Unfälle wesentlich häufiger sind als die versicherten Unfälle. Trotzdem findet man bei den nichtversicherten Unfällen alle diejenigen langdauernden Erscheinungen *nicht*, die man als Unfallhypochondrie, Unfallneurasthenie, Unfallnurose, Unfallhysterie zu bezeichnen pflegt. Somit können derartige Erscheinungen ursächlich nicht auf den Unfall selbst zurückgehen, sondern auf — wie man sich kurz ausdrückt — das Versichertsein oder auf den Entschädigungsgedanken. Dementsprechend wird man die weitere Schlußfolgerung ziehen dürfen, daß Unfallfolge im medizinischen Sinne lediglich alles das ist, was nach Unfällen auch außerhalb des Kreises des Entschädigungsgedankens (oder eines sonstigen Strebens nach Krankheitsgewinn) an gesundheitlichen Störungen oder abnormen seelischen Einstellungen beobachtet wird.

Daß das Rentenbegehr und im allgemeinen auch die Simulation nach Unfällen ohne Entschädigungsgedanken vermißt werden, ist selbstverständlich. Dagegen muß besonders hervorgehoben werden, daß ohne folgendes Entschädigungsverfahren und ohne Entschädigungseinstellung

des Patienten der Unfall auch nicht zu langdauernden störenden Suggestionen, psychogenen Erscheinungen, Krankheitsbefürchtungen mit Erwerbsbeschränkung, einseitigen Überwertungen, hypochondrischen oder depressiven Verstimmungen, neuropathischen oder sog. neurasthenischen Reaktionen und dgl. führt. *Die seelische Wirkung des entschädigungspflichtigen Unfall ist also eine viel allgemeinere als etwa im Sinne von „Begehrungsvorstellungen“ und Vortäuschung; und sie ist eine viel nachhaltigere (als die des nicht entschädigungspflichtigen Unfall) insofern, als der entschädigungspflichtige Unfall offenbar ungünstigen Suggestionen und Selbstsuggestionen, überwertigen Befürchtungen, Sorgen um die Gesundheit, hypochondrischer Selbstbeobachtung, ungünstiger und unrichtiger Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes viel mehr Tür und Tor öffnet, die anfängliche begreifliche affektive Erregung nicht zur Ruhe kommen läßt und das subjektive Gesundheitsgefühl nachhaltig in störendem Sinne beeinflußt. Man muß annehmen, daß das Erlebnis der Arbeitsunfähigkeit, der Existenzbedrohung, der Sorge um Gesundheit, Zukunft und Familie nach den nichtversicherten Unfällen nicht geringer, ja (eben wegen Fehlens einer Versicherung gegen die wirtschaftlichen Nachteile) erheblich stärker ist als nach entschädigungspflichtigen Unfällen. Und doch trifft man gerade nach nicht entschädigungspflichtigen Unfällen im allgemeinen *keine* langdauernden „neurotischen“ Reaktionen. Man darf die seelischen Entschädigungsreaktionen daher auch nicht unbesiehen mit dem vorangegangenen Erlebnis der Arbeitsunfähigkeit, der Existenzbedrohung und der folgenden Zukunftssorgen erklären wollen.*

Vergegenwärtigt man sich alle diese Tatsachen, dann erkennt man auch den schweren Irrtum, der darin besteht, daß ärztlicherseits nach entschädigungspflichtigen Unfällen alle diejenigen seelischen und seelisch-nervösen Erscheinungen, die nicht offensichtlich Rentenbegehren, Rentenhysterie oder Simulation sind, ohne Begründung als Folge des Unfall selbst aufgefaßt werden und nicht als psychologische Auswirkung des Entschädigungsgedankens. Demgegenüber sei nochmals mit Nachdruck darauf hingewiesen, daß zahlreiche, reaktive seelische und nervöse Erscheinungen nach entschädigungspflichtigen Unfällen *medizinisch auch dann keine Folge des Unfall selbst zu sein brauchen*, wenn sog. Rentenschwindel oder Vortäuschung auszuschließen sind, wenn ferner die Reaktion durchaus echt ist und wenn der Reagierende (zu Begutachtende) seinen Zustand in bestem Glauben für Unfallfolge hält. Nicht darauf kommt es für den medizinischen Sachverständigen an, ob ein zu Begutachtender bona oder mala fide vorgeht, sondern darauf, ob und inwieweit vom medizinischen Standpunkt aus erwerbsbeschränkende Unfallfolgen vorliegen oder nicht. Alles was psychologische Auswirkung des Entschädigungsgedankens (des Versichertseins) ist, ist medizinisch nicht Folge des Unfall selbst, auch wenn der zu Begutachtende unter seiner

Reaktion leidet, wenn er kein „Rentenschwindler“ ist und wenn die Reaktion „echt“ ist. Was Folge des Unfalles selbst ist (sein kann), dies lehren die Erfahrungen nach nicht-entschädigungspflichtigen Unfällen. Diese — und nur sie allein — haben wir im Gutachten als Maßstab anzulegen, wenn wir zu entscheiden haben, ob und inwieweit längere seelische, seelisch-nervöse oder ähnliche Beschwerden oder Symptomenkomplexe als Unfallfolge zu betrachten sind.

### *1. Die organischen und die seelischen (seelisch-nervösen, vegetativen) Unfallfolgen.*

Was Folge des Unfalles ist, ist nicht Folge des Entschädigungsgedankens. *Es gibt echte nervöse und auch seelische Unfallfolgen.* Diese haben mit „Unfallneurose“ und mit seelischen (seelisch-nervösen, vegetativen) Entschädigungsreaktionen unmittelbar nichts zu tun und dürfen mit ihnen nicht verwechselt werden. Allerdings können nervöse Unfallfolgen in eine Entschädigungsreaktion übergehen (von ihr abgelöst werden) und pflegen es auch zu tun, bei entsprechender körperlicher oder seelischer Verfassung oder besonderen ungünstigen Umweltbedingungen. Die organischen und die seelischen (seelisch-nervösen) Unfallfolgen stehen hier nicht zur Erörterung. Aus Gründen der Übersichtlichkeit erscheint es aber zweckmäßig, sie hier kurz aufzuzählen und einige wichtige Punkte zu besprechen.

#### *a) Hirnerschüttung und Hirnquetschung.*

Mit dem Begriff der Hirnerschüttung und der Diagnose hierauf verbinden sich in der ärztlichen und der Begutachtungspraxis noch mannigfache Unklarheiten. „Hirnerschüttung“ im medizinischen Sinne ist ein in die klinische Pathologie gehörender Symptomenkomplex mit objektiv nachweisbaren krankhaften Erscheinungen, die nur bei den leichtesten Graden der Hirnerschüttung für andere Beobachter nicht deutlich erkennbar werden. Die Erschüttung des Körpers oder Kopfes führt an sich keineswegs regelmäßig zur Hirnerschüttung im medizinischen Sinne. Man darf daher nicht ohne weiteres, d. h. ohne besondere Begründung, aus einer Körpererschüttung oder Kopfkontusion (Kopfverwundung) auf eine Hirnerschüttung im medizinischen Sinne schließen. Ebensowenig darf man aus subjektiven nervösen Beschwerden allein und ohne sonstige Begründung die Diagnose auf echte Hirnerschüttung stellen. Mit dem Begriff der reinen Hirnerschüttung verbindet sich ferner, streng genommen, derjenige der rein „funktionellen“, d. h. sich in verhältnismäßig kurzer Zeit restlos ausgleichenden, nicht zu anatomischen Dauerveränderungen führenden Störung. Alles was zu solchen Dauerveränderungen (Blutungen oder Gewebsverschiebungen, Gewebszerreißen, Hirnquetschungen) führt, ist nicht mehr reine Hirnerschüttung, sondern deutliche gröbere anatomische Hirnverletzung,

die in einem Teil der Fälle sich nach längerer Zeit ebenfalls ausgleichen und ohne subjektive Dauerbeschwerden abheilen kann, in anderen Fällen aber nicht diesen günstigen Ausgang hat. Wir wissen, daß offene Hirnverwundungen (Schuß- oder Hiebverletzung) überhaupt nicht zum Symptomenbild der Hirnerschütterung zu führen brauchen. Aber auch bei den gedeckten Kopfverletzungen und sogar ohne Schädlfissur können umschriebene Gewalteinwirkungen mit größerer Eigengeschwindigkeit (Stockschlag, Hammer- oder Hufschlag, fallender Stein) lokale Hirnkontusionen ohne wesentliche Hirnerschütterung erzeugen. Hirnerschütterung und Hirnkontusion können sich zusammen verbinden, können sich aber auch, bezüglich ihrer klinischen Äußerungen, in einem gewissen gegensätzlichen klinischen Verhältnis befinden. Ein Patient mit Hirnkontusion bleibt nicht selten unmittelbar nach dem Unfall noch bei Bewußtsein und anscheinend im Vollbesitz seiner geistigen und motorischen Leistungsfähigkeit; aber er wird nach Stunden oder innerhalb 1—2 Tagen zunehmend somnolent. Oder der Verletzte mit Hirnerschütterung plus Hirnkontusion (oder mit meningealer traumatischer Blutung, mit organischen traumatisch verursachten Innervationsschädigungen von Hirngefäßen und folgenden Zirkulationsstörungen usw.) bekommt in der langdauernden Hirnerschütterungsbewußtlosigkeit epileptiforme Anfälle oder zeigt andere organische Reizerscheinungen des Gehirns oder Hirndruck, die nicht mehr zum Bild der reinen und unkomplizierten Hirnerschütterung gehören. Namentlich die sog. Verkehrsunfälle (Angeranntwerden durch Motorrad oder Auto), das Verunglücken während rascher Fahrt (plötzliche Hemmung der großen Eigengeschwindigkeit des Körpers, wobei der Kopf einen Hauptstoß auszuhalten hat), die Fahrradunfälle während rascher Fahrt führen oft, außer zur Hirnerschütterung, auch zur Hirnkontusion, zur traumatischen Meningealblutung oder zu verwandten länger dauernden und sich schwer oder nicht völlig ausgleichenden organischen (anatomischen) Hirnveränderungen; und je öfter man im akuten Verletzungsstadium bei solchen Verunglückten die Zisternen- oder Lumbalpunktion vornimmt, um so öfter findet man auch blutige Beimengungen im Liquor als Zeichen dafür, daß die Hirnerschütterung mit kontusionellen oder verwandten organischen, anatomisch nachweisbaren Veränderungen einhergegangen ist.

Ein Teil der Ärzte und Gutachter hat hieraus die praktische diagnostische Schlußfolgerung gezogen, von (reiner und bezüglich des Schädelinhaltes unkomplizierter) Hirnerschütterung nur dann zu sprechen, wenn bei sorgfältigster Beobachtung des akuten Verletzungsstadiums und des Verlaufes der Rekonvaleszenz, sowie der Mechanik des Unfallhergangs eine wesentliche intrakranielle organisch-traumatische Komplikation mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann. Alle nicht derart unkomplizierten Hirnverletzungen werden von solchen

Ärzten und Gutachtern auch nicht (nicht nur) als „Hirnerschüttung“ diagnostiziert, sondern als Hirnkontusion, Hirnerschüttung plus Hirnkontusion, länger dauernde traumatische Hirnschädigung und dgl. Wenn solche Gutachter also die Diagnose lediglich auf „Hirnerschüttung“ stellen, dann meinen sie *nur* die reine und (bezüglich der intrakraniellen Verhältnisse) unkomplizierte Hirnerschüttung, die tatsächlich mit ihren Nachwehen verhältnismäßig rasch abklingt. Der andere Teil der Ärzte und Gutachter hat diese diagnostische Schlußfolgerung nicht gezogen, sondern nennt „Hirnerschüttung“ auch alles das, was in das Gebiet der komplizierenden Hirnkontusion und überhaupt der länger dauernden traumatischen Hirnschädigung gehört. Daß eine solche grundverschiedene Anwendung der Bezeichnung „Hirnerschüttung“ wesentlichste Nachteile und ein dauerndes gegenseitiges Mißverstehen im Gefolge hat, bedarf keiner weiteren Erörterung; und wenn von dem ersten Teil der Gutachter versucht worden ist, auf Grund tausendfacher Erfahrungen allgemeine Regeln aufzustellen, innerhalb welcher Zeit die erwerbsbeschränkenden Folgen von Hirnerschüttungen beseitigt zu sein pflegen, so gelten solche Versuche selbstverständlich nur für die reinen und durch andere organisch-traumatische intrakranielle Veränderungen nicht komplizierten Hirnerschüttungen, dagegen nicht für komplizierende Hirnkontusionen. Die diagnostische Frage engt sich also dahin ein: Wann ist eine reine und (intrakraniell) im wesentlichen unkomplizierte Hirnerschüttung anzunehmen und wann nicht?

Auch hier gehen die einzelnen Diagnostiker und Gutachter verschiedene Wege. Ein Teil faßt alle — auch jahrelange — subjektive Kopfbeschwerden dann als Folge einer vorangegangenen Hirnerschüttung auf, wenn der zu Begutachtende einen glaubhaften Eindruck macht; eine nähere Analyse der vorgebrachten subjektiven Beschwerden findet nicht statt. Eine solche Analyse ergibt aber in zahlreichen Fällen, daß die vorgebrachten subjektiven Beschwerden nicht organischer, sondern „nervöser“ (neuropathischer, reaktiver, psychogener, psychopathischer) Natur sind. Sie sind nicht mehr Unfallfolge, sondern gewöhnlich psychologische Auswirkungen des Entschädigungsgedankens (und manchmal sogar begleitet von einer eindeutigen hysterischen Ausdruckstätigkeit, S. 37, oder einem Vortäuschungsbestreben). Die subjektiven organischen Nachwehen von reinen Hirnerschüttungen klingen nicht nur rasch ab, sondern sind auch sehr wenig abwechslungsreich, einförmig, symptomenarm; sie beschränken sich im wesentlichen auf die Symptome der vorübergehenden organischen Hirnleistungsschwäche, in erster Linie Kopfweh und vasomotorische Kopfbeschwerden bei gesteigerter Inanspruchnahme, Alkoholintoleranz, Schwindel, während bei körperlicher und geistiger Schonung wesentliche subjektive Beschwerden fehlen. Das Schwindelgefühl verliert sich nach reinen und unkomplizierten Hirnerschüttungen rasch (Unversehrtheit des Gleichgewichtsorgans

im inneren Ohr vorausgesetzt). Gesteigerte Reizbarkeit und Neigung zu Verstimmungen können organische und (bei dauernder traumatischer Schädigung des Hirnes oder seiner weichen Hämorrhoiden) traumatische (namentlich epileptiforme) Symptome sein; sie sind aber oft auch nur der Ausdruck einer nervösen oder psychopathischen Anlage und einer Reaktion auf ungünstige Umweltbedingungen, sind also für dauernde traumatische Hirnschädigung nicht irgendwie charakteristisch. Bei Fehlen einer gleichzeitigen neuropathischen Anlage pflegt der dauernd traumatisch Hirngeschädigte, wenn er vernünftig lebt, sich schonen kann usw., keine wesentlichen dauernden Schlafstörungen, Angstgefühle, aufregenden Träume usw. zu haben. Da die neuropathische Konstitutionsanomalie aber sehr weit verbreitet ist und nebenher auch bei dauernder traumatischer Hirnschädigung vorliegen kann, wird gelegentlich im Einzelfall die Diagnosenstellung sehr erschwert. Empfindlichkeit gegen Wärme, Alkoholintoleranz, allgemeines Unbehagen können gleichfalls neuropathischen Ursprungs und müssen nicht immer organischer traumatischer Natur sein.

Andere Untersucher versuchen die Diagnose auf dauernde traumatische Hirnschädigung durch besondere psychologische Untersuchungen sicher zu stellen. Es kann nun kein Zweifel sein, daß organische Merkfähigkeits-schädigungen, Störungen der Auffassung, des Denkens, der Initiative, des affektiven Nachdruckes, der Stetigkeit in der Arbeitsleistung, des Rhythmus, des psychischen Tempos usw. auch psychologisch-experimentell durch geeignete Untersuchungen erfaßbar sind. Aber vor einer Überspannung und nicht sehr kritischen Anwendung dieser Untersuchungen muß ebenfalls gewarnt werden. Psychopathische Interesse-losigkeit, Mangel an gutem Willen, Debilität oder irgendwelche angeborenen partiellen intellektuellen oder motorischen Defekte können organische Störungen vortäuschen. Was man der Lehre von der kategorialen Störung in Beziehung zur Aphasie eingewendet hat (Gräfin M. v. Kuenburg), dies gilt auch bei der psychologischen Diagnose auf dauernde traumatische Hirnschädigung. Die kategoriale Einstellung kann sogar bei geistig hochstehenden gesunden Versuchspersonen fehlen; und jemanden lediglich deshalb für dauernd traumatisch hirngeschädigt zu erklären, weil er einzelne Intelligenzprüfungen nur in unterdurchschnittlicher Weise gelöst hat, ist in hohem Maße verfehlt. Die großen individuellen Verschiedenheiten im Bereich der Auffassung, des Gedächtnisses, Denkens und Urteils, der Motorik usw. dürfen bei solchen psychologischen Untersuchungen im Sinne einer Diagnose auf dauernde traumatische Hirnschädigung niemals außer acht gelassen werden. Sogar ausgesprochene Imbezillitätsformen sind mit „traumatischem Schwachsinn“ verwechselt worden. Dadurch, daß ein Imbeziller nebenher noch eine echte dauernde traumatische Hirnschädigung erleiden kann, wird die Diagnosenstellung wiederum sehr erschwert. Niemals darf versäumt

werden, in diagnostisch zweifelhaften Fällen auch genaue Schulzeugnisabschriften einfordern zu lassen.

Als mehr oder weniger charakteristisch für „Neurotiker“ gilt das übertrieben wehleidige und aufdringlich demonstrierende Gebaren. Wer ein solches Gebaren nicht zeigt, sei also — so wird vielfach gefolgt — kein Neurotiker, sondern müsse organisch unfallgeschädigt sein. Diese Schlußfolgerung ist aber gleichfalls zu vorschnell. Der konstitutionell Nervöse, der Hypochonder usw. kann seine Beschwerden in durchaus sachlicher Weise vorbringen, auch wenn er *nicht* unfallgeschädigt ist. Und da, wo seitens des Gutachters ein „organischer Kern“ als Untergrund der psychogenen Reaktion angenommen wird, kann auch dieser organische Kern unabhängig vom Unfall vorhanden sein (s. S. 52 und später).

Es besteht kein Zweifel darüber, daß die Diagnose auf dauernde traumatische Hirnschädigung in der ärztlichen und Begutachtungspraxis noch völlig im Argen liegt. Der neuerdings wieder so heftig entbrannte Streit um die sog. Unfallneurose konnte eine so außerordentliche Ausdehnung nur gewinnen, weil vielfach zu den „Unfallneurotikern“ auch Personen mit dauernder traumatischer Hirnschädigung gerechnet worden sind, oder weil die dauernde traumatische Hirnschädigung nicht erkannt worden ist. Wir brauchen eine viel größere Genauigkeit der Diagnosenstellung bei der Annahme oder Verneinung der dauernden traumatischen Hirnschädigung. Diese notwendige größere Genauigkeit ist aber nur zu erreichen, wenn der *erstbehandelnde Arzt* bzw. das erstbehandelnde Krankenhaus seine Pflicht tut, den Hirnerschütterten oder möglicherweise Hirnverletzten von Anfang an hinreichend eingehend neurologisch untersucht, beobachtet und genaue tägliche Krankenblattaufzeichnungen macht. Liegen genügend genaue Krankengeschichtsaufzeichnungen aus der ersten Zeit nach dem Unfall vor, dann vermag in der großen Mehrzahl der Fälle der spätere Gutachter, an der Hand der Akten und seines eigenen Untersuchungsbefundes, mit hinreichender Sicherheit eine dauernde traumatische Hirnschädigung anzunehmen oder auszuschließen. Denn in der großen Mehrzahl der Fälle verrät sich die (über die reine Hirnerschütterung hinausgehende) stärkere traumatische Hirnschädigung durch entsprechende akute Hirnsymptome (späteres Auftreten der Hirnkontusionsbewußtlosigkeit, epileptiforme Anfälle während der Bewußtlosigkeit usw.) und durch eine starke Verzögerung der ersten Hirnrekonvaleszenz. Unsere ganze jetzige Diagnosenstellung bezüglich Vorhandenseins oder Fehlens der dauernden traumatischen Hirnschädigung krankt daran, daß die große Mehrzahl der erstbehandelnden Ärzte und Krankenhäuser (chirurgischen Abteilungen usw.) *nicht weiß*, wie wichtig für die spätere Diagnose die genaueste Kenntnis der akuten Hirnsymptome, ihrer Art, Dauer, Stärke oder ihres Fehlens, sowie die Kenntnis des Verlaufes der ersten Hirnrekonvaleszenz ist; daß sie ferner nicht die nötigen Einzelkenntnisse auf dem Gebiet der traumatischen Hirn-

schädigungen und überhaupt der Neurologie besitzt; daß die erstbehandelnden Ärzte nicht wissen, worauf sie zu untersuchen und zu achten haben, und daß sie sich keine genauen täglichen Aufzeichnungen über den ersten Krankheitsverlauf machen. Auch später ist eine sorgfältige langdauernde, unauffällige Beobachtung des zu Begutachtenden seitens des behandelnden Arztes einer kurzen klinischen Beobachtung oft überlegen, sofern der behandelnde Arzt wirklich beobachten kann und einige Grundtatsachen der klinischen Hirnpathologie beherrscht (Vorhandensein oder Fehlen einer organischen, traumatisch hervorgerufenen Wesensänderung; organische Schädigung der Spontaneität und des psychischen Tempos; Auftreten einzelner unbegreiflicher Handlungen, Unstetigkeit der Arbeitsleistung, Hemmungslosigkeiten, epileptiforme Reizbarkeit als organische traumatische Hirnsymptome).

Dementsprechend muß für jeden erstbehandelnden Arzt und jedes erstbehandelnde Krankenhaus eine Verpflichtung in dem Sinne gefordert werden, daß genaueste und sorgfältigste Untersuchungen — wenn möglich auch Hinzuziehung eines Neurologen —, Beobachtungen und tägliche Krankenblattaufzeichnungen stattfinden. Ferner muß eine eingehende Berücksichtigung der Symptomatologie namentlich der akuten traumatischen Hirnschädigungen im akademischen Unterricht stattfinden. Darüber hinaus ist ganz allgemein ein viel größeres wissenschaftliches Interesse an der Symptomatologie und Pathologie der traumatischen Hirnschädigungen notwendig. Wenn irgend möglich, hat in *jedem* Falle, wenn für einen Kopfunfall eine Rente gezahlt worden ist, die rechtzeitige und sachverständige Leichenöffnung stattzufinden<sup>1</sup>. Oft genug findet man bei Leichenöffnungen außerhalb der Unfallentschädigungspflicht als sog. Zufallsbefund auch alte dauernde traumatische Hirnschädigungen, Überbleibsel von Hirnkontusionen usw., deren Träger im Leben nicht arbeitsbehindert waren, *keine* entsprechenden subjektiven Beschwerden gehabt und vielfach von einer früheren schweren Kopfverletzung nichts mitgeteilt hatten, ja überhaupt nichts davon gewußt zu haben scheinen. Es ist also auch zu untersuchen, wann, unter welchen konstitutionellen und konstellativen Bedingungen, mit welcher Lokalisation, in welcher Ausdehnung, in welchem Lebensalter und in welcher Zeit umschriebene dauernde traumatische Hirnschädigungen an stummer Hirnstelle derart abklingen können (oder abzuklingen pflegen), daß sie nicht mehr erwerbsbeschränkend wirken. Ein eingehendes klinisches und pathologisches Studium der traumatischen Hirnschädigungen vermag endlich nicht nur für die ärztliche und Begutachtungspraxis, sondern

<sup>1</sup> Es empfiehlt sich, hierbei so vorzugehen, daß man versucht, aus dem Aktenmaterial allein die Diagnose, ob eine dauernde traumatische Hirnschädigung vorliegt, zu stellen, bevor das Ergebnis der Leichenöffnung bekannt ist. Derartige Maßnahmen sind zweifellos geeignet, die Erfahrung des Gutachters wesentlich zu vermehren.

auch für die Hirnwissenschaft den größten Nutzen zu bringen. Wir müssen dahin zu kommen suchen, daß wir aus der Art der Verletzung, sowie der genauen klinischen Untersuchung und Beobachtung der Verletzten, von Anfang an, die Diagnose auf Vorhandensein oder Fehlen der dauernden traumatischen Hirnschädigung mit hinreichender Sicherheit stellen können. Gegenwärtig fehlt hierfür noch in weitesten ärztlichen und wissenschaftlichen Kreisen das nötige Interesse. Viele erstbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser haben sich bezüglich der Untersuchung und Begutachtung auf dauernde traumatische Hirnschädigung selbst ausgeschaltet; und aus diesen Gründen sind unsere gegenwärtigen Kenntnisse auf dem genannten Gebiet noch so unvollständig, daß der spätere Gutachter manchmal über ein gewisses Rätselraten bei der Diagnosestellung nicht hinauskommt.

Im Interesse der genauen Diagnosenstellung sind also eine eingehendste Beobachtung des Hirnerschütterten oder Hirnverletzten im akuten Stadium, sowie sorgfältigste sofortige schriftliche Festlegung der Befunde zu fordern. Daß auch bei der späteren Begutachtung nach schwerer Hirnerschütterung, bei Verdacht auf dauernde traumatische Hirnschädigung usw. von der Röntgenphotographie des Schädels, der ohrenärztlichen Untersuchung und wenn möglich auch von der Zisternen- oder Lumbalpunktion der weitestgehende Gebrauch zu machen ist, versteht sich von selbst. Darüber hinaus ist künftighin die Leichenöffnung in ausgedehntestem Maße anzuwenden, sobald eine dauernde traumatische Hirnschädigung diagnostisch im Bereich der Möglichkeit liegt. Die berufsgenossenschaftlichen Unfallakten stellen ein äußerst wertvolles wissenschaftliches Material dar, welches allerdings der Ergänzung durch die pathologisch-anatomischen Befunde bedarf; und jeder praktizierende Arzt, jedes Krankenhaus sollte es sich im höchsten Maße angelegen sein lassen, die im Leben gestellte Diagnose auf Vorhandensein oder Fehlen der dauernden traumatischen Hirnschädigung durch die Leichenöffnung nachzuprüfen. Es gibt auch einige wissenschaftliche Institute in Deutschland, welche die notwendige genauere Untersuchung solcher Hirne vornehmen. Daß gegenwärtig dieser Seite der wissenschaftlichen Unfallbegutachtung fast durchweg nicht das geringste Interesse entgegengebracht wird, ist ein weiterer schwerer Nachteil, dessen Bekämpfung nicht angelegtlich genug empfohlen werden kann.

### b) Erschrecken und sogenannte Shockwirkung.

Das Erschrecken ist an sich kein krankhafter Vorgang, sondern eine vitale Reaktion, welche stets dann eintritt, wenn eine plötzliche und unerwartete Einwirkung aus der Außenwelt das Leben oder die Sicherheit des Individuums irgendwie bedrohen könnte. Ein Erschrecken findet sich auch bei Tieren. Manchmal wird das Erschrecken als „seelische Reaktion“ oder als „seelische Erschütterung“ bezeichnet. Hieran ist

zunächst soviel richtig, als Bewußtsein vorhanden sein muß, damit der Schreckvorgang einwirken kann. Auch eine Art von „Erschütterung“ kommt im unmittelbaren Zusammenhang mit starken Schreckvorgängen zum Bewußtsein (in erster Linie wohl als Folgeerscheinung der Einwirkung des Schreckvorganges auf die willkürlich bewegbare Körpermuskulatur). Als eine primäre affektive (Gefühls-)Reaktion kann das Erschrecken aber nicht bezeichnet werden. Die Gemütsbewegung (Emotion) ist erst eine Folge des Erschreckens. Eine zweite Folge ist das alsbaldige Eingreifen des Verstandes, der gegebenenfalls sofort klar macht, daß das Erschrecken unnötig war, oder daß die Gefahr glücklich vorübergegangen ist. Man hat den Eindruck, daß sich das Erschrecken in einer „noch tieferen Schicht“ abspielt, als dies die Schicht des Gemütslebens ist, und daß das Erschrecken unmittelbar an den vegetativen zentralen Vertretungen (Muskulatur, Vasomotorium, Drüsenregulierung usw.) angreift. Das Erschrecken ist ein reflexartiger Vorgang, und *Kurt Schneider* hat gewiß recht, wenn er die Schreckreaktion als besondere Form der organischen exogenen Reaktionen bezeichnet. Die Wirksamkeit des Schreckens auf das vegetative Nervensystem und seine Reichweite daselbst ist individuell sehr verschieden (Einzelheiten u. a. bei *Horn*). Eine Blutdrucksteigerung durch das Erschrecken ist viel weniger häufig (Gegensatz zur reaktiven Blutdrucksteigerung bei Erwartung und Spannung) als eine Senkung des diastolischen Blutdruckes (*Knauer* und *Billigheimer*). Sog. Affektglykosurien scheinen viel weniger nach dem reinen Erschrecken als nach maximaler Furcht oder Todesangst aufzutreten. Eine organische Dauerschädigung und sogar den plötzlichen Tod kann ein heftiges Erschrecken in seltenen Fällen und bei anatomisch nicht mehr gesundem Blutgefäßsystem (in erster Linie Herztod bei Coronarsklerose) verursachen. Wenn das Erschrecken schadet, schadet es ganz akut, später nicht mehr.

Heftigste Schreckeinwirkungen können vorübergehend den Bewußtseinszustand verändern (eine Art von Dämmierzustand mit folgender ungenauer und zum Teil fehlender Erinnerung erzeugen). Schreckwirkungen mit überstandener Todesangst (Erdbeben, Explosionen, stärkste Kriegseinwirkungen) können zu akuten sog. *Schreck- oder Shockpsychose* führen (Bewußtseinsstörungen mit schreckhaften Erlebnissen oder mit sinnlosem, manchmal kindisch anmutendem Gebaren). Wir haben in solchen Fällen also schwere akute Symptome. Die Prognose ist aber auch hier im allgemeinen günstig. Häufig ist bei stärksten Schreckerlebnissen (aber ebenso auch vor plötzlich notwendig werdenden Operationen u. dgl.) einerseits eine Bewußtseinseinengung auf das betreffende Erlebnis und andererseits ein vorübergehendes Außertätigkeittreten des Affektlebens (sog. *Emotionslähmung* durch Schreck). Man darf in diesem vorübergehenden Aussetzen der Gefühlreaktionen (bei klarem Verstand und klarer, vielleicht sogar geschärfter Auffassung) eine sehr zweck-

mäßige, den Seelenzustand schonende Ausschaltung erblicken. Freilich kann diesem vorübergehenden Schweigen des Affektlebens eine erhöhte Erregbarkeit desselben folgen, wie dies *Meier-Müller* nach Fliegerunfällen sehr anschaulich beschreibt: Anfangs kann, nach dem Schrecken und der Todesangst, eher ein euphorischer Zustand bestehen; dann aber wird der Patient auffallend still, zeigt gestörten Schlaf, ist innerlich unruhig, gereizt, deprimiert. Die ersten Nächte nach einem derartigen Flugzeugabsturz mit erlebter Todesgefahr sollen zu dem Quälendsten gehören, was es gibt: angstfüllte Träume, aus denen man schweißgebadet erwacht; bange schlaflose Stunden, wo das Unfallereignis mit grausamer Deutlichkeit wieder erlebt wird, wo der Angststoff nicht abklingen will, wo von der erhitzten Phantasie immer und immer wieder der Unfall zwangsläufig reproduziert wird und in seiner ganzen Tragweite überdacht werden muß (*Meier-Müller*).

Die Eindrucks- und Reagierfähigkeit der einzelnen Menschen nach erlebter Todesgefahr ist offenbar eine ungemein verschiedene. Ein Teil der Menschen reagiert aber sehr stark und anhaltend. Dieses lange vegetative Nachklingen der Schreck- und Angstwirkung mit sekundärer affektiver Dauerstörung hat man (nicht ganz zutreffend) als *Schreckneurose* bezeichnet. Sie besteht also vor allem in einer abnorm starken und abnorm langen, durch stärkste Erlebnisse mit Todesgefahr hervorgerufenen, Erregung der vegetativen Zentralstellen (Schlaf-Wach-Regulierung, Vasomotorium usw.) und der mit ihnen verbundenen Affektivität. Die sog. Schreckneurose ist selbst keine psychogene Reaktion, geht aber äußerst häufig in diese über. Wie schon vor Jahren von zahlreichen Autoren festgestellt (*Kraepelin, Horn, Gaupp, Murri* usw.) und ebenso wohl durch den Krieg wie die neuesten Erdbebenerfahrungen in der Krim bestätigt worden ist, haben die sog. Schreckneurose und die seelischen Wirkungen einer erlebten Todesgefahr eine *gute Prognose* (Dauer im allgemeinen nicht über  $\frac{1}{4}$  Jahr, meist erheblich kürzer). Je schwerer die akuten — namentlich die vegetativen (Körpergewichtssenkung) — Symptome waren, je mehr sie in zäher Weise andauern, um so mehr darf man gegebenenfalls auch eine längere affektive Reaktion erwarten. Die reine Schreckwirkung pflegt schon nach einigen Stunden oder Tagen abzuklingen. Ferner muß beachtet werden, ob der akut Erschreckende und Todesangst Erleidende im Vollbesitz seiner körperlichen Widerstandsfähigkeit und Reservekräfte war oder aber (wie im Krieg häufig) schon erschöpft.

Vom ersten Tage nach dem Schreckerlebnis an hat nun die zielbewußte Psychotherapie einzusetzen: Es ist dem Patienten nicht nur vom ersten Tage an die alsbaldige Heilung auf den Kopf zuzusagen; sondern er muß, trotz noch bestehender zahlreicher vegetativer und affektiver Mißempfindungen und Störungen, alsbald wieder der Arbeit zugeführt werden. Die Erfahrungen ebensowohl von *Meier-Müller* wie

der russischen Ärzte bei dem Erdbeben in der Krim<sup>1</sup> zeigen eindeutig, daß der sekundäre Angstfaktor nur in der Untätigkeit stark auftritt, dagegen nicht oder schwächer bei geordneter und verantwortlicher Tätigkeit. *Man soll nach dem Unglück womöglich alsbald die gleiche Tätigkeit und den gleichen Ort wieder aufsuchen*, wo das Unglück geschehen ist. Man soll der (an sich verständlichen) nachträglichen Angst und Scheu die Spitze bieten. Unter den vielen Unerfreulichkeiten, welche namentlich in neuerer Zeit die Erörterungen über die sog. Unfallneurose gebracht haben, ist auch die zu nennen: Daß manche Ärzte eine schlecht-hin unverständliche und geradezu abergläubische Meinung von der Schwere und der zweifelhaften Prognose einer sog. Schreckneurose haben (Verwechslung von nervösen Schreckfolgen mit affektiven oder Charakterreaktionen sekundärer Entstehung, meist bei vorhandener psychopathischer Anlage). Der Patient darf für die ängstliche und hypochondrische Selbstbeobachtung keine Zeit haben. Schreckneurose und volle Arbeitsfähigkeit vertragen sich sehr gut zusammen. Das praktische Leben und der Kampf ums Dasein heilt jede Schreckneurose in kurzer Zeit (*Meier-Müller*). Die ärztliche Verordnung von wochen- und monatelanger Ruhe und „Erholung“ nach (oft nicht einmal besonders intensiven) reinen Schreckwirkungen sollte als ärztlicher Kunstfehler betrachtet und geahndet werden.

Von dem Erschrecken grundsätzlich zu trennen sind (auch wenn sie im Einzelfall kombiniert vorkommen können) die *Angst* (in reinster Form als gleichsam gestaltloses Erleben der unmittelbaren Todesgefahr, namentlich bei Angina pectoris, Erstickung), die *Furcht* (ängstliche Befürchtung, Erwartung, z. B. vor der Wiederholung eines Erdbebenstoßes mit noch schlimmeren Folgen als beim ersten Stoß) und das *Grauen* (Anblick verstümmelter Leidensgehrten usw.)<sup>2</sup>. Die Furcht ist in die Zukunft gerichtet, und gerade die bevorstehende, mit stärkster Spannung einhergehende erlebte akute Gefahr des unvermeidlich erscheinenden Todes ist es, welche subjektiv ein völliges Vernichtungsgefühl und nachträglich eine sog. akute Affekterschöpfung (mit länger dauernden affektiven und neurasthenieähnlichen Nachwehen) bewirken kann. Wir sehen, wie sehr man hier in jedem Einzelfall differenzieren und wie man sich vor Verallgemeinerungen hüten muß (indem man z. B. die Wirkungen erlebter stärkster Todesgefahr bei jemandem voraussetzt, welcher derartiges nicht erlitten, sondern nur ein gewöhnliches harmloses Erschrecken durchgemacht hatte). Man darf nicht ohne weiteres nach reinen und nicht einmal besonders außergewöhnlichen Schreckreaktionen die gleichen schweren akuten Folgen annehmen, wie sie nach sekunden- oder minutenlangem bewußten Erleben von Todesgefahr und Todesangst auftreten.

<sup>1</sup> Siehe meinen Aufsatz in der Med. Klinik 1930. Nr. 33 und 37.

<sup>2</sup> Einzelheiten z. B. bei Kehrer im Handwörterbuch der medizinischen Psychologie 1930 unter Schreckneurose.

Die Bezeichnung *Shock* ist (als psychischer Shock und als Nerven-shock) neuerdings sehr beliebt, nicht nur beim Publikum, sondern auch bei (psychopathologisch nicht durchgebildeten) Ärzten. Hierzu ist grundsätzlich zu sagen, daß medizinisch der Shock eine akute reflexartige vegetative (in erster Linie vasomotorische), d. h. also *körperliche* Reaktion ist, von welcher das Seelische gleichsam erst sekundär betroffen wird. Das Urbild des Shockes ist der primäre reflektorische traumatische Shock („Wundschlag“). Dieser besteht aus einer Art von reflektorischem Zusammenbrechen der lebenswichtigen vegetativen Organismusfunktionen, d. h. der Vitalität<sup>1</sup>. Der Shock ist also ein akuter, reflektorisch eintretender, lebensgefährlicher Zustand, meist durch schwerste Verletzungen oder Operationen. Einen „psychischen Shock“ gibt es, streng genommen, nicht. Was man psychischen Shock nennt, gehört, je nachdem, in die Schreckwirkung, Furchtwirkung und das Erleben von Todesgefahr (Bewußtseinseinengung, Bewußtseinsumdämmerung, Affektstupor, Ohnmacht usw., s. oben), wohl stets bei vorhandener vegetativer Stigmatisation oder psychopathischer Anlage. Die Bezeichnung „psychischer Shock“ sollte, zum mindesten in medizinischen Veröffentlichungen und ärztlichen Gutachten, streng vermieden und durch die genaueren Bezeichnungen des betreffenden Einzelfalles ersetzt werden. Namentlich sollen die vegetativen Erscheinungen, die zur ärztlichen Diagnose auf Shock führen, in jedem Einzelfall eingehend beschrieben werden. Außerdem lese man, bevor man die Diagnose auf psychische Shockwirkung stellt, zuverlässige Selbstschilderungen bei Erdbeben oder aus dem Krieg (einiges bei *Kehrer*, S. 336 f.); und dann prüfe man, ob eine schwerwiegende Bezeichnung wie „psychischer Shock“ in dem zu begutachtenden Einzelfall überhaupt am Platze ist. Von dem Ausdruck „Nerven-shock“ gilt das gleiche. Bald ist eine harmlose reaktive neuropathische Ohnmacht, bald ein epileptischer oder Schlaganfall als Nerven-shock verkannt worden. Noch häufiger wurde der „Nerven-shock“ erst nachträglich angenommen oder konstruiert, wenn sich nach einem entschädigungspflichtigen Unfall sekundäre seelische Reaktionen eingestellt hatten. Demnach sind die Bezeichnungen „psychischer Shock“ und „Nerven-shock“ ungenau und im wesentlichen wohl Verlegenheits- oder Ausweichdiagnosen; zum mindesten müßte die Forderung des Nachweises entsprechend schwerer akuter vegetativer Shocksymptome für jeden einzelnen Fall aufgestellt werden. Dem sog. Nerven-shock im Sinne des Publikums steht der sog. *Nervenzusammenbruch* nahe. Man soll auch diese Bezeichnung vermeiden und soll z. B. nicht jede starke affektive Reaktion und Spannungsentladung einen Nervenzusammenbruch nennen. Bei dem sog. Nervenzusammenbruch mit folgender längerer anscheinender Krankheit liegen meist ebenfalls Ausweichreaktionen (sog. Flucht in

<sup>1</sup> Einzelheiten z. B. in meinem Aufsatz im Handbuch der Physiologie von *Bethe*, 10, 123 f. (1927).

die Krankheit) vor, wenn das erstrebte Ziel nicht erreicht wurde und wenn der Mißerfolg durch das Auftreten einer „Nervenkrankheit“ bemängelt und erklärt werden soll.

Man sieht gleichzeitig, wie weit man sich hier von den einfachen Verhältnissen des Schreckens oder des echten Shockes entfernt. Jedenfalls sei nochmals das eine betont: Schreckwirkung, Todesangst, Shockwirkung schaden akut, sofern sie überhaupt schaden; namentlich kommt hier das latent bereits kranke Blutgefäßsystem in Betracht. Ist aber das akute Reaktionsstadium gut vorübergegangen, dann ist auch die Prognose gut; und es ist eine unbegründete Überwertung, wenn man meint, daß eine einzelne Schreck- oder Shockwirkung langdauernde und womöglich lebenslängliche seelische oder „nervöse“ arbeitsbehindernde Folgen haben könnte. Wo nachträglich ein „Nervenshock“ angenommen wird, handelt es sich erfahrungsgemäß fast stets um neuropathisch oder psychopathisch veranlagte Individuen und um seelische Reaktionen sekundärer Entstehung.

### c) Die vegetative und die neuropathische Unfallreaktion.

In naher Beziehung zu den körperlichen Erscheinungen einer starken Schreck- oder einer Shockwirkung stehen akute reaktive Veränderungen auf körperlichem Gebiete nach Unfällen, die man als vegetative und (bei zu großem Mißverhältnis zwischen dem Anlaß und der Stärke der Reaktion) als neuropathische Unfallreaktion bezeichnen kann. Die gleichen vegetativen Zentralstellen, die beim heftigen Erschrecken unter Vermittlung des Bewußtseins vom Psychischen her in erhöhte Tätigkeit treten, reagieren auch bei rein körperlichen Krankheiten oder bei Verletzungen (S. 32). Herzschlagfolge, Schlaf, Appetit und Verdauung, vermutlich auch der Stoffwechsel und das sich auf dem ordnungsmäßigen Ablauf der vegetativen Funktionen, d. h. auf der Vitalität aufbauende Gesundheits- und Kraftgefühl, sowie die Stimmung leiden akut mehr oder weniger durch Krankheiten, Verletzungen, Operationen. Die Intensität dieser vegetativen Reaktionen ist bei den einzelnen Menschen (und auch bei den gleichen Menschen zu verschiedenen Zeiten) eine recht verschiedene. Je mehr eine vegetative Stigmatisation (neuropathische Anlage) vorhanden ist, um so stärker kann gegebenenfalls die vegetative Reaktion (Schwankung) sein, und um so länger kann sie dauern. Auch ohne wesentliche körperliche Verletzung einerseits und ohne deutlich zutage tretende intensive Schreckwirkung andererseits können „erschütternde“ Erlebnisse — und somit auch Unfälle, oder Vorkommnisse, die hätten zu Unfällen werden können — zu starken vegetativen Reaktionen führen. Symptomatisch an erster Stelle steht hier, neben Pulsbeschleunigung und Schlafstörungen aller Art, nach meinen gelegentlichen Erfahrungen die *Körpergewichtssenkung*, die erheblich sein kann (bei korpulenten Personen bis 10 kg und mehr), auch wenn der Patient

regelmäßig Nahrung zu sich nimmt. Leider fehlen gegenwärtig noch alle systematischen Untersuchungen auf diesem Gebiet, speziell bezüglich des Körpergewichtes und auch der Konstitutionen, bei welchen derartige stärkere vegetative Reaktionen in erster Linie auftreten.

Wer sich als Arzt daran gewöhnt, bei seinen Patienten und namentlich nach Unfällen (gegebenenfalls auch bei sich selbst, wenn er akut erkrankt oder wenn er einen Unfall erleidet) von Anfang an genau auf die vegetativen Äußerungen und auf die zum Bewußtsein gelangenden Empfindungen und Gefühle zu achten, dem drängt sich das gelegentliche Auftreten stärkerer vegetativer Reaktionen nach Unfällen geradezu auf. Die psychisch vermittelte, affektbetonte und Gesundheit oder Wohlergehen der Person plötzlich stark bedrohende Einwirkung verankert sich in besonderem Maße in den vegetativen Zentralstellen und hat, bei genügend eingehender und aufmerksamer ärztlicher Beobachtung, stets auch objektive vegetative Erscheinungen im Gefolge, manchmal sogar noch nach längerer Zeit<sup>1</sup>. Diese reflexähnlich eintretende Bindung an die vegetativen zentralen Stätten hat man ebenfalls „Shock“ genannt und betont auch hier das Hinübergleiten der Wirkung auf das Körpliche. Das da und dort erwähnte starke Haarausfallen nach erschütternden Erlebnissen (nicht zu verwechseln mit dem *Bemerk*en eines schon vorher vorhandenen stärkeren Haarausfalles) mag ebenfalls hierher gehören. Der basedowoid Veranlagte wird Erscheinungen einer gesteigerten Schilddrüsentätigkeit zeigen, der tetanoid Veranlagte das vorübergehende Auftreten des *Chvostek*schen Zeichens (obwohl im allgemeinen die Störungen der endokrinen Drüsen meist unabhängig von psychischen Reizen auftreten; vgl. neuerdings *Redlich*). Schlafstörungen, Zittererscheinungen, vermehrte Schweißbildung, Körpergewichtssenkung sind aber auch da fast stets nachweisbar, wo deutliche Störungen einzelner endokriner Drüsen nicht vorliegen.

Es kann wohl kein Zweifel sein, daß auch mancher Gesunde leichten endogenen vegetativen Schwankungen unterliegt. Je labiler die vegetativen Funktionen sind, je mehr eine asthenische und neuropathische Anlage vorliegt (auch manche Korpulente sind zeitweise in erhöhtem Maße vegetativ gefährdet), um so stärker können derartige vegetative Schwankungen mit zeitweise größerer Krankheitsanfälligkeit oder stärkerer Reagierfähigkeit werden. Dies gilt vor allem im Rückbildungs-

<sup>1</sup> Ein junger, körperlich gesunder und sporttreibender, aber vasomotorisch sehr erregbarer Arzt unterzieht sich aus freien Stücken einer doppelseitigen Leistenbruchoperation, hat jedoch Angst vor der in Aussicht gestellten Narkose (der ersten in seinem Leben). Operation in Lokalanästhesie. Völlig normaler Heilungsverlauf. Aber nach einigen Wochen erscheinen an sämtlichen Fingernägeln quere Furchen als Zeichen einer Wachstumsstörung der Nägel, wie sie nach schwersten Erlebnissen, ferner nach sog. Zehrkrankheiten, starker Unterernährung usw. gelegentlich zu beobachten sind und sich, dem Wachstum des Nagels entsprechend, langsam nach vorn, dem Fingerende zu, fortschieben.

alter und namentlich im pathologischen, sowie vorzeitig einsetzenden Rückbildungsalter; bei manchen Asthenikern, Nervösen, Eunuchoiden ist die deutliche, stärkere Grade annehmende, vorzeitige körperliche Rückbildung schon zu Beginn des 5. Lebensjahrzehntes unverkennbar, auch ohne erheblichere Arteriosklerose. Trifft einen vegetativ derart besonders labil gewordenen Organismus eine schwere Körperkrankheit, Operation, Verletzung, erschütterndes Erlebnis, dann ist ein starker vegetativer Rück nach abwärts, manchmal unmittelbar ein ruckweises Altern unverkennbar; und die Rekonvaleszenz nimmt erheblich längere Zeit in Anspruch.

Diese vegetativen und neuropathischen Reaktionen nach Unfällen sind medizinisch Unfallfolge. Mit „Unfallneurose“, Begehrungsvorstellungen usw. haben sie naturgemäß nichts zu tun. Notwendig sind nur eine genaueste Beobachtung von Anfang an und sorgfältige schriftliche Festlegung der vegetativen Erscheinungen (Puls, Blutdruck, vor allem das zuverlässig, bei leerem Magen und leerer Harnblase, ohne Kleider bestimmte Körpergewicht). Die Prognose dieser Reaktionen ist ebenfalls *gut*. Im allgemeinen kann man damit rechnen, daß die Reaktionen innerhalb eines Vierteljahres ausgeglichen sind. Sind stärkere Körpergewichtssenkungen aufgetreten, dann empfiehlt sich zunächst *Ruhe*. Im übrigen aber hat die Behandlung vor allem auch eine *psychische* zu sein, in der Art des auf S. 72 Gesagten; vor einem zu langen Ausruhen und „Sicherholen“ ist zu warnen. Denn stets besteht die sehr große Gefahr, daß laienhafte medizinische Vorstellungen, sog. medizinischer Aberglaube, überwertige hypochondrische Befürchtungen usw. zu sekundären, unzweckmäßigen psychischen Einstellungen führen, und daß namentlich nach entschädigungspflichtigen Unfällen sich diese oder jene Entschädigungsreaktion (s. später) einstellt. Diagnostisch ist weiterhin zu beachten, daß manchmal — vor allem bei korpulenten, ungesund „aufgeschwemmt“ Personen — der reaktive Gewichtsverlust nach der Genesung *nicht* wieder ausgeglichen wird; der Organismus hat sich (zu seinem eigenen Vorteil) auf das neue, niedrigere Körpergewicht eingestellt, und der genesene Patient kann sich nach Ablauf der Reaktion mit dem niedrigen Körpergewicht gesünder fühlen als vorher. Endlich kann es vorkommen, daß irgendeine schwere körperliche Verletzung oder ein schweres seelisches Erleben den Organismus gerade zu einem Zeitpunkt trifft, wo eine endogene Nervosität, namentlich eine sog. Rückbildungsnurose oder ein ruckweises Altern ohnehin vor dem Ausbruch steht oder wo die ganze Vitalität des Patienten beginnt, progressiv zu sinken. Dann kann die vegetative Reaktion besonders stark sein; und die erwartete entsprechende Rekonvaleszenz tritt zunächst nicht ein. Der weniger erfahrene Arzt und Gutachter spricht dann gern von der „Auslösung“ des „chronischen Nervenleidens“ durch die Verletzung (oder die seelische Erschütterung, den Unfall usw.). Man muß in solchem

Falle aber bedenken, daß solche chronische konstitutionelle Veränderungen an und für sich progressive und im allgemeinen auch autochthon entstehende sind (zum Teil in ihrem Ausbruch und ihrer Intensität unterstützt durch *chronische* äußere Schädlichkeiten, dagegen im allgemeinen nicht durch einmalige Einwirkungen). Es kann daher auch nur von Fall zu Fall entschieden werden (Heftigkeit des einmaligen Unfallen, Heftigkeit und Stärke der akuten vegetativen und psychischen Symptome usw.), ob und inwieweit man vom medizinischen Standpunkt der einmaligen äußeren Einwirkung eine über die reaktive körperliche Schwankung wesentlich hinausgehende ursächliche Wirkung für die chronische Störung zuschreiben darf.

d) Der Unfall als sogenanntes psychisches Trauma.  
Der Unfall als Erlebnis.

Sehr gern wird der Unfall auch „psychisches Trauma“ genannt. Weil sich an den entzündungspflichtigen Unfall eine langdauernde Entzündungsreaktion anschließt und weil der zu Begutachtende „nicht den Eindruck des Simulanten macht“, wird von vielen Ärzten angenommen, die reaktive Störung müsse Unfallfolge sein; und um diese Schlußfolgerung dem Leser des Gutachtens noch näher zu legen, wird nachträglich — manchmal noch nach Jahren — dem Unfall die Wirksamkeit eines psychischen Traumas beigelegt. Es empfiehlt sich aber, diesen Ausdruck im Gutachten nach Möglichkeit zu vermeiden.

Der Begriff des psychischen Traumas entstammt meines Wissens dem Ideenkreis der Psychoanalyse. Gemeint sind Erlebnisse aus der Vergangenheit mit stärkster Affektbetonung, wobei der Affekt weiter wirkt, während das Erlebnis selbst dem Bewußtsein anscheinend entschwunden (bzw. verdrängt worden) ist. Meist handelt es sich — wie angenommen wird — hierbei um Erlebnisse, die unverträglich für die Persönlichkeit des Patienten waren (*Freud*). Das psychische Trauma steht hiernach in engsten Beziehungen zur sog. Komplexbildung und Komplexwirkung; das psychische Trauma bzw. sein Affekt hat hierbei (infolge der betreffenden Persönlichkeitsanlage, einer zeitlichen persönlichen besonderen Bereitschaft und zum Teil infolge einer Konfliktsituation) nicht den natürlichen Ausgleich gefunden. Der Patient wird mit dem psychischen Trauma nicht fertig. Im weiteren Sinne hat man von einem psychischen Trauma gesprochen, wenn z. B. ein latent Paranoider eine zufällige Bemerkung auf der Straße hört, die auf ihn gemünzt scheint und wenn diese zufällige Bemerkung bei ihm „wie ein Funken im Pulverfaß“ wirkt. Schwerste Enttäuschungen oder Kränkungen, Niederlagen, zugrunde gegangene Lebenshoffnungen, unersetzlicher Verlust liebster Angehöriger können im Sinne dauernder Bedrückung wirken, fixiert, überwertig oder dominierend werden. Sie entfalten, wie alle Schlüsselerlebnisse (*Kretschmer*), eine spezifische Wirksamkeit auf die Persönlichkeit,

führen zu langdauernden oder lebenslänglichen Persönlichkeitsreaktionen und können weitgehenden Einfluß auf Verhalten und Lebenslauf des einzelnen ausüben. Ihre Wirksamkeit erstreckt sich in die Zukunft.

Der Unfall ist in diesem Sinne *kein* psychisches Trauma. Ein Unfall kann zu einem heftigen oder heftigsten Erschrecken führen, zu einer sog. Shockwirkung, zum Erleben von Todesgefahr und Todesangst, zum Grauen beim Anblick von Getöteten. Andere Unfälle (oder Ereignisse, die Unfälle hätten werden können) haben eine solche intensive Wirkung nicht. Die plötzlich eintretende Bewußtseinstrübung oder -aufhebung bei einer Hirnerschütterung verhindert eine erhebliche Schreck- oder eine Shockwirkung; und wenn der Betroffene wieder zum vollen Bewußtsein gelangt oder wenn er nach der ersten Schreckwirkung seine Lage voll überschauen kann, dann hat er gleichzeitig auch die Gewißheit, daß ihm gesundheitlich nichts Ernsthaftes zugestoßen ist. Man soll also den Begriff des seelischen Traumas nicht ohne weiteres mit dem der Schreckwirkung durch den Unfall oder mit dem sog. Unfallerlebnis gleichsetzen und soll bei den Wirkungen eines Unfallen in jedem Einzelfall festzustellen suchen, ob und inwieweit eine krankhaft starke Schreckemotion, Todesangst usw. wirksam waren. Sogar das Erleiden einer Notzucht in der Kindheit braucht keine nachteilige seelische Dauerwirkung zu haben (*J. H. Schultz*, S. 521). Man soll namentlich nicht ein „psychisches Trauma“ als Unfallfolge ohne weiteres voraussetzen oder nachträglich konstruieren, wenn nach dem Unfall früher oder später eine auffallende sekundäre seelische Reaktion bemerkbar wird.

Daß ein Unfall eine latente innere Spannung manifestieren oder, bei passender Gelegenheit, eine geheime Wunsch- oder Ausweichreaktion zum Durchbruch bringen kann, ist unbestritten. Aber dann wirkt der Unfall nicht im Sinne der physischen Kausalität, sondern als Glied der psychologischen Kette. Es genügt dann auch, wenn die betreffende Person überzeugt ist (bzw. sich einbildet oder vortäuscht), einen Unfall erlitten zu haben, den sie in Wirklichkeit nicht erlitten hat; und das „bei passender Gelegenheit“ ist für Wunsch- und Ausweichreaktionen noch besonders zu unterstreichen. Denn ohne passende Gelegenheit wirkt der Unfall nicht „aktivierend auf die Neurose“ im Sinne einer Wunsch- und Ausweichreaktion. Die Neigung, ein gewöhnliches oder außergewöhnliches Erschrecken nach einem Unfall „psychisches Trauma“ zu nennen, und die weitere Neigung zur Verallgemeinerung, das „psychische Trauma“ in direkte ursächliche Beziehung zur „Unfallneurose“ zu bringen, ist die Folge eines zu großen Mangels an Gründlichkeit des Gutachters und wird so auch zu einer Wurzel zahlreicher Meinungsverschiedenheiten, die neuerdings im Schrifttum über die sog. Unfallneurose zutage getreten sind. Bei den um ein Mehrfaches zahlreicheren Unfällen ohne Entschädigungspflicht wirkt der Unfall nicht „aktualisierend auf die Neurose“ (S. 61), es sei denn, daß ein sonstiges Wunsch-

oder Ausweichbestreben schon bereit liegt und der Unfall mit seinen wirklichen oder vermeintlichen Folgen als passende Gelegenheit erscheint, das verborgene Streben offenkundig werden zu lassen.

Der Unfall als erlebtes Ereignis kann in zwei Richtungen weiter wirken: Im Sinne einer reaktiven *hypochondrischen* Einstellung und im Sinne einer *erwartungs- oder zwangsmäßigen* Reaktion (Phobie). Aber auch hier ist zu sagen, daß der abnorm Reagierende den Unfall „erleben“ kann, ohne ihn selbst zu erleiden, und daß die seelische Reaktion trotzdem eintritt (z. B. infolge der sehr anschaulichen Schilderung eines Autounglückes, die eine zwangsmäßige Furcht vor dem Autofahren nach sich zieht). Man hat ferner gesagt, daß der Schreck „hysterisierend“ wirke. Hieran ist soviel richtig, daß eine starke Schreckemotion mit parallelgehender Affekterregung ungünstigen hypochondrischen Suggestionen Tür und Tor öffnet. Je sensationeller ein (in Beziehung zu Gesundheit und Krankheit stehendes) Ereignis oder Erlebnis ist, und je mehr die zeitgenössische Anschauung ohnehin in die Richtung bestimmter überwertiger oder abergläubischer medizinischer Anschauungen geht, um so mehr wird das Erleben von zugehörigen Ereignissen ungünstige Suggestionen ausüben können. Die Versicherungs- und Haftpflichtgesetzgebung hat im Publikum (und leider auch bei manchen Ärzten) den Aberglauen entstehen lassen, daß man durch Unfälle „schwer nervenkrank“ werden könne (oder müsse). Weitere Bedingungen für das Entstehen reaktiver hypochondrischer Befürchtungen sind (psychologisch verständliche, aber sachlich unberechtigte) Verallgemeinerungen und Überschätzungen auf medizinischem Gebiet seitens des Publikums (Überschätzung der schädlichen Dauerwirkung einer unkomplizierten Hirnerschütterung, eines „Nervenshocks“ usw.).

Wir sehen, daß bei diesen hypochondrischen Reaktionen im Gefolge von Unfällen eine gesundheitliche Befürchtung für die *Zukunft* entsteht. Die ärztliche Erfahrung lehrt nun aber, daß nach Unfällen überall da, wo ein Entschädigungsverfahren (Entschädigungsgedanke) von vornherein nicht in Frage kommt, langdauernde hypochondrische Reaktionen *vermißt* werden (s. auch S. 61); und daß andererseits die langdauernden sog. Unfallhypochondrien nach entschädigungspflichtigen Unfällen überhaupt keine reinen hypochondrischen Reaktionen sind. Dem Entstehen oder Andauern einer langdauernden hypochondrischen Reaktion entgegen wirkt das elementare vitale Genesungsgefühl (sofern der Unfall zu einer physischen Verletzung geführt hatte); und ebenso wirkt die vernunftgemäße ärztliche Suggestion. Tatsache ist, daß die nicht-entschädigungspflichtigen Unfälle keine langdauernden echten erwerbsbeschränkenden hypochondrischen Unfallreaktionen im Gefolge haben; und an diese Tatsache muß sich der Gutachter halten.

Während die hypochondrische Reaktion aus einer Steigerung der (an sich normalpsychologisch verständlichen) Befürchtung, krank zu

werden, entsteht, entspringt die sog. *erwartungsmäßige oder zwangsmäßige* („zwangsnurotische“) Unfallreaktion der übertriebenen Vorsicht oder Scheu, sich wieder in die gleiche Situation zu begeben, in welcher der Unfall erlebt und erlitten wurde. Auch diese Reaktion ist also eine Reaktion auf etwas in der Zukunft allenfalls Bevorstehendes oder zu Vermeidendes, und nicht eine Reaktion auf den in der Vergangenheit zurückliegenden Unfall selbst. Sie ist eine an sich ebenfalls normal-psychologisch verständliche Reaktion („ein gebranntes Kind scheut das Feuer“). Die große Mehrzahl der erwachsenen Menschen überwindet ohne Schwierigkeit das Erleben einer gefahrvollen Unfallsituation (Auto- oder Eisenbahnunfall) so weit, daß teils sofort und teils nach kürzerer oder längerer Zeit das gleiche Beförderungsmittel wieder benutzt werden kann. Auch bei diesen erwartungs- und zwangsmäßigen Unfallreaktionen wirkt ein in Aussicht stehendes oder im Gang befindliches Entschädigungsverfahren oft ungünstig auf den seelischen Ausgleich des Unfallerlebnisses ein; im Gefolge der zahlreichen Unfälle des täglichen Lebens hört man nichts von derartigen erwerbsbeschränkenden Dauerreaktionen. Je gefahrvoller andererseits eine Beschäftigung oder ein Beruf an sich ist (Arbeiten unter Tag im Bergwerksbetrieb usw.), um so eher kann bei manchen Menschen ein Massenunglück oder ein Einzelunglück zu erwartungs- oder zwangsmäßigen Dauerbefürchtungen führen, welche für den Reagierenden im ungünstigsten Fall zu einem unüberwindlich erscheinenden Hindernis werden, den gleichen Beruf wieder auszuüben. Die gleiche psychologische Folge kann auch das Erleben eines solchen Unglückes in der Rolle des Zuschauers haben. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und bei sonstigen Betriebstätigkeiten sind solche Personen mit reaktiv entstandener monosymptomatischer zwangsmäßiger Berufsphobie nicht erwerbsbeschränkt. Je mehr ferner nach Erlebnissen, welche von der ganz überwiegenden Mehrzahl der Menschen ohne auffallende Dauerreaktion überwunden werden, abnorme seelische Dauereinstellungen auftreten, um so mehr ist eine entsprechende abnorme Anlage anzunehmen; und um so eher muß sich der Gutachter auch die Frage vorlegen, inwieweit dem einzelnen Erleben noch die Rolle einer wirklichen wesentlichen Teilursache für eine echte abnorme seelische Dauereinstellung (Berufsphobie) zuzuschreiben ist, die ohne das Erleben nicht eingetreten wäre; oder inwieweit durch das einzelne Vorkommnis die starke abnorme Anlage lediglich vorübergehend deutlich zum Vorschein gekommen ist und sich bei anderen Gelegenheiten in anderer, gleich störender Weise äußert.

Die hypochondrische und die zwangsmäßige Unfallreaktion sind streng monosymptomatisch in dem Sinne, daß der Gedankeninhalt der Reaktion sich nur um den Unfall und seine möglichen Folgen für die Zukunft dreht. Je mehr die untersuchte Person auch sonst hypochondrische oder zwangsmäßige Erscheinungen zeigt, um so weniger liegt

eine isolierte Unfallreaktion vor; um so eher darf eine mehr generalisierte hypochondrische Einstellung oder sog. Zwangsneurose angenommen werden; um so weniger sind von vornherein Unfallfolgen wahrscheinlich. Ferner kann ein Unfall (oder sein Erleben) einer autochthon entstehenden depressiven oder nichttraumatischen hypochondrischen Verstimmung den Gedankeninhalt leihen und die Gedankenrichtung beeinflussen, ohne daß der Unfall die Ursache der Depression ist. Die echten seelischen Unfallreaktionen sind ferner sofort nach dem Unfall am stärksten und pflegen nach kürzerer oder längerer Zeit abzuklingen, dagegen nicht erst nach längerer Zeit zu erscheinen. Alle diese Punkte sind bei der Differentialdiagnose zu berücksichtigen.

Eine *depressive Dauerreaktion* im Gefolge eines Unfalls ist denkbar, wenn ein Unfall mit schweren chirurgischen Dauerveränderungen z. B. eine starke Entstellung bewirkt oder eine weitgehende Lebenshoffnung vernichtet oder (wie bei Rückenmarkszerstörungen) völlige Hilflosigkeit hervorgerufen hat. Gerade hier trifft man aber, nach Abheilung der akuten chirurgischen Verletzungsfolgen, keine depressive Dauerverstimmung an. Daß nach schwerem Unfall anfangs Sorgen um Leben, Gesundheit, Arbeitsfähigkeit, Familie mit reaktiver Depression auftreten können, ist selbstverständlich. Aber mit zunehmender chirurgischer Heilung der Unfallfolgen kommt auch die Stimmung wieder ins Gleichgewicht. Depressionen, welche erst längere Zeit nach einem Unfall entstehen (namentlich wenn dieser nicht zu anatomischen Dauerveränderungen geführt hat), sind niemals Folge des Unfalls selbst, so sehr auch oft genug der Reagierende seine seelische Verstimmung auf den (entschädigungspflichtigen) Unfall schiebt. Keine Folge eines einmaligen Unfalles kann ferner eine längerdauernde echte *neurasthenische Reaktion* sein. Die Diagnosen auf langdauernde „Unfallneurasthenie“ und „Unfallhypochondrie“ sind wohl ausnahmslos unrichtig und nicht genügend begründet. Dagegen ist ohne weiteres denkbar, daß ein neuropathisch Veranlagter auf dauernde organisch begründete Schmerzen nach Unfall (Amputationsneurome usw.) seelisch und körperlich in stärkerer Weise reagiert als ein ganz gesund Veranlagter (neuropathische Unfallreaktion in Permanenz bei dauerndem Anlaß).

Alles in allem ist zu sagen, daß die seelischen Folgen eines Unfalls im allgemeinen vorübergehend und harmlos sind. Die Schreckwirkung klingt, wie gegenwärtig von allen hierin Sachverständigen angenommen wird, rasch ab. Der Unfall wirkt nicht (im Sinne der physischen Kausalität) „aktualisierend auf die Neurose“. Er soll auch nicht als „psychisches Trauma“ bezeichnet werden. Als Maßstab dafür, was ein Unfall an längerdauernden Folgen auf seelischem Gebiet hervorrufen kann, dürfen nur Erfahrungen hinzugezogen werden, die an Unfällen *ohne* folgendes Entschädigungsverfahren (und ohne sonstige Wunsch- oder Ausweicheinstellung) gewonnen worden sind.

*2. Seelische Einstellungen allgemeinerer Art, im Zusammenhang mit Vorstellungen und Gefühlen von Gesundsein und Kranksein.*

In einer sehr lesenswerten Studie über Begriff und Wesen des Krankseins führt *L. Friedmann* aus, daß man — ähnlich wie jeden Gegenstand in der Außenwelt — auch den eigenen subjektiven Gesundheitszustand von verschiedenen Standpunkten aus betrachten und verschieden beurteilen kann. Jemand hält sich z. B. für gesund und arbeitet wie ein Gesunder. Man fragt ihn nach seinem Schlaf, nach Vorhandensein oder Fehlen von Zittern, Angstgefühlen und anderen subjektiven Äußerungen der vegetativen Stigmatisation und erfährt zu seiner Überraschung, daß Schlaf und Appetit „schlecht“, sowie daß Zittern, Angstgefühle, lebhaftes Schwitzen, Herzklagen und sogar Kopfweh und Schwindelgefühl bejaht werden. Trotz dieser subjektiven Beschwerden hatte sich die gefragte Person *für gesund gehalten*. Es läßt sich nun ohne Schwierigkeit vorstellen, daß der Gefragte lediglich infolge der gestellten Frage (und der hierdurch auf die genannten Störungen gerichteten Aufmerksamkeit) zu einer anderen Beurteilung seines Gesundheitszustandes gelangt und sich nunmehr nicht mehr für gesund hält. In seinem Seelenleben hat sich eine *Änderung seiner Einstellung* gegenüber den schon früher vorhanden gewesenen (aber nicht beachteten) subjektiven Beschwerden vollzogen, ohne daß sich diese verstärkt zu haben brauchen. Während früher Gesundheitsgesamtgefühl und Empfinden von regelwidrigen subjektiven Beschwerden in einem gewissen Gegensatz standen, ist nunmehr ein Umschwung der Gesamteinstellung (*L. Friedmann*) gegenüber den störenden Empfindungen usw. aus dem Körper eingetreten. Der Gefragte kann zu der Überzeugung gelangen, daß er krank oder nicht mehr voll leistungsfähig ist; und er kann dann weiterhin anfangen, sich in zunehmendem Maße selbst zu beobachten und die störenden Empfindungen hypochondrisch auszubauen. Die Beurteilung, ob jemand z. B. seinen Schlaf für „schlecht“ halten will, ist an und für sich rein subjektiver Natur. Sachlich hat sich an seinem Körperzustand zunächst nichts geändert. Es handelt sich hier also um eine verschiedene Einschätzung (Stellungnahme), je nachdem sich jemand für gesund hält (bzw. halten will) oder für krank. Auch für das Sichkrankhalten besteht subjektiv eine Berechtigung. Es ist ferner einleuchtend, daß die allgemeine Stimmung (der Stimmungshintergrund) bei solchen Selbstbeurteilungen einen ausschlaggebenden Einfluß zu haben pflegt, und daß alle diejenigen Umwelteinflüsse, welche die Stimmung nachhaltig in ungünstigem Sinne beeinflussen (wirtschaftliche Sorgen usw.), auch auf die Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit entscheidend einwirken können. Die nunmehr erlangte Überzeugung, krank zu sein, pflegt wiederum, zum mindesten vorübergehend, die Stimmung zu verschlechtern, womit der circulus vitiosus geschlossen ist. Denn eine Verschlechterung der Stimmung hat eine Vermehrung oder Verstärkung

von subjektiven Begleiterscheinungen der vegetativen Stigmatisation im Gefolge. Es ist in erster Linie die Belastung mit dem depressiven Affekt, welche dem vegetativ Stigmatisierten erhöhte Beschwerden verursacht und ihn gegebenenfalls sich krank fühlen läßt.

In ähnlicher Weise kann sich jemand einer ernsthaften chronischen Krankheit *bewußt werden*. Jeder aufmerksame Arzt und Gutachter kennt Personen, die als scheinbar Gesunde (als Menschen, die sich offenbar für gesund halten und keine wesentlichen Krankheitsbeschwerden haben) volle Arbeit leisten zu einer Zeit, wo sie vom medizinischen Standpunkt aus sogar schon invalide sind (z. B. bei fortgeschrittener Arteriosklerose oder Schrumpfniere mit stark erhöhtem Blutdruck; dann aber auch in manchen Fällen von multipler Sklerose, Syringomyelie usw.; ein „Unfall-patient“ meiner Beobachtung hatte mit aktiver Lungentuberkulose im dritten Stadium und schwerster Arthritis deformans beider Hüftgelenke noch als Ingenieur voll gearbeitet und verdient, anscheinend ohne wesentliche subjektive Beschwerden). Dieser seelische *Vorgang des Sich-bewußtwerdens* einer (sich allmählich entwickelnden) vom Unfall unabhängigen chronischen Organkrankheit kann „von selbst“ eintreten, wenn die Krankheit eine gewisse Höhe erreicht hat oder eine vorübergehende Schwankung nach der ungünstigen Seite eingetreten ist. Er kann aber auch durch irgendeine, an sich geringfügige Gelegenheitsursache herbeigeführt werden: Durch eine leichte interkurrente Krankheit einerseits, aber auch durch eine zufällige Äußerung anderer Personen, durch eine Zeitungsnotiz, einen ärztlichen Ausspruch, einen akuten Krankheitsfall in der Umgebung. Von dem Eintritt dieses Sichbewußtwerdens an datiert der Kranke dann auch den Beginn seiner Krankheit („ich war doch früher gesund“; Verwechslung von Gesundsein und Sich-für-gesund-halten).

Der gleiche Vorgang des Sichbewußtwerdens tritt ferner bei den verschiedenen Formen und Äußerungen der *konstitutionellen Schwächlichkeit* (Asthenie) ein, sei es, daß jemand von vornherein einen zu schweren Beruf gewählt hat und versagt, oder daß er einem durchschnittlichen Beruf nicht gewachsen ist. Die einen Asthenischen versagen schon im Beginn ihrer wirtschaftlichen Lebenslaufbahn, die anderen auf der Höhe des Lebenslaufes (wo die Anforderungen an die Arbeitskraft am größten sind), die dritten im Beginn oder Verlauf der *Rückbildung*, namentlich wenn diese Rückbildung eine mehr oder weniger pathologische (stärkere Arteriosklerose usw.) oder aber *vorzeitige* und krankhafte ist (was gerade bei Asthenikern manchmal beobachtet werden kann). Solche krankhafte Rückbildungsveränderungen pflegen ohnehin mit lebhaften, als nervös empfundenen, subjektiven Beschwerden einherzugehen.

Für diese seelischen Vorgänge kann drittens eine *erhöhte Verstimmbarkeit* wichtig werden (teils konstitutionell vorhanden oder vorübergehend im Rückbildungsalter auftretend, teils konstellativ bei ungünstigen

und schwierigen Umweltbedingungen), sowie eine erhöhte Suggestibilität. Abgesehen von ungünstigen Suggestionen, die eine Aussicht oder Hoffnung auf ein Unfallentschädigungsverfahren mit sich bringt, sind hier zunächst allgemeine ungünstige Suggestionen samt ihren Wurzeln zu nennen: medizinischer Aberglaube, unzulässige Verallgemeinerungen einzelner besonders gelagerter Fälle, ungeheure Überschätzung der krankmachenden Wirkungen des Erschreckens oder sog. Nervenshocks, falsche Bezeichnungen im Sinne von Nervenkrankheit, mißverstandene oder unrichtige (sog. iatrogene Hypochondrie, *Rieger*) ärztliche Aussprüche. Die Mehrzahl der akut krank Gewordenen, sowie der sich aus irgendwelchem Grunde krank Glaubenden und der Verletzten im akuten Stadium ist bezüglich der Auffassung von ihrem Gesundheitszustand nach der ungünstigen Seite hin erhöht suggestibel. Dies muß der erste behandelnde Arzt gleichfalls wissen und beachten. Freilich genügt außerhalb des Entschädigungsverfahrens meist eine einzige, ruhig gegebene, sachliche autoritative ärztliche Aufklärung, um die Wirksamkeit solcher ungünstiger Suggestionen zu beseitigen.

Endlich ist in diesem Zusammenhange noch eine reaktiv in die Erscheinung tretende Einstellung zur Berufsarbeit zu nennen, die mißverständlich in manchen Gutachten (infolgedessen manchmal auch in Gerichtsurteilen) und in einem Teil der Literatur mit dem unbestimmten Ausdruck „Willensschwäche“ bezeichnet wird. Es empfiehlt sich vielleicht, zum besseren Verständnis, bei derartigen komplexen Erscheinungen im Sinne der sog. reaktiven Willensschwäche, als elementarste, gleichsam unterste Stufe den sog. Betätigungstrieb (den animalischen Drang, sich motorisch zu äußern) zu unterscheiden von dem spezielleren sog. Beschäftigungstrieb, ferner von dem Streben, irgendwelche sinnvolle und befriedigende Arbeit zu leisten, und schließlich von der Einstellung des Einzelnen zu der ihm (vom Schicksal, vom sog. Zufall, von besonderen Umweltkonstellationen, durch eigene Wahl) ganz persönlich zugehörigen und von ihm zu leistenden Berufsarbeit. Die Frage, warum die Menschen arbeiten, läßt sich generell nicht beantworten (weil der Begriff der Arbeit selbst nichts Einheitliches ist) und darf auch nicht verwechselt werden mit der viel enger umgrenzten Frage: Aus welchen Motiven oder Strebungen heraus der einzelne Mensch seine Berufsarbeit leistet. Daß eine große Anzahl von Menschen — es sind dies die sog. Arbeitsamen — eine sinnvolle und wertvolle Arbeit leisten würden, auch wenn es für sie keine wirtschaftlichen Gründe und keinen sonstigen äußeren Zwang zum Arbeiten gibt, darf ohne weiteres angenommen werden. Aber die Mehrzahl von ihnen würde sich wahrscheinlich gerade die Tätigkeit nicht wählen, die sie von Berufswegen tatsächlich leisten müssen. Die Stellungnahme des Einzelnen zur Arbeit im allgemeinen und zu seiner Berufsarbeit ist abhängig von der Stärke der angeborenen Aktivität, von Temperament und Stimmung und vom Charakter (Pflicht-

gefühl, Ehrgeiz, Ordnungsliebe usw.), unter anderem auch von der mehr oder weniger großen Ausbildung eines sog. neutralen Wollens (Näheres bei *Bostroem*).

Manche Autoren haben sich mit der Frage beschäftigt, warum die Menschen arbeiten (gemeint ist hier offenbar lediglich die jeweilige Berufsarbeite). *Hermann Hoffmann* äußert sich dahin, daß ursprüngliche Arbeitsfreude und Schaffenslust selten seien; bestenfalls arbeiten die Menschen aus Ehrgeiz, aus Streben nach Macht, Besitz, Wohlleben und Anerkennung. Sehr viele arbeiten, weil es die anderen tun, weil es so üblich ist, weil es nach außen hin besser aussieht und vor allem, weil sie sonst nichts zu leben haben. Auch *Erwin Straus* anerkennt, daß die Arbeit den meisten Menschen nur Mittel zum Zweck sein kann und daß sie die eigentlichen Lebenswerte anderwärts suchen müssen. Es ist bemerkenswert, daß trotzdem der körperlich und geistig gesunde Durchschnittsmensch beruflich voll und zuverlässig arbeitet, auch wenn ihm die Arbeit nicht (nicht besonders) zusagt. Die sehr verständlichen Unlustgefühle, inneren Widerstände und Hemmungen, der Berufsarbeite oder einzelnen Teilen derselben gegenüber, werden normalerweise überwunden. Verständlich ist es aber auch, daß bestimmte hinzutretende Situationen den Selbstzwang zur bisherigen Arbeit lahmlegen können, ohne daß man schon von Arbeitsscheu zu sprechen braucht. Was vielfach reaktive Willensschwäche genannt wird, ist zum Teil eine verständliche Folge des Nachlassens desjenigen äußeren Zwanges, der bisher einen Hauptgrund gebildet hatte, die berufliche Arbeit durchzuführen. Man darf eine Hemmung des Arbeitsantriebes nicht mit (nicht vorhandener) Arbeitsunfähigkeit verwechseln.

Jedenfalls haben derartige Hemmungen und Unlustgefühle mit genereller Willensschwäche zunächst nichts zu tun. Die gleiche Person, die aus scheinbarer Willensschwäche nicht arbeitet, ist in anderer Hinsicht (bei Verfolgung eines wichtigen persönlichen Ziels) sehr willensstark und zäh. Was man außerdem noch Willensschwäche nennt, kann ebensowohl zur Triebsschwäche (Einzelheiten bei *Eugen Kahn*) gehören wie zur abnormen Bestimmbarkeit und Beeinflußbarkeit („Haltlosigkeit“), zum Mangel an Ausdauer und drittens zur Entschlußunfähigkeit durch Skrupelhaftigkeit. Eine (anscheinend isoliert auftretende) Willensschwäche der Berufsarbeite gegenüber ist keine psychische Krankheit, sondern das Ergebnis charakterologischer Anlagen und Situationsreaktionen. Es ist daher zweifellos am vorteilhaftesten, den Ausdruck reaktive Willensschwäche in solchem Zusammenhang im Gutachten ganz zu vermeiden.

*Stierlin* schildert Personen, die (im Anschluß an Katastrophen, z. B. das Erdbeben von Messina) nach längerem Aufenthalt in Krankenhäusern, Asylen usw. entlassen und in Lebensverhältnisse zurückversetzt worden waren, welche an Energie und Leistungskraft bedeutende

Anforderungen stellten. In dem Maße, als sie versagten, fielen sie der „Neurose“ anheim, die gewissermaßen den Ausdruck ihres Unvermögens, der Wirklichkeit gegenüber, darstellt. Eine nähere Analyse dieser Persönlichkeiten und ihrer Umwelt, sowie eine Mitteilung, ob sie körperlich verletzt oder krank waren, was weiter aus ihnen geworden ist, wird von *Stierlin* nicht gegeben. Man darf wohl annehmen, daß sich in der Bevölkerung stets ein gewisser Prozentsatz von Personen befindet, welche nach ihrer gesamten Anlage (Asthenie, Nervosität) oder Verfassung (sog. komplizierende Krankheiten, s. unten) der Berufsarbeit latent nicht (nicht mehr) gewachsen sind und versagen. Dieses Versagen kann nach einem besonders eindrucksvollen Ereignis (Unglück) der betreffenden Person selbst erstmals und sogar in erhöhtem Maße zum Bewußtsein kommen. Um eine gewöhnliche reaktiv aufgetretene „Willensschwäche“ würde es sich hier nicht mehr handeln, sondern lediglich um ein mehr oder weniger plötzliches Bewußtwerden der ohnehin schon vorhandenen körperlichen oder seelischen Insuffizienz, im Anschluß an ein äußeres erschütterndes Ereignis. Dieses ist dann nicht „die Ursache“ (eine wesentliche Teilursache) des Versagens selbst, sondern lediglich die Ursache seines plötzlichen Bewußtwerdens. Naturgemäß ist bei (scheinbar) versagenden Personen auch noch die andere Möglichkeit gegeben, daß die bekannten Hemmungen und Unlustgefühle zahlreicher Personen, gelegentlich der Wiederaufnahme der Berufsarbeit nach längerem freiwilligem oder erzwungenem Nichtstun, übermächtig werden und scheinbar nicht überwunden werden können. Dieses Nichtüberwinden können (ohne Vorliegen entsprechender physischer Abnormitäten oder Krankheiten) müßte als ein besonderes psychopathisches Stigma (Triebsschwäche, Charakterabnormität) aufgefaßt werden, da erfahrungsgemäß derartige Hemmungen, ohne Aussicht auf irgendwelchen Krankheitsgewinn, auch von Nervösen und den meisten Psychopathen überwunden werden. Die innere Hemmung und Arbeitsunlust werden durch den äußeren Zwang des Arbeitenmüssens überwunden. Sind allerdings Krankengeld, hohe Unfallrente oder Unfallentschädigung in Aussicht, dann wird dieser äußere Zwang zum Arbeitenmüssen zunächst einmal vorübergehend aufgehoben; die Hemmungen werden für den Patienten scheinbar übermächtig und scheinen nicht mehr überwunden werden zu können (s. unten). Aber auch in solchen Fällen ist es zweckmäßig, nicht von „Willensschwäche“ zu sprechen, sondern von reaktiver affektiver Hemmung des Arbeitswillens, von Arbeitsunlust, von inneren Widerständen der (wenig sympathischen) Berufsarbeit gegenüber. Je mehr eine solche reaktive Hemmung in den Dienst eines bestimmten Strebens, Vorteile aus einer Krankheitsdarstellung zu erlangen, tritt, um so mehr wird sie ein Teil oder das Hauptsymptom der hysterischen Reaktion (sog. hysterische Willensschwäche).

*3. Die seelischen Einstellungen bei Aussicht auf Unfallentschädigung.*

Im vorstehenden Abschnitt wurden besprochen: Die Möglichkeit einer verschiedenen Stellungnahme des einzelnen Menschen zu seinem (objektiv gleichbleibenden) Gesundheitszustande; das Sichbewußtwerden komplizierender Krankheiten, vorzeitiger Rückbildungsveränderungen, schwächerlicher Anlagen, mangelhafter Leistungsfähigkeit; die Labilität des Gesundheitsgefühles im allgemeinen, das ängstliche Hinlenken der Aufmerksamkeit auf den subjektiven Gesundheitszustand mit Mobilisierung ungünstiger Affekte samt ihren vegetativen Folgen (Schlafstörung usw.); die erhöhte Verstimmbarkeit; die erhöhte Suggestibilität und das vermehrte Einwirken ungünstiger Suggestionen (medizinischer Aberglaube usw.); die Hemmung der Arbeitslust durch lange Untätigkeit. Derartige Vorgänge oder Einstellungen können bewirken, daß sich jemand hierdurch krank und arbeitsbeschränkt fühlt. Sie können naturgemäß auch nach Unfällen auftreten. Die Erfahrung lehrt aber — und dieser Erfahrungssatz kann für den Gutachter in der Praxis gar nicht stark genug betont und unterstrichen werden —, daß durch Unfälle ohne folgenden Entschädigungsgedanken die genannten seelischen Vorgänge und Einstellungen, sofern sie eintreten, im allgemeinen *keine* ungünstigen Dauerwirkungen haben (S. 61). Mit zunehmender Heilung der Unfallfolgen kommen Stimmung und Affekt wieder ins Gleichgewicht. Die fortschreitende Genesung entzieht ungünstigen Suggestionen den Boden und verhindert eine zu weit getriebene Hinlenkung der Aufmerksamkeit auf den eigenen Gesundheitszustand. Eine eingehende Kontrolle des subjektiven Gesundheitszustandes mit ungünstigem Ergebnis findet nicht statt (kein stärkeres Sichbewußtwerden komplizierender Krankheiten usw.). Die psychologische Wirksamkeit des Unfalltes läßt rasch nach und verblaßt, je mehr der Unfall selbst in die Vergangenheit sinkt. Eine längerdauernde Hemmung des Arbeitswillens tritt nicht ein.

Die Aussicht auf ein Unfallentschädigungsverfahren (der Entschädigungsgedanke) wirkt demgegenüber psychologisch in unvergleichlich stärkerem und vor allem auch zeitlich ausgedehnterem Maße ungünstig auf den Betreffenden, sobald eine entsprechende seelische und körperliche Disposition vorhanden ist. Im Gegensatz zu dem einmaligen Unfall ist die psychologische Wirksamkeit eines bevorstehenden oder im Gang befindlichen Entschädigungsverfahrens eine *andauernde*; sie erstreckt sich auf Gegenwart und Zukunft und kann (ohne Behandlung) so lange anhalten, als das Entschädigungsverfahren selbst dauert. Infolgedessen treten die soeben besprochenen seelischen Einstellungen nach entschädigungspflichtigen Unfällen besonders stark und langdauernd auf. Das Affektleben kommt nicht zur Ruhe. Hypochondrische Befürchtungen, Erwartung von eintretenden Krankheiten als Unfallfolge gewinnen die Oberhand. Das Genesungsgefühl erhält keinen ausschlaggebenden

und bleibenden Einfluß auf Gemütsleben und Stimmung. Ohne Entschädigungsverfahren gehen Denken und Streben nur in die Richtung des Gesundwerdenwollens. Bei bevorstehendem Entschädigungsverfahren gehen sie aber in die Richtung des Verletztgewesenseins und der Befürchtung, einen Schaden davon zu behalten. Die Entschädigungsreaktionen sind zu einem Teil Reaktionen auf das vermeintliche Bevorstehen oder Drohen einer gesundheitlichen Schädigung als Unfallfolge. Der entschädigungspflichtige Unfall kann gleichsam die Aufforderung zu einer instinktiv vor sich gehenden Generalvisitation des gesamten subjektiven Gesundheitszustandes bilden. Dieser wird nunmehr ungünstig bewertet. Schädlichen Suggestionen sind Tür und Tor geöffnet. Am Körper werden allerhand Unregelmäßigkeiten entdeckt und als Unfallfolge aufgefaßt, die früher nicht bemerkt wurden (individuelle Schädeleigentümlichkeiten, einseitige Schwachsichtigkeit, beginnende Alterssichtigkeit, Schwerhörigkeit usw.). Die Stimmung ist dauernd gedrückt und gereizt. Der depressive Affekt lastet auf den erhöht ansprechbaren vegetativen Zentren oder Organen und steigert die Krankheitsgefühle. Je mehr ein vegetativ Stigmatisierter ängstlich auf „seine Nerven“ achtet, um so nervöser fühlt er sich. Die Empfindung des Krankseins und des Zutage-tretens einer subjektiven Insuffizienz, der Berufsarbeit gegenüber (Asthenie usw.), verbindet sich mit der felsenfesten Überzeugung, „durch den Unfall“ eine schwere und dauernde Gesundheitsschädigung davongetragen zu haben. Die Hemmungen, der Wiederaufnahme der anstrengenden und oft nicht beliebten Berufsarbeit gegenüber, werden nicht überwunden. Der Reagierende glaubt, er brauche nicht zu arbeiten, weil er Rente erhalte. Die psychologische Einwirkung des Entschädigungsgedankens führt in dem Seelenleben eines derart Reagierenden zur *Überwertung des Unfalles* und seiner gesundheitlichen Folgen. Bei alledem braucht man noch nicht von „Begehrungsvorstellungen“ zu sprechen. Es mag oft genug vorkommen, daß derartige Entschädigungsreaktionen auftreten ohne unterbewußte oder verdrängte Gewinnabsicht.

Die psychologische Wirkung des Entschädigungsgedankens ist deshalb so stark, weil sie bei bestimmter Veranlagung *Befürchtungen und Erwartungen von Gesundheitsschädigungen erzeugt, die noch in der Zukunft als Unfallfolge entstehen können*. Die Wirkung tritt auch ein, wenn der Betreffende einen wirklichen entschädigungspflichtigen Unfall überhaupt nicht erlitten hat, sondern nur fest *glaubt*, ihn erlitten zu haben. *Der Unfall als solcher ist daher keine conditio sine qua non für das Auftreten der Entschädigungsreaktion*. Die ärztlichen Diagnosen und Zeugnisse werden nach dem entschädigungspflichtigen Unfall dem Reagierenden vielfach bekannt und wirken weiterhin ungünstig suggestiv. Der Bescheid der Berufsgenossenschaft ist oft genug psychologisch ungeschickt abgefaßt (s. neuerdings *Schrader*), weil er aus psychologisch (und manchmal auch medizinisch) unrichtigen ärztlichen Gutachten entnommen wird.

Im Rentenverfahren soll der verletzt Gewesene und objektiv Geheilte unterschreiben, daß er keine Entschädigungsansprüche erhebt (Erwachen des Strebens nach Sicherung). Er verwechselt Arbeitsunfähigkeit durch Unfallfolgen mit Arbeitslosigkeit, weil er infolge des Unfalls entlassen worden ist („durch meinen Unfall bin ich um meine Stelle gekommen und erhalte keine neue; also mag die Berufsgenossenschaft für mich sorgen“; Schrader). Ungünstig suggestiv kann vor allem auch die zu hohe Unfallrente wirken. Das Entschädigungsverfahren kann eine stärkere ungünstige Wirkung im Sinne von Krankheitsbefürchtung und Krankheitserwartung haben, als dies eine Situation mit wirklich begründeter Krankheitsbefürchtung vermag (keine Furcht vor möglichem Rezidiv nach operiertem Krebs oder vor drohender progressiver Paralyse nach Lues; dagegen schwere hypochondrisch-depressive Einstellung nach glücklich abgelaufenem entschädigungspflichtigem Unfall).

Den Hauptgrund für die Überwertung der gesundheitsschädigenden Wirkung des entschädigungspflichtigen Unfalls seitens des Reagierenden bildet jedoch dessen *persönliches Interesse an der Anerkennung* des entschädigungspflichtigen Unfalls als Ursache des gesamten seelischen und körperlichen Zustandes. Die komplizierenden Krankheiten, die konstitutionelle Nervosität, endogene Depression, vorzeitige und krankhafte Rückbildung, die körperlich schwächliche Veranlagung mögen oft genug erst nach dem entschädigungspflichtigen Unfall bemerkt worden sein und werden daher bona fide als Unfallfolge betrachtet. Weiterhin kann von dem Reagierenden selbstverständlich nicht erwartet werden, daß er selbst seine seelische Umstellung im Zusammenhang mit dem Entschädigungsverfahren oder eine sonstige komplizierende seelische Reaktion (auf Arbeitsentlassung, Arbeitslosigkeit, drohenden Konkurs, Sorgen, häusliches Elend usw.) sachlich richtig von den gesundheitlichen Folgen des Unfalls trennt. Der Patient nach entschädigungspflichtigem Unfall weiß auch nichts davon, daß die große Mehrzahl der Krankheiten (im engeren Sinn) keine einmaligen äußeren Teilursachen im Sinne eines Unfalls besitzt und vielfach sogar nur aus „inneren“, anlagemäßigen Gründen zum Ausbruch kommt (dies gilt auch für einen Teil der Erscheinungsweisen der konstitutionellen Nervosität, der krankhaften oder vorzeitigen Rückbildung, für die Mehrzahl der Geisteskrankheiten). Das sog. Kausalitätsbedürfnis und der sog. Kausalitätstrieb (das jedem Menschen angeborene Bedürfnis, für irgendwelche Erscheinungen eine erkennbare äußere Ursache oder Erklärung zu finden) in Verbindung mit dem starken persönlichen Interesse des Reagierenden an der Anerkennung der Störung als Unfallfolge führen zu einer leidenschaftlichen Verfechtung des Satzes „post hoc ergo propter hoc“. Von dieser Leidenschaftlichkeit werden manchmal auch die behandelnden oder begutachtenden Ärzte angesteckt und in einzelnen Fällen sogar die Gerichte nicht unbeeinflußt gelassen. Weil der Patient vor dem Unfall „nicht

krank“ war, deshalb müsse jede folgende, nach dem Unfall bemerkte oder zufällig neu aufgetretene Krankheit oder abnorme seelische Reaktion Unfallfolge sein. Als Erklärung für die seelische Entschädigungseinstellung wird auch ärztlicherseits nicht selten nachträglich ein „psychischer Shock“ im Gefolge des Unfalles angenommen (S. 73), lediglich als Konzession an das Kausalitätsbedürfnis des Patienten. Ist nach dem Unfall zufällig eine Krankheit (Epilepsie, Schizophrenie, multiple Sklerose usw.) neu ausgebrochen, dann kann es sogar vorkommen, daß als (vermeintliche) Ursache für diese Krankheit nachträglich ein in der Vergangenheit liegender, gut abgelaufener und objektiv belangloser entschädigungspflichtiger Unfall (oder ein Vorkommnis, welches hätte ein Unfall werden können) gesucht und (bei der Häufigkeit von Betriebsunfällen) auch gefunden wird (sog. Umkehr der Kausalität, manchmal verbunden mit wesentlicher Verspätung der Unfallanzeige). Von dem im allgemeinen *nichttraumatischen* Ausbruch der meisten Krankheiten wissen, wie gesagt, weder der Patient noch seine Angehörigen gewöhnlich etwas. Die Gutachtertätigkeit hat daher in solchen Fällen zugleich auch die Aufgabe, anzukämpfen gegen den übermächtigen allgemeinen Abergläuben, daß jede Krankheit ihre äußere, leicht erkennbare Ursache haben müsse und daß diese Ursache nach einem entschädigungspflichtigen Unfall eben nur dieser Unfall sein könne.

Man darf also annehmen, daß ein Teil der seelischen Entschädigungsreaktionen keinen irgendwie gearteten besonderen Tendenzcharakter hat, sondern daß es sich hier um reine affektive oder suggestiv hervorgerufene Einstellungen auf dem Boden dieser oder jener besonderen Anlage oder Verfassung handelt. Aber die eigentliche starke Überwertung der Tatsache (oder Annahme), einen entschädigungspflichtigen Unfall erlitten zu haben, entsteht erst dadurch, daß dem Reagierenden aus dieser Tatsache oder Annahme ein persönliches Interesse erwächst. Dieses persönliche Interesse kann ein (wenn auch nicht voll ins Bewußtsein tretendes) rein wirtschaftliches, pekuniäres sein, wobei ebensowohl das Begehrn eines nicht zustehenden Vorteils wie auch der Sicherungsgedanke (für allenfallsig später als Unfallfolge auftretende Krankheiten wirtschaftlich möglichst gesichert zu sein) maßgebend sein kann. Aber das persönliche Interesse kann auch in anderer Richtung liegen: Dem Streben nach Entschuldigung, Verteidigung, Rechtfertigung oder Entlastung. Wir erleben es auch außerhalb des Entschädigungsverfahrens außerordentlich häufig, daß z. B. der reizbare und explosive, unter Alkoholwirkung im Familienleben ganz unerträgliche Psychopath seinen Zustand durch die „Verschüttung“ im Krieg entschuldigt, und daß der Bankbeamte, der sich 10 Jahre nach dem Kriege einer Unterschlagung schuldig gemacht hat, eine Blutvergiftung im Krieg als Entschuldigung vorbringt. Viele, in irgendwelcher Richtung körperlich oder charakterologisch nicht Vollwertige (Insuffiziente) brauchen zu ihrer eigenen Recht-

fertigung und Selbstverteidigung für ihr Versagen die Aufstellung eines Grundes, der außerhalb ihres Willens und Machtbereiches liegt und der als unverschuldetes Schicksal das Versagen bewirkt hat. Die Einsicht, durch minderwertige Anlage oder eigene Schuld versagt zu haben, wird durch die Selbstachtung und Einschätzung des eigenen Wertes nicht zugelassen. Der Patient, der schon lange dunkel seine Insuffizienz gefühlt haben mag, obwohl er bisher unter äußerem und innerem Zwang wie ein Gesunder gearbeitet hatte, ergreift instinktiv die Gelegenheit, einen entschädigungspflichtigen Unfall erlitten zu haben, um mit ihm die nunmehr offenkundige körperliche Insuffizienz oder die seelischen Mängel, vor sich und vor der Umwelt, zu erklären und zu rechtfertigen. Dieses Entschuldigungs- oder Entlastungsbestreben kann die Hauptursache des Überwertigwerdens der Reaktion sein; gewöhnlich wird durch eine solche Stellungnahme auch den materiellen Interessen des Patienten gedient, wenn es gelingt, den Zustand als entschädigungspflichtige Unfallfolge durchzusetzen.

Der Überwertigkeitscharakter derartiger seelischer Entschädigungs-einstellungen bringt es bei entsprechender Charakterveranlagung mit sich, daß der subjektive Rechtsstandpunkt des Rentenbewerbers ein einseitiger, schiefer, durch die Überwertigkeit unsachlicher und geradezu fanatischer werden kann (es ist eine ganz alltägliche Erfahrung, daß bei einer, in irgendwelchem Rechtsstreit oder anderem Streit befindlichen Partei die Anschauungen, um die gekämpft wird, überwertig werden). „Neurose ist hier ein pures Recht-haben-wollen ohne die Fähigkeit zur Rechtserkenntnis, die zum Rechtsvollzug gehört“ (*v. Weizsäcker*). Daß es als Entschädigungsreaktion auch den Typus der „Rechtsneurose“ in dem von *v. Weizsäcker* geschilderten Sinne gibt, erscheint mir nicht zweifelhaft. Nur ist es nach meinem Dafürhalten nicht möglich, die Gesamtheit der seelischen Entschädigungsreaktionen in diesem Begriff der sog. Rechtsneurose aufzugehen zu lassen; und ich würde es ferner begrüßen, wenn der unbestimmte Ausdruck „Neurose“ in solchem Zusammenhang ganz wegfallen würde. Eine einseitige und überwertige (deshalb auch unrichtige) Parteiansicht kann naturgemäß auch aus jedem sonstigen Parteiirrtum (juristischer, medizinischer Natur) entstehen; ich erinnere nochmals an die zwingende Macht des *post hoc ergo propter hoc* und an den tief eingewurzelten sog. ätiologischen Aberglauben vieler Menschen. Auf jedem, auch noch so handgreiflichen Parteiirrtum kann eine „Rechtsneurose“ erwachsen; der Streitende irrt sich vor allem auch insofern, als er seine, ihm persönlich günstige Parteiansicht ungeprüft für „sein Recht“ und für objektiv richtig hält. Es ist dann nur noch eine Frage der betreffenden individuellen Persönlichkeitsanlage (Kampfnatur), ob der Rentenbewerber zum fanatischen Rentenquerulant wird. Wer die Erscheinungen einer „Rechtsneurose“ zeigt, braucht objektiv nicht einmal teilweise im Recht zu sein.

Überblickt man die einzelnen Gruppen von Anlässen einerseits, seelischen Vorgängen und Einstellungen andererseits, aus denen Reaktionen im Sinne der sog. Unfallneurose entstehen, so ergeben sich folgende Abteilungen:

1. Entschädigungsreaktionen können entstehen aus den oben unter VI, 1 (S. 63) beschriebenen Unfallreaktionen, sei es, daß die ursprünglich organischen Ausfälle oder Beschwerden psychogen übernommen und festgehalten werden, oder daß die Schreckwirkung und die vegetativen Unfallreaktionen, infolge affektiver Dauereinstellung, nicht zum Abklingen gelangen.

2. Entschädigungsreaktionen können entstehen aus den oben unter VI, 2 (S. 82) geschilderten seelischen Einstellungen allgemeinerer Art, im Zusammenhang mit Vorstellungen und Gefühlen von Gesundsein und Kranksein; und zwar wiederum dadurch, daß durch affektive Dauereinstellung eine erhöhte Suggestibilität (medizinischer Aberglaube!), ein besonderes Achtgeben auf den eigenen Gesundheitszustand und eine abwegige Gesamtstellungnahme zum eigenen Gesundheitszustand eintritt.

3. Entschädigungsreaktionen können entstehen dadurch, daß irgendwelche nach dem entschädigungspflichtigen Unfall aufgetretene oder bemerkte Krankheit, abnorme Anlage (sog. Asthenie in irgendwelcher Form, Nervosität) oder Reaktion (auf wirtschaftliche, familiäre Schwierigkeiten, Konflikte usw.) in gutem Glauben als Unfallfolge aufgefaßt und daß diese Ansicht mit Zähigkeit verfochten wird (post hoc ergo propter hoc, Umkehr der Kausalität).

4. Entschädigungsreaktionen treten ganz besonders auf, wenn und sobald ein erhöhtes persönliches Interesse an der Anerkennung eines körperlichen Zustandes oder einer seelischen Einstellung als entschädigungspflichtige Unfallfolge besteht. Dieses erhöhte persönliche Interesse kann vom wirtschaftlichen Standpunkt diktiert werden, aber auch von bestimmten Entlastungs- und Deckbestrebungen; und drittens von einem überwertigen und einseitigen Rechtsstandpunkt. Die Reaktionen selbst können Überwertigkeitsreaktionen ohne deutlich erkennbaren Zweckcharakter sein, ebenso aber auch echte Zweckreaktionen (Ausweichreaktionen, hysterische Reaktion und Simulation).

5. Entschädigungsreaktionen können endlich entstehen aus bestimmten Charakterveranlagungen, die reaktiv in die Erscheinung treten: Größere Wehleidigkeit und das Nichtloskommen von (an sich harmlosen) Unfallbeschwerden; größere Scheu vor dem Ertragen von Schmerzen, die bei guter funktioneller Heilung unvermeidlich sind (z. B. zur Vermeidung einer drohenden Gelenkversteifung); anscheinende Unfähigkeit, nach längerem Aussetzen der Berufssarbeit gewisse begreifliche Hemmungen und Unlustempfindungen (S. 85) zu überwinden. Es ist bekannt, daß zahlreiche Personen nach Knochenbrüchen, Gelenkverletzungen und ähnlichen chirurgischen Unfallfolgen ohne Aussicht

auf Entschädigungsverfahren in einer 2—3mal kürzeren Zeit und außerdem mit besserem funktionellem Ergebnis arbeitsfähig zu werden pflegen als bei bevorstehendem oder im Gang befindlichen Entschädigungsverfahren. Der gleiche Psychopath, der im Entschädigungsverfahren auf eine chirurgische Verletzung mit sehr starker Wehleidigkeit und Weichlichkeit reagiert, überwindet einen ähnlichen oder noch schwereren Unfall rascher und besser, wenn ein Entschädigungsverfahren von vornherein nicht in Frage kommt und nur das Bestreben vorherrscht, aus wirtschaftlichen Gründen möglichst bald wieder voll arbeitsfähig zu werden. Wiederum ersieht man, daß nicht „der Unfall“ die eigentliche und wesentliche „Ursache“ der sekundären Reaktion ist.

Alle diese soeben unter 1—5 zusammengestellten und untereinander recht verschiedenen seelischen Erscheinungen hat man „Unfallneurose“ genannt. Weil eine solche Bezeichnung aber nicht nur zu summarisch und zu unbestimmt, sondern sogar unmittelbar irreführend ist (denn der Unfall ist medizinisch nicht die Ursache der sekundären „Neurose“), erscheint es notwendig, die Bezeichnungen „Unfallneurose“ und verwandte Benennungen (traumatische Neurasthenie oder Hypochondrie, Unfallhysterie usw.) im Gutachten und in medizinischen Veröffentlichungen grundsätzlich zu vermeiden und statt dessen von seelischen Entschädigungsreaktionen oder Entschädigungseinstellungen und ihren allenfallsigen körperlichen Äußerungen und Begleiterscheinungen zu sprechen. Nur auf diese Weise wird eine reinliche Trennung gegenüber den nervösen Folgen des Unfalles selbst (die es auch gibt!) durchgeführt und werden unheilvolle Verwechslungen vermieden. Noch verhängnisvoller ist es, den Begriff der Entschädigungsreaktion mit dem der „Begehrungsvorstellungen“, der „Unfallhysterie“ oder der Simulation und Rentengaunerei zu identifizieren. Die krassen Zweckreaktionen sind nur *ein* — zahlenmäßig nicht einmal sehr erheblicher — Teil der Entschädigungsreaktionen. Der Begriff der Entschädigungsreaktion ist ein außerordentlich viel weiterer als derjenige der Begehrungsvorstellungen, Unfallhysterie oder Unfallneurose in dem gegenwärtig vielfach üblichen tadelnden Sinne. Ob und inwieweit im Einzelfall Begehrungsvorstellungen oder Krankheitsvortäuschungen (die, wie gesagt, auch zu den Entschädigungsreaktionen gehören und besondere Unterformen derselben darstellen) vorhanden sind, ist durch ärztliche Untersuchung allein mit irgendwelcher Sicherheit oft (oder meist) nicht feststellbar, vom unfallgutachtlichen Standpunkt auch mehr oder weniger belanglos, da die bona fides bei einer Entschädigungsreaktion noch keine Entschädigungspflicht bezüglich dieser Entschädigungsreaktion in sich schließt. Die (in Gutachten und in literarischen Veröffentlichungen) sehr häufige Gleichstellung von sog. Unfallneurose oder Entschädigungsreaktion mit Begehrungsvorstellungen oder Krankheitsvortäuschung hat aber gewöhnlich den ganz besonders schwerwiegenden diagnostischen Irrtum

im Gefolge, daß der Gutachter alle objektiven oder subjektiven Erscheinungen seitens des Patienten, die nicht offensichtlich Begehrungs- vorstellungen oder Simulation sind (bzw. ihnen entspringen), unbesehen für organische oder nervöse Unfallfolge hält. Der Eindruck der Glaubwürdigkeit, den der zu Begutachtende mit seinen subjektiven Beschwerden macht, und die bei ihm vorhandene bona fides dürfen, für sich allein, seitens des Gutachters niemals als entscheidendes Beweismittel für vorhandene erwerbsbeschränkende Unfallfolgen betrachtet und vorgebracht werden. Diese Mahnung sollte sich jeder Gutachter recht eindringlich einprägen. Bei einem sehr großen Teil der Patienten mit Entschädigungsreaktionen ist ihre volle bona fides von vornherein anzunehmen, eben- sowohl bezüglich der vorgebrachten Beschwerden, wie bezüglich der Überzeugung, „durch den Unfall krank geworden zu sein“. Trotzdem liegt eine Entschädigungsreaktion vor und keine Unfallfolge im medizinischen Sinne. Und selbst vorhandene organische Veränderungen brauchen ursächlich nicht auf den Unfall zurückzugehen (Sichbewußt- werden komplizierender Abnormitäten oder Krankheiten nach dem entschädigungspflichtigen Unfall; s. oben). Der „organische Kern“, der hinter so vielen sog. Unfallneurosen vermutet wird, ist sehr oft gleichfalls keine Unfallfolge (S. 67).

Was man Unfallneurose genannt hat, ist also weder etwas Einheitliches noch etwas stets Gleichwertiges. In der Begutachtungspraxis heben sich aber einige besonders häufige und auch charakteristische Typen heraus. Wir finden unter den Personen, die man früher als Unfallneurotiker bezeichnet hat, die vegetativ und endokrin oder die psychopathisch *Stigmatisierten* (abnorme Verstimmbarkeit oder Erregbarkeit, primitive Triebhaftigkeit), die *Schwächlichen*, die Patienten mit erheblichen *komplizierenden Erkrankungen* (in erster Linie seitens des Zirkulationssystems), mit stärkeren Rückbildungsbeschwerden, mit vorzeitiger oder krankhafter *Rückbildung* (starkes Nachlassen der Vitalität und der Arbeitslust) und die Personen, die an irgendwelchen *Konflikten* leiden (wirtschaftlichen, beruflichen, familiären Konflikten, unglücklicher Ehe, psychisch-sexuellen Störungen usw.; wie häufig solche nebenherlaufende Konflikte sind, ergibt sich aus der Veröffentlichung von *v. Weizsäcker*). Besonders gefährdet sind dementsprechend die *Insuffizienten*, die wirtschaftlich Bedrohten oder Entgleisten, die Entmutigten oder die Entwurzelten. Das Versagen im Daseinskampf, oft auch nur vorübergehend und aus psychischen Gründen (Depression, Konflikt), und der Wunsch, dieses Versagen als Unfallfolge anerkannt zu sehen (Sicherungs- und Entlastungs- bestreben), spielen nach meinen Erfahrungen eine Hauptrolle bei dem Zustandekommen langdauernder Entschädigungsreaktionen mit subjektiver starker Arbeitsbeschränkung. Hierzu treten dann noch die *Rechthaberischen* („Rechtsneurose“, die sich manchmal besonders stark bei den Angehörigen des Patienten zeigt) und die *Zweckgerichteten* (hysterische

Reaktion und Simulation). Aber auch der im Rückbildungsalter psychogen oder hysterisch Reagierende ist überraschend oft körperlich krank und sogar schwerkrank, von stark gesunkener Vitalität, so daß sich auch hier hinter der hysterischen Reaktion und der Zweckgerichtetheit auf die Unfallrente ein starkes körperliches Versagen verbirgt, welches allerdings keine Unfallfolge ist, jedoch oft genug die Gewährung der Invalidenrente gestattet. Es ist mir unwahrscheinlich, daß der geistig und körperlich wirklich gesunde und gesund veranlagte, rüstige Mensch des jugendlichen und mittleren Lebensalters, der in einer ihm zusagenden Umwelt lebt, eine langdauernde Entschädigungsreaktion mit Arbeitsbeschränkung bekommen kann. Der medizinische Sachverständige soll sich stets dessen bewußt sein, daß die sog. Unfallneurotiker stigmatisiert oder insuffizient (vgl. auch *Enke*) oder, unabhängig vom Unfall, krank sind. Dies gilt auch von zahlreichen Patienten nach Hirnerschütterung und sogar Hirnkontusion. Solche Patienten gelangen nur deshalb zur späteren neurologischen und psychopathologischen Begutachtung, weil sie auch im Sinne der Entschädigungsreaktion unzweckmäßig reagieren. Auch hier soll der Gutachter, so viel als es möglich ist, die organischen Unfallfolgen von den sekundären seelischen Einstellungen zu trennen suchen. Der Mehrzahl der sog. Unfallneurosen liegt eine nichttraumatische Insuffizienz des Patienten zugrunde, auch nach Hirnerschütterung und selbst Hirnquetschung.

Die in der Literatur viel erörterte Frage, ob es auch sog. *Unfallneurosen ohne Entschädigungsverfahren* gebe, ist dahin zu beantworten: Jeder erlittene und ebenso auch jeder nur eingebildete oder vorgetäuschte Unfall kann, ähnlich wie irgendwelche durchgemachte oder simulierte Krankheit, bei entsprechender Konfliktsituation oder Wunschbereitschaft (einer unangenehmen Lage auszuweichen, aber auch z. B. um an dem Gegner Rache zu nehmen), für die betreffende Person den Anlaß geben, diesen Unfall oder die Krankheit als Erklärung („Ursache“) des Verhaltens in der Konfliktsituation oder Wunschbereitschaft zu verwenden. Der Unfall hat dann zwar nicht „die Neurose ausgelöst“; aber er gibt die erwünschte Erklärung oder Entschuldigung für das der Situation entsprechende Verhalten. Wir haben gesehen, daß ein großer Teil der Entschädigungsreaktionen Ausweich- und Wunschreaktionen sind. Insoweit der erhoffte Krankheitsgewinn kein Geldgewinn ist, ist ein Entschädigungsverfahren für die sog. Unfallneurose also nicht nötig. Aber auch dann ist nicht der Unfall selbst im medizinischen oder psychologischen Sinne die Hauptursache oder eine wesentliche Teilursache „der Neurose“; denn die gleiche psychologische Wirkung tritt auch ein, wenn der Reagierende den Unfall in geschickter Weise nur vortäuscht. Die Ursache „der Neurose“ ist die Konfliktsituation, die Wunscheinstellung, das Streben nach Krankheitsgewinn, also etwas Neues und für sich Bestehendes, in letzter Linie etwas Charakterologisches und Konstitutio-

nelles; und der wirklich erlittene Unfall ist dann lediglich ein willkommener Anlaß oder ein sonstiges Hilfsmittel, womit der Reagierende seinen Zielen erfolgreich näher zu kommen hofft. Jedenfalls sind sog. Unfallneurosen von einiger Dauer nach nichtentschädigungspflichtigen Unfällen sehr selten und ohne gleichzeitig bestehende sonstige Aussicht auf Krankheitsgewinn meines Wissens noch nicht beobachtet worden. Wo kein irgendwie geartetes persönliches Interesse seitens des Patienten vorhanden ist, den Unfall als Ursache tatsächlich bestehender oder angenommener Krankheit zu betrachten, scheint eine dauernde Überwertung des Unfallerlebnisses in gesundheitlicher Hinsicht mit subjektiv reell vorhandener wesentlicher Arbeitsbeschränkung nicht vorzukommen. Der Satz, daß das Unfallerlebnis bei gewissen Menschentypen eine mehr oder weniger anhaltende seelische Alteration hinterlasse, gilt zunächst nur von persistierenden (neuropathisch verstärkten, fixierten) Schreckemotionen und von monosymptomatischen zwang- oder erwartungsmäßigen Unfallreaktionen. Ohne Aussicht auf Entschädigung und sonstigen Krankheitsgewinn tritt eine sog. sekundäre seelische Weiterverarbeitung des Unfallerlebnisses nicht ein. Denkbar ist — und kommt leider nach entschädigungspflichtigen Unfällen nicht ganz selten vor —, daß bei irgendwelcher Insuffizienz oder Konfliktsituation der behandelnde Arzt durch unvorsichtige Fragestellung die Aufmerksamkeit seines Patienten erst darauf hinlenkt, daß die Störung Unfallfolge sein oder daß der Unfall eine langdauernde nervöse Störung nach sich gezogen haben könnte (sog. *iatrogene Unfallneurose*). Bemerkenswert ist endlich, daß bei Kindern langdauernde sog. Unfallneurosen nach entschädigungspflichtigen Unfällen auffallend selten sind (Hahn, vgl. S. 55).

Diagnostisch haben der behandelnde und der begutachtende Arzt die Pflicht, die organischen und nervösen Unfallfolgen nach Möglichkeit zu trennen von den Entschädigungsreaktionen. Als Maßstab dienen hierfür zunächst die Erfahrungen, wie und in welcher Zeit (auch bei Nervösen, Psychopathen, Debilen usw.) die Unfallfolgen ohne Aussicht auf Entschädigung und sonstigen Krankheitsgewinn abklingen. Alles was an seelischen Erscheinungen außerhalb des Entschädigungsverfahrens und irgendwelchen sonstigen Krankheitsgewinnes nicht vorkommt, ist keine Folge des Unfall *selbst*. Der behandelnde Arzt, welcher das Vertrauen des Patienten besitzt, soll nicht nur sorgfältige Allgemeinuntersuchungen vornehmen (Feststellen oder Ausschließen von komplizierenden Erkrankungen) und nicht nur auf die Lebensweise der Patienten achten (Alkoholgenuß!), sondern namentlich auch einen Einblick zu gewinnen suchen bezüglich des Vorliegens von wirtschaftlichen Schwierigkeiten und von Konflikten anderer Art. Was man nach dem Kriege die *soziale Verschlimmerung von Kriegsneurosen* genannt hat, ist eine weitere seelische Insuffizienzreaktion infolge wirtschaftlicher Verhältnisse, bei Personen, die aus ihrer unterdurchschnittlichen Anlage heraus schon

im Kriege versagt und nunmehr das große persönliche Interesse haben, daß der Krieg als Ursache auch des späteren Versagens angesehen werden möge.

Bei alledem vergesse man nicht, daß gar nicht selten eine seelisch-nervöse Störung nach einem entschädigungspflichtigen Unfall unabhängig vom Unfall *und* vom Entschädigungsverfahren ist. Hier sind an erster Stelle die Äußerungen der *konstitutionellen Nervosität* und verwandter anlagemäßiger Erscheinungen zu nennen, die keine deutlichen Konflikte zur wesentlichen Teilursache haben, vielmehr physisch (vital) begründet sind und jederzeit im Leben, bei vorher anscheinender Gesundheit, zum Durchbruch gelangen können. Seelische und nervöse Störungen, die (ohne traumatische Hirnschädigung usw.) erst nach Wochen oder noch später nach dem Unfall auftreten, können als medizinische Folge des Unfallen von vornherein ausgeschlossen werden. Die Angabe des Patienten (die außerdem noch unrichtig sein kann), daß er bis zum Unfall bezüglich des Nervensystems gesund war, macht an sich echte dauernde Unfallfolgen auf nervösem Gebiet noch nicht wahrscheinlich. Diagnostisch muß stets in Rechnung gezogen werden, daß es auch eine anlagemäßige, im wesentlichen aus inneren Gründen ausbrechende Nervosität gibt. Überhaupt gelangt ein sehr großer Teil der wegen zentraler organischer oder nervöser Unfallfolgen zu Begutachtenden nur deshalb zur Begutachtung des Neurologen und Psychopathologen, weil diese Patienten nebenher auch neuropathisch veranlagt und erhöht affekterregbar sind, vor dem Unfall latent konstitutionell nervös waren und durch das, dem Unfall folgende Entschädigungsverfahren seelisch und vegetativ nicht mehr zur Ruhe gekommen sind. Da, wo aktenmäßige Unterlagen aus früherer Zeit erreichbar sind (Versorgungsakten, Unfallakten, Straf- oder Zivilprozeßakten), sollen sie zur späteren Begutachtung selbstverständlich herbeigezogen werden.

Diagnostisch von Bedeutung ist endlich die immer wieder hervorzuhebende Tatsache, daß Rentenbegehren und Rentenwunsch auch nicht annähernd die Gesamtheit der seelischen und nervösen Entschädigungsreaktionen erschöpfen. Die Hypertrophie des Begehrungsvorstellungsbegriffes bei vielen Ärzten und Gutachtern bringt nicht nur eine überflüssige moralische Note in die Begutachtung (und ruft bei den Begutachteten unnötigerweise Erbitterung hervor), sondern verleitet namentlich zu der sehr irriegen Schlußfolgerung, daß seelische Zustände ohne deutliches Rentenbegehren oder Vortäuschungsbestreben keine Entschädigungseinstellung seien, sondern Unfallfolge sein müßten. Ob jemand bona oder mala fide seinen Zustand als Unfallfolge angibt, ist rechtlich belanglos (s. unten) und ist auch für den medizinischen Sachverständigen von untergeordneter Bedeutung gegenüber der einzig ausschlaggebenden Frage: *Ob und aus welchen Gründen vom medizinischen Standpunkt aus die Störung Unfallfolge ist oder nicht.* Eine Entschädigungsreaktion kann

„durchaus echt“ sein, braucht mit Simulation nicht das allermindeste zu tun zu haben und ist trotzdem keine Unfallfolge im medizinischen Sinne. So primitiv einerseits die Anschauung ist, daß Rentenbegehren und Rentenwünsche die einzigen seelischen Einstellungen im Gefolge des Entschädigungsverfahrens seien, so oberflächlich ist andererseits die Auffassung zahlreicher Gutachter, daß ein Fehlen von Rentenbegehren und Rentenwunsch ein Beweis für Unfallfolge sei.

#### *4. Die individuelle ärztliche Behandlung der Entschädigungsreaktionen. Die gutachtliche Stellungnahme und die Rechtsprechung.*

Die Entschädigungsreaktionen sind seelische Einstellungen auf bestimmte Umweltlagen (Situationsreaktionen). Die individuelle ärztliche Behandlung hat also eine bewußt psychotherapeutische zu sein (S. 56), und zwar auch da, wo sich die Erscheinungen vorwiegend auf körperlichem Gebiete zeigen (affektive Ausdruckstätigkeit, namentlich bei vegetativer Stigmatisation; psychogene körperliche Erscheinungen; hysterische Ausdruckstätigkeit). Die Behandlung wendet sich an die Gemütstätigkeit (Bekämpfung der störenden Affekte, von Mutlosigkeit und hypochondrischer Einstellung) und an den Verstand (Aufklärung über den Zustand, über die psychologischen Zusammenhänge, Aussicht im Rechtsverfahren). Jede unbedachte, unvorsichtige oder falsch zu verstehende ärztliche Äußerung ist streng zu vermeiden. Vor allem soll sich der behandelnde Arzt auch bemühen, die tieferen seelischen und körperlichen Anlässe aufzusuchen, infolge welcher die Entschädigungsreaktion in der vorhandenen Stärke aufgetreten ist (die eigentlichen Ursachen des Versagens, Vorhandensein von komplizierenden Erkrankungen, Rückbildung, Nervosität, Schwächlichkeit, wirtschaftlichen Schwierigkeiten und sonstigen Konfliktsituationen). Die übliche (man darf wohl sagen gedankenlose) sog. Neurastheniebehandlung mit Anempfehlung von „Ruhe“, „Erholung“, „Schonung“, „Fichtenadelbädern“ usw. ohne planmäßige psychische Behandlung ist meist nicht nur nutzlos, sondern unmittelbar schädlich, weil sie die fehlerhafte seelische Einstellung (durch den Unfall „nervenkrank“ geworden zu sein) mehr befestigt als beseitigt. Das gleiche gilt auch von chirurgischen Behandlungsmaßnahmen, z. B. der fehlerhaften Verordnung eines Stützkorsettes bei Rückenschmerzen. Das durch unnütze Erholungs- oder Sanatoriumsaufenthalte verschwendete Geld kann besser dafür verwendet werden, daß rechtzeitig eine sachgemäße *Psychotherapie* eingeleitet wird. Die Stellung einer genauen psychologischen und somatischen Diagnose ist selbstverständlich Vorbedingung einer geeigneten Behandlung. Diese hat sofort nach dem Unfall zu beginnen und hat also auch eine prophylaktische zu sein (s. S. 71; bezüglich der Zweckreaktionen s. S. 58). Die Bekämpfung der unzweckmäßigen seelischen Entschädigungseinstellungen ist um so vollkommener und auch schonender möglich,

je eher nach dem Unfall sie vorgenommen wird und je mehr der behandelnde Arzt seiner Diagnose und seiner therapeutischen Machtmittel sicher ist. Je mehr der Patient merkt, daß der Arzt den ganzen Fragenkomplex beherrscht, durchschaut und über ihm steht, um so mehr läßt sich der Patient auch leiten. Es gelingt tatsächlich in vielen Fällen, die Entschädigungsreaktion im Keim zu ersticken.

Der Arzt muß das volle Vertrauen seines Klienten besitzen oder zu erringen suchen. Hierzu gehören ein eingehendstes Sichaussprechenlassen, eingehendste körperliche Untersuchungen, alsbaldige Zuziehung von Fachärzten (Röntgenuntersuchung!). Besitzt der Arzt das Vertrauen des Patienten, dann werden ihm seine aufklärenden Worte und seine günstigen Suggestionen eher geglaubt und die Ratschläge befolgt; und dann kann er auch an die psychotherapeutische Hauptaufgabe gehen: Die Loslösung des Patienten von dem Entschädigungsgedanken und die Bekämpfung von dessen Überwertigkeit (Erörterung der Rechtsaussichten und hiermit Betreten der Gefahrenzone; *v. Weizsäcker*). Der Arzt soll gegebenenfalls den Mut haben, dem Patienten zu erklären, daß der seelisch-nervöse Zustand (die Entschädigungsreaktion) medizinisch keine Unfallfolge mehr ist. Endlich soll sich der Arzt — ich stimme auch hierin durchaus mit *v. Weizsäcker* überein — angelegen sein lassen, den Versicherungsträger zu einem diplomatischen und psychologisch gerechtfertigten Entgegenkommen zu veranlassen. Wird eine Forderung des Gutachters rechtzeitig gestellt und richtig begründet, dann habe ich niemals Schwierigkeiten mit ihrer Erfüllung erlebt, und der Patient bleibt vor wesentlicher wirtschaftlicher Schädigung bewahrt.

Es ist ein weitverbreiteter Irrtum zu glauben, daß man die Entschädigungsreaktionen („Unfallneurose“) nicht zu behandeln brauche oder nicht behandeln dürfe, bzw. daß eine Behandlung stets aussichtslos sei (S. 58). Die Behandlung der beginnenden Entschädigungsreaktion gehört zunächst grundsätzlich in die Hand des behandelnden Arztes. Freilich ergeben sich hierbei in praxi gegenwärtig noch unüberwindlich erscheinende Schwierigkeiten. Zunächst erfordert eine solche Behandlung außerordentlich viel Zeit, welche der vielbeschäftigte Kassenarzt für den einzelnen Patienten meist nicht aufbringt und welche ihm von der Kasse meist auch nicht entschädigt wird; sodann eine nicht geringe Summe von psychologischen Kenntnissen, Einfühlungsvermögen und Takt; und drittens eine Unabhängigkeit des Arztes von seiner Klientel. Gegenwärtig werden die hierfür nötigen psychologischen Kenntnisse dem Medizinstudierenden noch nicht pflichtmäßig gelehrt; und ein einziger unzufriedener „Renterneurotiker“ kann — bei der gegenwärtigen Einstellung des Publikums — auf dem Lande oder in der Kleinstadt dem Arzte wirtschaftlich schwer schaden. Auch erhält der Patient, der mit seinem Arzte unzufrieden ist und nicht das gewünschte Entgegenkommen

findet, bei einem anderen Arzt das verlangte Zeugnis meist sofort ausgestellt. Es ist selbstverständlich richtig, wenn gesagt wird: Es sei wichtiger, jemanden wieder voll arbeitsfähig zu machen, als ihm eine Rente zu geben. Wenn im Gebiet der Entschädigungsreaktionen nicht das Heilverfahren, sondern die Begutachtung die Führung übernommen hat, so hat dies — neben anderen — auch den Grund, daß eine große Anzahl der behandelnden Ärzte den (aus der alsbald nach dem Unfall notwendigen seelischen Beeinflussung entstehenden) psychologischen Aufgaben nicht gewachsen ist und versagt. Es müßte also zunächst einmal die Forderung aufgestellt werden, daß jeder angehende Arzt gewisse psychologische Grundtatsachen gelehrt bekommt und genau so zu beherrschen hat wie etwa die Grundtatsachen der Asepsis und Antiseptik. Zum mindesten müßte jeder Arzt so viel Kenntnisse und Instinkt besitzen, daß er die drohende oder in Entwicklung befindliche Entschädigungsreaktion sofort erkennt und die zuständige Stelle benachrichtigt. Man hat auch vorgeschlagen, daß die Träger der Unfallversicherung die Kosten eines einmaligen (zeitlich begrenzten) Heilverfahrens der Entschädigungsreaktion übernehmen. Gesetzlich können sie hierzu gegenwärtig nicht gezwungen werden, solange die Entschädigungsreaktion nicht ausdrücklich als entschädigungspflichtige Unfallfolge anerkannt wird. Ob sich die generelle freiwillige Übernahme eines Heilverfahrens der Entschädigungsreaktionen, entsprechend den Ausführungen v. Weizsäckers, empfiehlt, läßt sich gegenwärtig noch nicht übersehen.

Anzustreben ist von dem behandelnden Arzt bei der Entschädigungsreaktion des Klienten die möglichst baldige Wiederaufnahme der Arbeit und das Verhüten eines wirtschaftlichen Schadens. Bei der Behandlung gelten auch hier ähnliche Gesichtspunkte wie bei den Schreckreaktionen (S. 71). Man empfiehlt auch in der sog. Privatpraxis und überhaupt außerhalb des Bereiches des Entschädigungsgedankens, bei gewissen nervösen Beschwerden, hypochondrischen und sonstigen reaktiven Einstellungen die baldige Wiederaufnahme der Berufsarbeit, trotz noch vorhandener Mißempfindungen. Der Durchschnittsmensch, auch der Nervöse, kann, trotz vorhandener lebhafter Beschwerden, voll arbeitsfähig sein. Aber im Gebiet des Entschädigungsverfahrens und der Aussicht hierauf fehlt oft genug der sog. gute Wille zur Arbeit. Die hauptsächlichste psychotherapeutische Handhabe bei der Bekämpfung der Entschädigungsreaktionen ist der Hinweis, daß die Entschädigungsreaktion keine medizinische Unfallfolge mehr ist. In der Privatunfallversicherung gehört zu den, von dem Versicherten anerkannten, Bedingungen auch der Vorbehalt, daß seelische und nervöse Störungen, die nicht durch organische Hirnschädigung verursacht sind, nicht als entschädigungspflichtige Unfallfolge zu gelten haben. Diese Versicherungsklausel ist den meisten Privatversicherten (und auch vielen privatversicherten

Ärzten) nicht bekannt; und deshalb entstehen auch in der Privatunfallversicherung zunächst zahlreiche Entschädigungsreaktionen. In dem Augenblick aber, wo der Versicherte Kenntnis von dieser, von ihm ausdrücklich anerkannten und vertragsmäßig bindenden, Klausel erhält, verschwindet bei dem einen Teil der Privatversicherten die angenommene Arbeitsunfähigkeit infolge der Entschädigungseinstellung; der andere Teil nimmt den Kampf um die Rente auf, sei es aus einseitigem überwiegendem Rechtsgefühl oder weil er an organische Unfallfolgen glaubt, namentlich aber bei gleichzeitig vorhandenen komplizierenden, bis dahin nicht bemerkten Krankheiten, pathologischer Rückbildung, latenter konstitutioneller Nervosität usw.

Man hat auch die Kapitalabfindung zur Beseitigung der Entschädigungsreaktionen empfohlen. Soweit es sich um beginnende Entschädigungsreaktionen handelt, läßt sich in der Form einer anzunehmenden vorübergehenden Schonungsbedürftigkeit bis zur Bescheiderteilung eine solche maskierte Kapitalabfindung mit geringen Summen, aus praktischen psychologischen Gründen, verteidigen, sofern ohne eine derartige Maßnahme der Versicherte erheblichen wirtschaftlichen Schaden hat. Im Gutachten müßte ein solcher Standpunkt des Gutachters offen dargelegt und eingehend begründet werden. Einer generellen gesetzlich festgelegten Kapitalabfindung möchte ich dagegen nicht das Wort reden. Denn einmal besteht die rechtliche Schwierigkeit, daß die Träger der Unfallversicherung eben nur für gesundheitliche Folgen des Unfalles zu haften haben, während die Entschädigungsreaktionen medizinisch keine Folge des Unfalles sind. Und außerdem besteht bei jeder gesetzlich festgelegten Kapitalabfindungspflicht die psychologische Gefahr, daß an die Stelle der Rentenreaktionen die Kapitalabfindungswunschreaktionen treten.

Medizinisch und auch nach dem Sprachgebrauch sind die Entschädigungsreaktionen keine Krankheiten im engeren Sinne, sondern eben seelische Einstellungen (die Krankheitswert haben können). Die „Behandlung“ hat daher die *seelische Umstellung* zum Ziel zu haben. Sie kann, namentlich bei der sog. Rechtsneurose, naturgemäß auch von einem erfahrenen Nichtmediziner (z. B. einem Rechtsbeistand, der das volle Vertrauen des Reagierenden besitzt) vorgenommen werden. Es erhebt sich daher die Frage, ob der Arzt überhaupt berechtigt ist, im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes eine ärztliche „Behandlung“ bei Entschädigungsreaktionen vorzunehmen. Hierzu ist zu sagen, daß der rechtliche Krankheitsbegriff ein anderer als der medizinische ist und daß rechtlich die Entschädigungsreaktionen sehr wohl als Krankheiten angesehen werden können (s. auch *Knoll*). Hauptbedingung bleibt nur, daß die ärztliche Behandlung von vornherein eine sachgemäße ist, da jede fehlerhafte ärztliche „Behandlung“ die seelische Umstellung verhindert und die abwegige Einstellung befestigt, d. h. also mehr schadet, als wenn sie nicht vorgenommen worden wäre.

Als *Gutachter* ist der Arzt medizinischer Sachverständiger und Gehilfe des Richters; er hat unparteiisch und nach bestem Wissen und Gewissen sein Gutachten abzugeben, auch wenn er nicht als Sachverständiger vereidigt ist. Als Gutachter hat der Arzt die Frage zu beantworten, welche gesundheitlichen Störungen, Krankheiten, Verletzungsfolgen usw. vorliegen, ferner, wie sie die Arbeitsfähigkeit hindern und inwieweit sie vom medizinischen Standpunkte aus Unfallfolge sind. *Medizinisch sind die Entschädigungsreaktionen keine Folge des Unfalles selbst*, sondern die Folge einer weiteren Situation, die sich aus rechtlichen Gründen an den Unfall anschließt. Wir wissen, daß die Entschädigungsreaktionen — kurz formuliert — eine Folge des Versichertseins sind. Wir wissen, daß ohne Aussicht auf Entschädigungsverfahren (oder sonstigen Krankheitsgewinn) nach den gewöhnlichen, auch den schweren, Unfällen des täglichen Lebens keine derartigen langdauernden seelischen und körperlichen Nachwehen aus seelischer Ursache, keine langdauernden hypochondrischen Einstellungen oder ängstlichen Erwartungen noch drohender Krankheiten (und selbstverständlich auch keine hysterischen Reaktionen) auftreten, infolge wovon die Arbeitsfähigkeit wirklich wesentlich eingeschränkt wird. Der gleiche Mensch, der außerhalb der Entschädigungspflicht einen schweren Unfall mit chirurgischen Folgen und starker wirtschaftlicher Schädigung erleidet, ohne dauernd nach Art einer Entschädigungseinstellung zu reagieren, zeigt eine erhebliche und oft auch stark abnorme Entschädigungsreaktion, wenn er sich lediglich *einbildet*, einen entschädigungspflichtigen Unfall erlitten zu haben, den er in Wirklichkeit nicht erlitten hat. Diese Gegensätze sind auch für den aufmerksam beobachtenden, unbefangenen und mit instinktiver Menschenkenntnis begabten Nichtmediziner derart überzeugend, daß sie schon vor Jahrzehnten von zahlreichen Nichtärzten klarer gesehen und begriffen wurden als von einem Teil der medizinischen Fachvertreter.

Der Gutachter hat also in seinem Gutachten die (organischen und die seelisch-nervösen) *Unfallfolgen scharf zu trennen von dem Gebiet der seelischen Entschädigungsreaktionen* und ihrem Einfluß auf die Arbeitsfähigkeit bzw. den Arbeitswillen. Als Maßstab dessen, was Unfallfolge und was Entschädigungsreaktion ist, dienen die ärztlichen Erfahrungen nach gleich schweren Unfällen ohne Entschädigung und ohne sonstige Aussicht auf Krankheitsgewinn (S. 61). Von vornherein unbestreitbar ist, daß die Zweckreaktionen (hysterische Reaktion und Simulation) keine medizinische Folge des Unfalles sein können. Ob und inwieweit im übrigen eine Entschädigungsreaktion, auch wenn sie medizinisch keine Folge des Unfalles ist, trotzdem als entschädigungspflichtig anzusehen ist, dies ist eine rein *rechtliche Frage*, die den Gutachter im Einzelfall gar nichts angeht, und die ihn namentlich nicht verleiten darf, von der Linie der völligen Unparteilichkeit abzuweichen. Wir haben gesehen (S. 92), daß ein großer Teil der Personen mit Entschädigungsreaktionen

nicht in böser, offen gewinnsüchtiger Absicht in die abwegige Reaktion gegliitten ist. Gerade das Vorliegen von zweifeloser bona fides und echter (unter Umständen krankhafter) Überwertigkeit veranlaßt viele Gutachter, Unfallfolge und Entschädigungspflicht zu bejahen. Aber eine solche Schlußfolgerung ist irrig. Ob jemand gutgläubig oder mit Absicht im Sinne der Entschädigungseinstellung reagiert, ob er selbst von seinem Leiden als Unfallfolge überzeugt ist oder ob er es nur vortäuscht, ist rechtlich belanglos (s. unten). Dementsprechend hat der Gutachter nicht das Hauptaugenmerk bei seinen Untersuchungen und Ausführungen darauf zu richten, ob der zu Begutachtende simuliert oder nicht. Diese Frage ist nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Aber ein großer Teil der Gutachter argumentiert auch jetzt noch in viel zu wenig gründlicher Weise: weil der Begutachtete kein Rentenschwindler sei, deshalb müsse die Störung Unfallfolge sein oder als solche anerkannt werden (S. 48). Mit einer solchen Schlußfolgerung würde sich der Gutachter jedoch selbst das Richteramt anmaßen, und zwar im Sinne eines höchst einseitigen und parteilichen Standpunktes. Oder er würde kein unparteiisches sachverständiges, sondern ein sog. *Partei- oder Anwalts-Gutachten* abgeben. Mitleid und Wohlwollen dürfen den Gutachter nicht zur Abgabe eines unrichtigen Gutachtens veranlassen. Im Rechtsverfahren ist der Begutachtete Partei und der anderen (zahlenden) Partei völlig gleichgestellt. Für jeden Menschen mit ausgebildetem Rechtsgefühl ist der Gedanke untragbar, daß ein medizinischer Sachverständiger aus einseitigem Wohlwollen oder Mitleid ein nicht unparteiisches Gutachten abgeben könnte. Wer sich die innere Festigkeit nicht zutraut, entgegen gewissen persönlichen Gefühlsregungen ein unparteiliches Gutachten abzugeben, soll das Gutachten wegen Befangenheit ablehnen.

Ebenso unanwendbar für den medizinischen Sachverständigen ist der Satz „in dubio pro aegreto“, zu welchem sich aber gegenwärtig noch zahlreiche medizinische Sachverständige und sogar hochangesehene Gelehrte bekennen, gerade auch im Gebiet der Entschädigungsreaktionen. Bei derartigen Entgleisungen von Gutachtern mag aber weniger ein von Natur mangelndes als ein durch fehlenden Unterricht nicht genügend entwickeltes und geschärftes Rechtsgefühl eine Rolle spielen. Denn dem angehenden Arzt wird auf den Universitäten die richtige Einstellung zum Gutachter nicht oder nicht ausreichend gelehrt. Der medizinische Sachverständige übersieht infolgedessen nicht die Konsequenzen, welche die Abgabe von parteilichen oder oberflächlichen Gutachten mit sich bringt; und sein Verantwortungsgefühl wird nicht hinreichend entwickelt.

Der medizinische Sachverständige soll andererseits auch nicht deshalb eine Entschädigungsreaktion als Unfallfolge ablehnen, weil durch die Nichtanerkennung der Reaktion als Unfallfolge der Reagierende wieder zu einer vernunftgemäßen Einstellung veranlaßt wird. Wenn

die Rechtsprechung sich zu dem Ergebnis bekennt, daß die Entschädigungsreaktionen nicht als Unfallfolge zu entschädigen seien, so ist eine solche richterliche Stellungnahme zweifellos von größtem Nutzen für die Patienten selbst und dient zur Verhütung weiterer solcher Reaktionen. Aber die Rechtsprechung gründet sich nicht auf solche oder ähnliche Nützlichkeitsüberlegungen. Und auch der medizinische Sachverständige hat nicht aus derartigen Gedankengängen heraus die Frage, ob die Entschädigungsreaktionen Unfallfolge seien, zu verneinen, sondern auf Grund der klaren Erkenntnis, daß *medizinisch die Entschädigungsreaktionen keine Folge des Unfallen sind*. Es kann also keine Rede davon sein, daß die Entschädigungspflicht bei den sog. Rentenneurosen etwa deshalb abgelehnt wird, um den „Neurotiker“ durch Rentenentzug zu „heilen“. Für die Frage, ob bei Entschädigungsreaktionen Unfallrente zu gewähren sei, ist es ferner belanglos, ob man die Entschädigungsreaktionen als „Krankheiten“ betrachtet oder nicht.

Der rechtliche Standpunkt des Reichsversicherungsamtes und Reichsgerichtes in der Frage, ob und inwieweit die sog. Unfallneurose als Unfallfolge zu entschädigen sei, ist, kurz zusammengefaßt, etwa dieser (ich folge hier den Ausführungen von *Knoll*): Die Frage des ursächlichen Zusammenhanges ist nicht nur medizinischer, sondern auch rechtlicher Natur. Nicht jede *conditio sine qua non* ist eine rechtlich „erhebliche“ Ursache. Der ursächliche Zusammenhang, den ein Gesetz fordert, ist nicht gleichbedeutend mit der „*conditio sine qua non*“. Der Einwand, daß ohne Unfall die Unfallneurose nicht eingetreten wäre, ist rechtlich unerheblich. Zu entschädigen sind die (medizinischen) Folgen des Unfallen und nicht die (psychologischen) Folgen des Entschädigungsverfahrens. Auch ist es gleichgültig, auf welches Ziel sich die Wünsche und Streubungen im Zusammenhang mit dem Entschädigungsverfahren richten. In die medizinischen Streitfragen mischt sich die Rechtsprechung — und vor allem die viel befürchtete Entscheidung des RVA. vom 24. 9. 26<sup>1</sup> — nicht hinein. Derartige grundsätzliche Entscheidungen des RVA. treffen die ärztliche Streitfrage nicht. Man muß scharf trennen zwischen der medizinischen gutachtlichen Beurteilung (z. B. ob die Erwerbsbeschränkung eines Versicherten ihren Grund lediglich in der Vorstellung, krank zu sein, oder in mehr oder minder bewußten Wünschen hat) und den hieraus zu ziehenden rechtlichen Schlußfolgerungen. Ob Vorstellungen und Wünsche des Versicherten lediglich selbstsüchtige Rentenwunschvorstellungen sind oder „tiefenpsychologischen Mechanismen“ ihre Entstehung verdanken, ist für den Richter unerheblich. Es kommt also tatsächlich nicht darauf an, ob ein zu Begutachtender simuliert oder

<sup>1</sup> Ausführlicher Abdruck derselben in der kleinen Broschüre „*Entschädigungspflicht bei sog. Unfallneurosen?*“ Leipzig: Georg Thieme (im Buchhandel). Ferner: Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamtes. Bd. 20, S. 99. Berlin: Julius Springer 1927.

nicht (s. oben). Für den Richter ist es belanglos, ob die allenfallsigen Wünsche oder Strebungen des zu Begutachtenden als moralisch anfechtbar (verwerflich) zu betrachten sind oder nicht.

Die *grundätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamtes* vom 24. 9. 26 lautet:

„Hat die Erwerbsunfähigkeit eines Versicherten ihren Grund lediglich in seiner Vorstellung, krank zu sein, oder in mehr oder minder bewußten Wünschen, so ist ein vorangegangener Unfall auch dann nicht eine wesentliche Ursache der Erwerbsunfähigkeit, wenn der Versicherte sich aus Anlaß des Unfalls in den Gedanken, krank zu sein, eingelebt hat, oder wenn die sein Vorstellungsladen beherrschenden Wünsche auf eine Unfallentschädigung abzielen, oder die schädigenden Vorstellungen durch ungünstige Einflüsse des Entschädigungsverfahrens verstärkt worden sind.“

Gegen diese Entscheidung sind ärztlicherseits zahlreiche Einwendungen gemacht worden; und es ist im Anschluß an diese Entscheidung eine große Literatur entstanden. Aber die Einwendungen treffen meines Erachtens nicht den Kern der Angelegenheit und sind offensichtlich die Folge eines Mißverständnisses oder eines Verkennens der Grenzen zwischen wohlwollender ärztlicher Einstellung und richterlichem Ermessen. Es ist unrichtig, wenn behauptet wird (*Walter Riese*), daß diese grundätzliche Entscheidung dem Arzt die Freiheit seiner Schlußfolgerungen oder Verantwortlichkeit nehme. Wortlaut und Sinn dieser Entscheidung lehren das Gegenteil. Nicht der Arzt, sondern nur der Richter kann und darf entscheiden, was der Gesetzgeber gewollt hat und was er nicht gewollt hat. Gegenstand der reichsgesetzlichen Unfallversicherung ist der Ersatz des Schadens, der durch Körperverletzung oder Tötung entsteht (§ 555 RVO.). Sollen die Entschädigungsreaktionen als entschädigungspflichtige Unfallfolge anerkannt werden, dann müßte wohl das Gesetz entsprechend geändert werden. Die Rechtsprechung des Reichsgerichtes unterscheidet sich nicht grundsätzlich von derjenigen des Reichsversicherungsamtes (*Knoll*). Die Entscheidung des Reichsgerichtes vom 12. 11. 28, VI 200/28 (Jur. Wschr. 1929, 936), welche ebenfalls zahlreiche Erörterungen von medizinischer Seite zur Folge gehabt hat, ist ärztlicherseits gleichfalls mißverstanden worden. Gerade weil sich das ärztliche Denken bezüglich der Logik und auf rechtlichem Gebiete vielfach als noch nicht genügend ausgebildet erweist, sind grundätzliche Entscheidungen höchster richterlicher Instanzen unvermeidbar und auch notwendig. Falsche ärztliche Diagnosen (wenn fälschlicherweise eine Entschädigungsreaktion angenommen wurde, wo eine echte Unfallfolge mit Erwerbsbeschränkung vorgelegen hat) bilden keine Widerlegung einer grundsätzlichen rein rechtlichen Auffassung.

Ist andererseits eine Entschädigungsreaktion mit Erwerbsbeschränkung schon unwiderruflich als Unfallfolge anerkannt worden, dann darf die obige Entscheidung des Reichsversicherungsamtes *nicht* Anlaß geben, die schon bewilligte und gezahlte Unfallrente zu entziehen.

Vielmehr ist dann eine Rentenentziehung nur durchführbar, wenn der ärztliche Nachweis einer wesentlichen Besserung (Heilung) des, der Rentenbewilligung zugrunde liegenden Zustandes erbracht ist. Dieser Grundsatz ist neuerdings in einigen Entscheidungen des Reichsversorgungsgerichtes insofern durchbrochen worden, als auch ohne den Nachweis eines beschwerdefreien Zeitraumes Dienstbeschädigung für unverändert fortbestehende hysterische Erscheinungen dann abzulehnen sei, wenn seit dem Ereignis, welches sie ausgelöst hat, eine längere Frist verstrichen ist<sup>1</sup>. Bei hysterischen Reaktionen, die noch mehrere Jahre nach dem Kriege bestehen, könne die Kriegseinwirkung nicht mehr die Ursache sein. Freilich hatte meist schon die erste Rentenfestsetzung nach dem Kriege und zu einer Zeit stattgefunden, in welcher die Störungen nicht mehr Kriegsfolge sein konnten (*Knoll*). Dementsprechend soll die erwähnte obige Entscheidung des RVG vom 11. 5. 28 keine grundsätzliche Bedeutung besitzen<sup>2</sup>. Man sieht, *wie wichtig die rechtzeitige Erkennung und Nichtanerkennung sekundärer seelischer Entschädigungsreaktionen, insbesondere von Zweckreaktionen, als Unfallfolge oder Kriegsfolge ist*. Werden nervöse Erscheinungen erst jahrelang nach einer behaupteten äußeren Einwirkung erstmalig geltend gemacht, oder treten sie, nach einem längeren Zeitraum des Verschwindens oder weitgehenden Abklingens, in irgendwelcher Form erneut auf oder verschlimmern sie sich nach jahrelangem Stillstande, so sind entschädigungspflichtige Unfalls- oder Kriegsfolgen auch nach Ansicht des Reichsarbeitsministers nicht mehr anzunehmen. Daß hierbei jeder einzelne zu begutachtende Patient gründlichst untersucht und daß insbesondere eine (bis dahin nicht erkannte) dauernde traumatische Hirnschädigung nicht übersehen werden darf, versteht sich für jeden gewissenhaften Gutachter von selbst. Die seelisch-nervösen Unfallreaktionen, die Unfallfolge sind, klingen meist innerhalb der ersten 13 Wochen nach dem Unfall ab. Aber die spätere seelische Entschädigungseinstellung kleidet sich nicht selten in die Erscheinungen der anfänglichen seelisch-nervösen Unfallreaktion. Hier ist also seitens des behandelnden Arztes und des Gutachters eine besondere diagnostische Aufmerksamkeit erforderlich.

Bei der *Invaliditätsbegutachtung* eines psychogen oder hysterisch Reagierenden haben für den medizinischen Sachverständigen ausschließlich *medizinische* Gesichtspunkte maßgebend zu sein. Ähnlich wie neuerdings von ärztlicher Seite wiederholt versucht worden ist, die Einleitung der künstlichen Frühgeburt auch aus eugenischen und namentlich wirtschaftlichen Gründen zu befürworten, sind ärztliche Gutachten

<sup>1</sup> Entscheidungen des Reichsversorgungsgerichtes. Bd. 7, S. 290. 1928; Urteil vom 11. 5. 28.

<sup>2</sup> Runderlaß des Reichsarbeitsministers vom 18. 4. 29 über die Neurotikerfrage, abgedruckt in „Arbeit und Gesundheit“, 1929, H. 13, S. 123. Berlin: Reimar Hobbing.

im Invaliditätsverfahren dahingehend abgegeben worden, daß vorwiegend wirtschaftliche Gründe, die jemanden hysterisch reagieren lassen, sowie die Unmöglichkeit, eine für den Patienten geeignete Lohnarbeit zu finden, genügen sollen, die Invalidität zu bejahen. Ein solcher Standpunkt geht über das Gebiet des medizinischen Sachverständigen hinaus. Zweifellos sind für die Feststellung der Invalidität nicht bloß die ärztlichen Gutachten, sondern auch die allgemeinen und besonderen Verhältnisse des Arbeitsmarktes und die besonderen wirtschaftlichen und persönlichen Verhältnisse des Versicherten maßgebend<sup>1</sup>. Aber die Entscheidung hierüber fällt dem Versicherungsträger und der Berufungsinstanz zu, während der Arzt und Gutachter aus derartigen Gründen nicht von sich aus das Vorliegen von Invalidität bejahen darf (zum mindesten nicht, ohne diese seine Gründe ausführlich im Gutachten darzulegen). So wird z. B. auch bei Vorliegen von Epilepsie nicht ohne weiteres in jedem Fall Invalidität bejaht, obwohl die Epilepsie auch schon bei leichtem Auftreten anerkanntermaßen eine starke Erschwerung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte mit sich bringt.

Die medizinische Beurteilung eines Rentenbewerbers im Invaliditätsverfahren hat bezüglich der Frage, ob und wann die psychogenen und namentlich die hysterischen Erscheinungen Invalidität verursachen, im Sinne der Formel „Wille und Reflex“ (S. 42) eingehend Stellung zu nehmen; d. h. es ist in jedem Einzelfall durch psychologische Untersuchungen, Analyse der Zittererscheinungen (S. 11) usw. nachzuweisen, ob der Wille des Patienten tatsächlich keinen entscheidenden Dauer-einfluß auf die psychogenen oder hysterischen Erscheinungen besitzt. Die genaue Analyse der hysterischen Ausdruckstätigkeit und ebenso die Löwensteinschen experimentellen Prüfungen zeigen, daß im allgemeinen der Wille des Reagierenden die Oberhand hat. Der Reagierende kann dann also, sobald die Situation es erwünscht erscheinen läßt, die hysterischen Erscheinungen wieder aufgeben. In solchem Falle liegt medizinisch eine Invalidität (§ 1255 RVO.) nicht vor. Hierbei ist gleichgültig, ob sich der Reagierende bewußt oder anscheinend nicht bewußt ist, daß seine Krankheitsdarstellung ihren Grund lediglich in wunschbedingten Vorstellungen hat<sup>2</sup>.

Andererseits ist die hysterische Reaktion, namentlich im Rückbildungsalter, oft auch nur eine äußere Fassade für schwere Organismusveränderungen (starkes Sinken der Vitalität, Abmagerung) oder komplizierende Erkrankungen, die noch nicht erkannt wurden (schwere Herz-muskelentartung, starke Hochspannung im Blutgefäßsystem, Nierenkrankheiten usw.). In solchem Falle ist die Invalidität ärztlicherseits naturgemäß zu bejahen und die Bejahung entsprechend zu begründen.

<sup>1</sup> Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamtes. Bd. 21; 8. 8. 25.

<sup>2</sup> Vgl. hierzu die Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamtes. Bd. 23, S. 74.

Vorzeitige krankhafte vegetative Rückbildungsveränderungen, die vorübergehend Invalidität bedingen, können sich auch wieder wesentlich bessern; auf den starken vegetativen Rück nach abwärts kann das Wiederansteigen des Körpergewichtes und die Erholung folgen. Dann kann unter Umständen die Erwerbsfähigkeit später auch wieder eintreten.

## VII. Anhang.

### *Begutachtung.*

Die ärztliche Begutachtung auf Unfallfolgen oder Invalidität gewinnt eine um so größere Bedeutung, je mehr Bevölkerungskreise in die reichsgesetzliche Versicherung einbezogen werden. Die Erfahrung hat gelehrt, daß zu allen derartigen Begutachtungen, einschließlich der vorhergehenden Untersuchungen, notwendigerweise auch recht umfangreiche Kenntnisse in der sog. medizinischen Psychologie und Neurosenlehre, der Begutachtungpsychologie und der Psychotherapie gehören, ferner ein Bekanntsein mit den für den Arzt in Betracht kommenden Grundzügen der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes (Ursachenlehre; Begriff der wesentlichen Teilursache und der auslösenden Gelegenheitsursache; Begriff der hohen Wahrscheinlichkeit und der bloßen Möglichkeit usw.). Infolgedessen ist die Forderung aufzustellen, daß jeder angehende Arzt auf der Universität diese Kenntnisse pflichtmäßig gelehrt bekommt. Immer und immer wieder zeigen sich in den Gutachten *typische Fehler* in großer Anzahl, namentlich auf psychologischem Gebiet und im Bereich des logischen Denkens; und die weitgehenden Meinungsverschiedenheiten der Gutachter haben zu einem sehr wesentlichen Teil psychologische Wurzeln. An dieser Stelle können nur einige Gesichtspunkte kurz besprochen werden, die in mehr oder weniger engen Beziehungen zu dem vorher Gesagten stehen.

#### *1. Die Aufgaben des erstbehandelnden Arztes oder Krankenhauses.*

Zu den schwierigsten diagnostischen Entscheidungen für den späteren Gutachter kann die Beantwortung der Frage gehören, ob die vorangegangene Hirnerschütterung, deren erwerbsbeschränkende Folgen begutachtet werden sollen, durch länger dauernde traumatische Hirnschädigung kompliziert oder im wesentlichen nicht kompliziert war. Je genauer die anfängliche ärztliche Beobachtung und Aufnotierung der akuten Verletzungerscheinungen seitens des Hirnes, ihrer Art, Stärke und Dauer, oder ihres Fehlens ist, um so eher läßt sich in vielen Fällen, zusammen mit dem späteren Untersuchungsbefunde, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose stellen (s. S. 67). Behandelnder Arzt oder erstbehandelndes Krankenhaus (die Patienten mit Hirnerschütterung oder Schädelbruch werden zunächst gewöhnlich auf die *chirurgischen* Abteilungen gelegt) sollen also genau beobachten und beschreiben, sowie genaue tägliche Kranken-

geschichten führen. Ein Eintreten der tiefen Bewußtlosigkeit erst nach einiger Zeit, epileptiforme Anfälle während der Bewußtlosigkeit und eine organisch stark verzögerte erste Hirnrekonvaleszenz sprechen für intrakranielle Komplikation (Hirnkontusion traumatische Meningealblutung usw.). Wenn möglich, ist eine Lumbal- oder Zisternenpunktion vorzunehmen. Es genügt ferner nicht, die Diagnose auf Hirnerschütterung hinzuschreiben, sondern es ist die Länge der Bewußtseinsveränderung anzugeben; es ist mitzuteilen, welche Hirnerschütterungssymptome der Arzt selbst beobachtet hat; es ist überhaupt, an Stelle der mehr oder weniger nichtssagenden Diagnose auf Hirnerschütterung, ein eingehender Befundbericht zu geben. Die Diagnose auf Schädelbruch oder Schädelbasisbruch ist zu begründen. Wenn irgend möglich, ist ein erfahrener Neuro-Psychopathologe alsbald hinzuzuziehen. Die evtl. vorgenommene Schädeloperation und ihr Befund an Hirnhäuten und Hirn sind zu beschreiben. Genaue Bestimmungen von Körpergewicht und Körpertemperatur sind aus der akuten Verletzungszeit zu bringen. Entsprechende Allgemeinuntersuchungen (Blutdruck, Urin, komplizierende Krankheiten, Seelenzustand) sind vorzunehmen. Der traumatische Verlust des Geruchssinnes (Abreißen der feinen Geruchsnerven an der Schädelbasis) verrät sich durch einen alsbaldigen Ausfall von Wahrnehmungen beim Essen, den der Verletzte als Geschmacksstörung deutet. Auch hierüber sind sofortige Notizen zu machen. Nachträgliche Diagnosen auf „Nervenshock“, psychische Shockwirkung usw. sind wertlos; vielmehr müssen die akuten Symptome (vegetative und psychische Erscheinungen), sowie ihr Verlauf genau geschildert werden. Auch die prätraumatische Persönlichkeit ist, falls bekannt, nach Möglichkeit zu schildern.

Gegenwärtig versagt ein großer Teil der erstbehandelnden Ärzte und Krankenhäuser bezüglich der Beobachtung und Wiedergabe der akuten Symptome seitens des Hirnes und Seelenlebens nach dem Unfall fast völlig. Wichtigste Symptome (epileptiforme Anfälle usw.) oder vorgenommene Untersuchungen (Lumbalpunktion) werden nicht mitgeteilt. Das gleiche Krankenhaus schreibt in dem einen Bericht, daß die Dura nicht verletzt war; im andern Bericht, daß sie verletzt war. Der gleiche erstbehandelnde Arzt gibt die Dauer der Bewußtlosigkeit das eine Mal zu 4 Tagen und das nächste Mal zu 4 Wochen an. Ebenso versagt ein Teil der behandelnden Ärzte später. Die drohende oder im Gang befindliche Entschädigungsreaktion wird nicht rechtzeitig erkannt und mit falschen Diagnosen (Nervenshock, Nervenschwäche als Unfallfolge) verschleiert. Andererseits wird die Stirnhirnkontusion mit Hemmungslosigkeit, Unstetigkeit, Mangel an Arbeitsausdauer als Hysterie, die traumatische Epilepsie als Nervenschwäche (Hysterie, Unfallneurose) verkannt. Es wird keine Differentialdiagnose zwischen epileptischen und hysterischen Anfällen zu stellen versucht. Die neurologische Unter-

suchung und Beurteilung ist unzureichend („Romberg stark positiv“ bei hysterischem Scheinromberg). Durch unvorsichtige Äußerungen („Sie können noch schwer nervenkrank werden“) werden unzweckmäßige seelische Einstellungen des Patienten in hohem Maße gefördert. In späteren Zeugnissen bringen viele Ärzte nur subjektive Beschwerden ihres Patienten und keine einzige Feststellung von Wert. Der gleiche behandelnde Arzt bescheinigt zur gleichen Zeit „hochgradige neurasthenische Beschwerden“ nach Bedarf bald als Unfallfolge und bald als Kriegsdienstbeschädigung (in Wirklichkeit handelte es sich um Leukämie). Fast niemals veranlaßt der behandelnde Arzt von sich aus rechtzeitig die Leichenöffnung (Frage der Hirnkontusion als Unfallfolge). Durch dieses Versagen eines Teiles der Ärzteschaft schaltet sich der behandelnde Arzt, zum großen Schaden an der Sache, vielfach selbst aus dem Bereich der Begutachtung aus.

Die Berufsgenossenschaft muß es ebenfalls als ihre Pflicht ansehen, bei jeder gemeldeten Kopfverletzung *sofort* einen ersten Befundbericht, und, sobald dieser eine Beteiligung des Hirnes wahrscheinlich macht, eine ausführliche Krankengeschichte einzufordern. Derartige Krankengeschichten (die entsprechend zu honorieren sind) sind zweckmäßiger als gutachtliche Äußerungen, die bestenfalls nur einen Teil der Beobachtungen und des Verlaufes wiedergeben.

## 2. Die Untersuchung.

Ein gehende Anamnesen, dem zu Begutachtenden selbst abgefragt, sind dann mit größter Vorsicht zu bewerten, wenn der zu Begutachtende ein persönliches Interesse hat, einen vom Unfall unabhängigen Zustand oder Krankheitsvorgang als Unfallfolge anerkannt zu sehen. Während des Krieges war man bei den Nervösen und abnorm Reagierenden erstaunt über die Häufigkeit der angegebenen erblichen Belastung und der nervösen Störungen schon vor dem Eintritt zum Militär. Später, als die Anerkennung der abnormen Anlage oder Reaktion als Kriegsdienstbeschädigung wichtig wurde, waren in den Angaben die erbliche Belastung und die frühere Nervosität verschwunden. Bei der Begutachtung sog. Unfallneurotiker macht man die gleichen Erfahrungen (vgl. auch *Enke*). Im Bereich der seelischen Entschädigungseinstellung hat es wenig Zweck, den zu Begutachtenden nach detaillierten anamnestischen Daten zu fragen. Dagegen sei man besorgt, frühere aktenmäßige Unterlagen (Versorgungsakten, Zivilprozeßakten usw.) zur Einsicht zu erhalten.

Die *subjektiven Beschwerden*, die der zu Begutachtende vorbringt, sind eingehend anzuhören, wörtlich niederzuschreiben und wörtlich im Gutachten wiederzugeben. Es empfiehlt sich, die subjektiven Beschwerden vor der körperlichen und neurologischen Untersuchung aufzunehmen. Man läßt den Patienten zunächst das schildern, was er selbst spontan vorbringen kann, und stellt dann noch Fragen, wobei ebensowohl die vegetativen Funktionen und neuropathischen Erscheinungsweisen

einzel abzufragen sind (Appetit, Stuhlgang, Wasserlassen, aufregende Träume, nächtliches Zusammenfahren, „Phantasieren“ oder Schreien nachts, Angstgefühle nachts oder bei Tage, leichtes Aufgeregtheitsein, Zittern, Schwitzen, Herzklopfen, Abmagerung) wie auch der Reihe nach die Körperorgane und Körperteile. Streng hüte man sich vor Suggestivfragen oder Abfragen von Krankheitsbildern. Fragen, denen der Gutachter Wichtigkeit beimißt, sind unauffällig zwischen Fragen mehr neben-sächlichen Inhaltes zu bringen.

Die *neurologische Untersuchung* bei einem zu Begutachtenden ist gleichzeitig auch eine psychologische Untersuchung und Zuverlässigkeitssprüfung, sowie eine Untersuchung auf vegetative Ausdruckstätigkeit und Stigmatisation, ferner auf psychogene und hysterische Erscheinungen. Derjenige Teil der neurologischen Untersuchung, zu welchem keinerlei Antworten seitens des Patienten nötig sind, ist zuerst vorzunehmen. Ergibt dieser Teil der Untersuchung ein normales Resultat und ist auch sonst kein Verdacht auf organisches zentrales neurologisches Leiden vorhanden, erübrigt sich gewöhnlich eine Untersuchung des Gesichtsfeldes, der Sensibilität (S. 18), des Geruches und Geschmackes. Jede unbeabsichtigte Suggestion durch die ärztliche Untersuchung ist streng zu vermeiden. Der zu Begutachtende darf bei der Untersuchung nicht erraten können, auf was der Arzt untersucht. Sofern sich eine Untersuchung auf Druckpunkte nicht vermeiden läßt, sind diese nur in unauffälliger Weise und im Zusammenhang mit dem Betasten oder Bedrücken benachbarter Körperstellen zu untersuchen. Die als schmerhaft angegebenen Stellen sind bezüglich ihres Sitzes genau zu beschreiben und graphisch darzustellen. Bei Nervösen aller Art ergibt sich oft ein Wandern der behaupteten Schmerzen im Laufe der Zeit. Andererseits beachte man, daß umschriebene festsitzende Schmerhaftigkeiten auch neuropathischen (sog. Clavus usw.) oder sonstwie konstitutionellen Ursprungs sein können.

Sehr häufig wird nach Kopf- und Schädelverletzungen im späteren Gutachten, auch seitens einzelner Fachkliniken, eine genauere kranio-cerebrale Topographie von dem Sitz der Narbe unterlassen. Es kann aber von entscheidender Wichtigkeit sein, ob die Verletzungsnarbe im Bereich einer Hirnstelle mit neurologisch faßbaren Erscheinungen liegt, oder in einer sog. stummen Hirnregion. Daß gegebenenfalls von der Röntgenphotographie des Schädels, von Lumbal- oder Zisternenpunktion (Druckmessung), fachärztlicher Augen-, Ohren- und Nasenuntersuchung der weitestgehende Gebrauch zu machen ist, versteht sich von selbst.

Bei der *psychischen Untersuchung* sind Gedächtnis, Merkfähigkeit, Auffassung, Intelligenz, Sprache, Affektleben und Stimmung, Mimik, psychisches Tempo, Initiative zu berücksichtigen. Man läßt unter anderem vier- bis sechsstellige Zahlen wiederholen, läßt von 3 zu 3 und 7 zu 7,

von 100 an, rückwärts zählen, die Monate rückwärts hersagen, einfache Rhythmen nachklopfen, prüft die Intelligenz an verstümmeltem Text, das optische Zusammenfassen an großen zusammengesetzten Bildern, Arbeitsausdauer und Ermüdung am Arbeitsschreiber. Man erkundigt sich beiläufig, ob der zu Begutachtende die (seine Unterschrift tragenden) Schriftstücke in den Akten eigenhändig geschrieben hat und kann aus solchen eigenhändigen Schriftstücken die Intelligenz beurteilen, gegebenenfalls auch organische Hirnstörungen erkennen. Zu beachten ist, daß bei eingehenden psychologischen Untersuchungen zahlreiche individuelle Verschiedenheiten auf diesem oder jenem Gebiete vorkommen und daß solche partielle Defekte nicht ohne weiteres den Schluß auf dauernde traumatische Hirnschädigung zulassen (S. 66). Andererseits ist die organische Verlangsamung des Auffassens und Denkens bei zahlreichen traumatisch Hirngeschädigten charakteristisch und unverkennbar. Überall da, wo diagnostisch eine Hirnkontusion und verwandte dauernde traumatische Hirnschädigung in Frage kommt und die gute angeborene Begabung des Untersuchten nicht außer Zweifel steht, beantrage man die Herbeischaffung von Schulzeugnisabschriften seitens der Heimatbehörde (§ 115 RVO.).

Von größter Bedeutung für die Begutachtung und die gesamte Würdigung des Untersuchten, seiner Arbeitsfähigkeit und subjektiven Beschwerden sind eine entsprechende allgemeine Untersuchung, der Gesamteindruck, der Gesichtsausdruck, die Beachtung der Konstitution. Der Gutachter soll es sich im höchsten Maße angelegen sein lassen, sich einen „ärztlichen Blick“ und weitestgehende Erfahrung bei der gutachtlchen Beurteilung des Allgemeinzustandes und Allgemeineindruckes zu verschaffen. Schwächliche, schmalwüchsige, hochwüchsige (wenn die Halbierung der Körpergröße beim erwachsenen Menschen auf die Oberschenkel statt an die Radix penis fällt) Anlage, vegetative Stigmatisation, gewohnheitsmäßige Wirbelsäulenverkrümmung, mangelhafter Turgor der Haut, herabgesetzte Vitalität, vorzeitiges Verbraucht- oder Gealtertsein sind eingehend zu beachten. In keinem Gutachten dürfen das sorgfältig ohne Kleidung (möglichst vom Arzt selbst) bestimmte Körpergewicht und die Körpergröße in bloßen Füßen fehlen. Der sog. ärztliche Blick muß ferner alsbald erkennen, ob noch eine vom Unfall unabhängige (sog. komplizierende, vgl. S. 94) Krankheit vorliegen könnte. In erster Linie stehen hier die Erkrankungen des Zirkulationssystems (Hypertonie, starke Aortensklerose, Myokarditis). Die Nichtberücksichtigung des gesamten körperlichen Zustandes des Untersuchten und das Übersehen erheblicher Rückbildungsveränderungen oder komplizierender Krankheiten führt notwendigerweise zu den schwersten diagnostischen Irrtümern seitens des Gutachters („Unfallneurose“ usw.).

Bei der Deutung des erhobenen Befundes sind namentlich die vorgebrachten und erfragten subjektiven Beschwerden genau zu analysieren.

Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, aufregende Träume, nächtliches Phantasieren oder Schreien, Angstgefühle, leichtes Aufgeregtheitsein, lebhaftes Schwitzen, dann auch Kopfweh, manche Formen von schwindelähnlichen Empfindungen, subjektiv stark empfundener Gedächtnisnachlaß usw. weisen gewöhnlich auf die nebenher gehende äußerst häufige vegetative Stigmatisation, die neuropathische Anlage und affektive Reaktion oder die konstitutionelle Nervosität hin und dürfen niemals mit den organischen Nachwehen einer Hirnerschütterung oder Hirnkontusion verwechselt werden. Personen mit derartigen Mißempfindungen und subjektiven Störungen machen nicht den Eindruck von Simulanten; sie leiden wirklich unter ihrem Zustande, und die vorgebrachten Klagen scheinen einen „organischen Kern“ zu haben. Aber dieser organische Kern kann auch derjenige sein, welcher der konstitutionellen Nervosität oder der neuropathischen Anlage zugrunde liegt und ist dann keine Unfallfolge, wie überhaupt die Gesamtheit solcher langdauernder Mißempfindungen und Störungen, einschließlich der reaktiven seelischen Verstimmung, nach einem Unfall ohne entsprechende Dauerschädigung in das Gebiet der Entschädigungsreaktionen zu gehören pflegt (Wachgehaltenwerden der affektiven Erregung mit ihren vegetativen Folgen durch das Entschädigungsverfahren), auch ohne deutliche Wunschrichtung, während man bei den gleichen Unfällen außerhalb aller Entschädigungspflicht niemals derartige lange und störende affektive und neuropathische Reaktionen beobachtet. Aber diese Reaktionen und subjektiven Beschwerden werden erfahrungsgemäß auch jetzt noch äußerst häufig, selbst von hochangesehenster Seite, mit den organischen Nachwehen einer Hirnerschütterung verwechselt, eben weil die subjektiven Beschwerden durch den Gutachter nicht hinreichend differenziert werden. Von der Hirnerschütterung muß nach Möglichkeit die stärkere und länger dauernde traumatische Hirnschädigung diagnostisch abgetrennt werden (S. 63 f.); und zweitens müssen die durchaus glaubhaften und nicht auf Rentenbegehren beruhenden neuropathischen subjektiven Beschwerden für sich betrachtet werden. Drittens sind das Sichbewußtwerden ungünstiger Anlagen oder Verfassungen oder komplizierender Krankheiten und alle die anderen, auf S. 92 beschriebenen seelischen Einstellungen zu berücksichtigen, die von der sog. Renten neurose im Sinne der mehr oder weniger ausgeprägten Simulation oder Rentenjägerei scharf zu trennen sind. Die vielfach übliche Differentialdiagnose: was nicht Rentengauerei sei, müsse Unfallfolge sein, ist zu schematisch und zu primitiv. Man sieht auf Schritt und Tritt, wie rasch die durch dauernde traumatische Hirnschädigung nicht komplizierten Hirnerschütterungen auch subjektiv abklingen, einmal außerhalb des Entschädigungsverfahrens; sodann im Entschädigungsverfahren, wenn der verletzt Gewesene ein Interesse daran hat, möglichst bald wieder die Arbeit aufzunehmen; und drittens, wenn durch eine sonstige Körperverletzung (Wirbelkörperbruch usw.) die

Aufmerksamkeit vom Kopf und von der erlittenen Hirnerschütterung abgelenkt wird. Andererseits darf bei der Differentialdiagnose niemals übersehen werden, daß auch ein vegetativ Stigmatisierter und neuropathisch Veranlagter eine echte schwere Hirnkontusion oder sonstige dauernde traumatische Hirnschädigung erleiden kann. Denn die vegetative Stigmatisation und neuropathische Anlage ist in der Bevölkerung außerordentlich verbreitet. Daher können auch die organischen Beschwerden der dauernden traumatischen Hirnschädigung Anlaß geben, eine neuropathische Reaktion zu unterhalten, die dann auch als Unfallfolge anzusehen ist. Auch sonstige Unfallfolgen (schmerzhafte Amputationsneurome usw.) können eine neuropathische Unfallreaktion wachhalten. Man sieht, wie sehr man bei der Diagnosenstellung differenzieren muß und wie wenig das übliche Schema ausreicht. Ein Teil auch der länger-dauernden vegetativen und neuropathischen bzw. affektiven Reaktionen ist also medizinisch als Unfallfolge anzusprechen, der größere Teil dagegen nicht.

Ein normaler neurologischer Befund bei der späteren Begutachtung beweist andererseits nicht, daß keine organischen erwerbsbeschränkenden Unfallfolgen seitens des Hirnes vorliegen. Denn die Hirnkontusion kann auch an einer sog. stummen Hirngegend sitzen. Die gesamte Aktenlage, die akuten Symptome, die Art der Stellungnahme des Patienten, der psychische Befund (organische Verlangsamung, Initiativmangel, mimische Armut usw.) müssen dann zur richtigen Diagnose führen. Der organisch schwer Hirngeschädigte pflegt — im Gegensatz zum Neurotiker — *nicht* viele Worte zu machen, *nicht* gewandt zu klagen und zu lamentieren, sich *nicht* demonstrativ zu gebärden. Vielen traumatisch Hirngeschädigten muß man die subjektiven Beschwerden stückweise mühsam hervorlocken. Andere sind hyperthymisch, hemmungslos, halten sich für gesund und arbeitsfähig, versagen aber im Beruf oder begehen einzelne Unbegreiflichkeiten, im Gegensatz zu ihrer großen Zuverlässigkeit, Stetigkeit und Arbeitslust vor dem Unfall. Differentialdiagnostisch sind der angeborene Schwachsinn (im Zweifelsfall Schulzeugnisabschriften einfordern, S. 112), einzelne Formen der Psychopathie und die symptomenarme schizophrene Persönlichkeitsumwandlung zu beachten.

Sehr wichtig ist eine vernünftige *Organisation des Untersuchungs- und Begutachtungswesens*. In allen irgendwie schwierigen Begutachtungsfällen treten an den einzelnen Gutachten so vielerlei diagnostische Fragen heran, daß er allein nicht die universellen Kenntnisse besitzen kann, ein derartiges diagnostisches Problem restlos zu klären. Er muß aber stets soviel von allgemeiner Medizin verstehen, daß er in jedem Einzelfall sofort erkennt, welchen anderen Facharzt er zu Rate ziehen muß. Hier geschehen gegenwärtig noch viele Fehler, auch bei klinischen Begutachtungen. Bald ist kein ausreichender Röntgenbefund erhoben, bald fehlt die Ohrenuntersuchung oder die interne Untersuchung (schwere

fortgeschrittene Aortensklerose, Myokarditis, hochgradiges Lungenemphysem), bald ist der neuropathisch-affektive Symptomenkomplex nicht erkannt worden (er wird manchmal erst auf ganz spezielles Fragen entdeckt). In jeder größeren und auch schon mittleren Stadt sollte ein völlig durchgebildeter unparteiisch und rechtlich denkender Neuro-Psychopathologe niedergelassen sein, der die schwierigen Begutachtungsfälle auf neurologischem und psychopathologischem Gebiete zugewiesen erhält und sich seinerseits tüchtige Fachärzte (Ohren, Augen, Röntgen usw.) auswählt, die er nach Bedarf hinzuzieht. Im Zweifelfall ordne man lieber eine fachärztliche Untersuchung zu viel als zu wenig an. In den Universitätsstädten werden im allgemeinen den klinischen Instituten diese Aufgaben zufallen, maßgebende Gutachten zu erstatten. Es muß aber hierbei dafür gesorgt werden, daß nur derjenige Assistent ein Gutachten zugewiesen erhält, der sich Facharzt nennen darf (d. h. also die verlangte mehrjährige Ausbildung besitzt). Die doppelten Unterschriften unter das Gutachten bzw. die Gegenzeichnung durch den Vorstand oder Oberarzt sind zu vermeiden. Für das erstattete klinische Gutachten hat derjenige Arzt einzustehen, der den Patienten untersucht, die Akten durchstudiert und das Gutachten verfaßt hat. Es muß eine Gewähr dafür bestehen, daß der Assistent der psychiatrisch-neurologischen Klinik, der ein Gutachten zu erstatten hat, nicht nur die Pathologie der Hirnverletzungen einerseits, die gesamte medizinische Psychologie, Begutachtungpsychologie und Neurosenlehre andererseits, sondern auch die wichtigsten Ergebnisse der Rechtsprechung (Ursachenlehre usw., Vermeidung unbestimmter Ausdrücke wie „auslösen“ usw.) in ausreichender Weise beherrscht. Daß hier noch sehr vieles zu bessern ist, wird kein Einsichtiger bestreiten wollen.

### *3. Die gutachtliche Beurteilung.*

Die genaue Diagnosenstellung auf erwerbsbeschränkende Unfallfolgen, namentlich seitens des Hirnes, setzt eine eingehende Rekonstruktion der gesamten Sachlage beim Unfall und vor allem ein genaues Feststellen der akuten Unfallfolgen, ihrer Dauer und Stärke voraus. Die wörtliche Abschrift der vom erstbehandelnden Arzt oder Krankenhaus geführten Krankengeschichte ist nötigenfalls einzufordern (S. 67). Der spätere Begutachter begeht oft den Fehler, das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein entsprechender akuter Hirnsymptome (oder sonstiger Verletzungssymptome) nicht zu beachten. Die subjektiven Beschwerden sind nach ihrer Eigenart zu würdigen (S. 113). Ganz allgemein ist zu sagen, daß *jede* Begutachtung sehr viel Zeit beansprucht und daß ein Arzt die Begutachtung lieber ablehnen soll, wenn er die hierfür nötige Zeit nicht zur Verfügung hat.

Beim Niederschreiben des Gutachtens hat sich der Gutachter in die Lage des Lesers seines Gutachtens (der oft genug ein Nichtmediziner

ist) zu versetzen. Der Gutachter soll sein Wissen und seine Schlußfolgerungen dem Leser bekannt geben und verdeutlichen. Im ausführlichen, sog. wissenschaftlich begründeten Gutachten soll die Aktenlage kritisch besprochen und die sachgemäße Fragestellung ausgearbeitet werden, zu welcher dann der Gutachter auf Grund seines eigenen Untersuchungsbefundes weiter Stellung nimmt. Der Gutachter soll mitteilen, was auf Grund seines Befundes medizinisch Unfallfolge ist und was nicht. Seelische Entschädigungseinstellungen sind medizinisch keine Folge des Unfalls selbst<sup>1</sup>. Der Gutachter hat gerade in diesem Punkte rein sachlich sein Gutachten abzugeben. Wenn die medizinische Wissenschaft eine seelische Einstellung, die bisher vielfach als Unfallfolge galt, nicht mehr als Unfallfolge anerkennen kann, so bedarf eine solche Feststellung keiner Gesetzesänderung; es ist Sache der Rechtsprechung, hierzu Stellung zu nehmen. Der Gutachter hat ferner nicht das Recht, in seinem Gutachten das Vorliegen einer psychogenen oder einwandfrei hysterischen Ausdruckstätigkeit zu verschweigen oder als organische Unfallfolge umzudeuten, wie dies gerade neuerdings wieder öfters geschehen ist. Die vegetative Stigmatisation und die Äußerungen sekundärer affektiver Reaktionen sind eingehend darzulegen. Starke basedowoiden Zustände dürfen im Gutachten nicht unerwähnt bleiben. Bei der Wiedergabe des Untersuchungsbefundes im Gutachten empfiehlt es sich, das für den betreffenden Einzelfall Unwesentliche kurz zusammenzufassen; dagegen

<sup>1</sup> Man muß folgende beide Fragen unterscheiden: 1. Ist eine sog. Unfallneurose medizinisch eine Folge des Unfalls selbst? und verneinendenfalls: 2. Erscheint eine Ablehnung der Entschädigungspflicht dem Gutachter als Unrecht? Rein menschlich wird die zweite Frage von zahlreichen Gutachtern bejaht. Aber man muß sich darüber klar sein, daß es sich hierbei um eine persönliche wohlwollende Stellungnahme des Gutachters handelt, die seinen sachlichen Standpunkt im Gutachten nicht beeinflussen darf. In den literarischen Erörterungen der letzten Jahre über die sog. Unfallneurose sind obige beide Fragen oft zusammen geworfen worden, wodurch sich die Uneinigkeit der Autoren und Gutachter gleichfalls erklärt. Die von *Hoche* (Dtsch. med. Wschr. 1928, Nr 29 und Arbeit und Gesundheit, 1929, H. 13) geforderte Gesetzesänderung (daß nicht entschädigungspflichtig diejenigen nervösen oder psychischen Störungen sein sollen, die ihre Entstehung nicht einem Unfall als solchem, sondern der Tatsache des Versichertseins verdanken) könnte zweifellos den Streit mit einem Schlag beenden. Jedoch dürfte dieser Vorschlag solange keine Aussicht auf Verwirklichung haben, als die medizinischen Sachverständigen und Autoren selbst noch immer verschiedener Ansicht sind, die obigen beiden Fragen zusammenwerfen und stets von neuem medizinische Verteidigungsschriften erscheinen lassen, daß die Unfallneurose gegenwärtig entschädigungspflichtige Unfallfolge sei oder sein müsse. Man wird also zunächst dafür zu sorgen haben, daß solche Verteidigungsschriften nach Möglichkeit nicht mehr erscheinen; d. h. man wird für bessere Aufklärung der Ärzteschaft Sorge tragen müssen. Medizinisch ist tatsächlich schon entschieden, daß die seelischen Entschädigungsreaktionen keine Folge des Unfalls selbst sind. Dies hat der Gutachter in seinem Gutachten zu betonen. Je größer die Einigkeit der medizinischen Sachverständigen sein wird, um so sicherer und selbstverständlicher wird die oberste Rechtsprechung ihre Schlußfolgerungen hieraus ziehen können.

das Wichtige möglichst ausführlich zu bringen. Die bekannte und in den Gutachten häufig wiederkehrende Schlußfolgerung „vor dem entschädigungspflichtigen Unfall leistungsfähig, nach ihm nicht mehr — also ist die spätere Leistungsunfähigkeit Unfallfolge“ ist unrichtig. Der Gutachter hat nach Möglichkeit festzustellen und medizinisch zu begründen, *weshalb* seiner Ansicht nach eine (von dem Begutachteten nur behauptete oder aber eine tatsächliche) Leistungsunfähigkeit oder Arbeitsbeschränkung Unfallfolge ist. Mancher Unfallversicherte, der sich bis zum Unfall für gesund und voll arbeitsfähig gehalten hat, ist in Wirklichkeit zur Zeit des Unfalles schon krank und manchmal, nach medizinischer Schätzung, sogar schon als invalide anzusehen (S. 83). Eine seelische Entschädigungsreaktion kann gewiß eine starke subjektive Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bewirken. Sie ist aber medizinisch keine Unfallfolge; und dementsprechend ist auch die subjektive Einbuße an Leistungsfähigkeit hierdurch medizinisch keine Unfallfolge. Ein Vorliegen verminderter Arbeitsfähigkeit und ein Vorliegen von erwerbsbeschränkenden Unfallfolgen darf niemals verwechselt, sondern muß im Gegenteil nach Möglichkeit scharf auseinandergehalten werden. Ebenso beweist das Vorliegen von Glaubwürdigkeit für sich allein keine Unfallfolgen.

Die Abschätzung der Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsbeschränkung eines zu Begutachtenden ist ein besonders schwieriger Teil der Begutachtung. Gerade hier empfiehlt es sich, den im Gang befindlichen Krankheitsprozeß (*die Krankheit im engeren Sinne*) zu trennen von der abgelaufenen, mit Defekt geheilten Krankheit oder dem stationären chirurgischen Defekt; ferner die Krankheit zu trennen von der Abnormität und von der seelischen Reaktion. Der wirklich Kranke ist bezüglich der Arbeitsbeschränkung stets höher einzuschätzen und ist oft völlig arbeitsunfähig. Der körperlich irgendwie stationär defekt Gewordene kann voll arbeitsfähig sein, wenn er sich in geeigneter Weise umgestellt und an den Defekt angepaßt hat. Mancher schwerverletzt Gewesene verdient nach dem Unfall und mit dem chirurgischen Defekt mehr, als er ohne den Defekt verdient haben würde. Es ist vorläufig ein unvermeidliches Übel, daß für gewisse traumatische Defekte bestimmte feste Rentensätze gewährt werden. Aber wir wissen ja, wie häufig die gleichen traumatischen Defekte, namentlich außerhalb der Unfallentschädigung, die Arbeitsfähigkeit überhaupt nicht beeinträchtigen. Nach Möglichkeit ist eine Vereinheitlichung der Unfallbegutachtung, eine Festlegung einheitlicher Gesichtspunkte anzustreben und vor allem der Nachteil zu beseitigen, daß der leicht oder gar nicht verletzte zähe Lamentierer und Rentenkämpfer auch jetzt noch fast immer eine zu hohe Rente erstreitet, während der ehrliche Schwerverletzte sich durchschnittlich mit einer viel geringeren Rente zufrieden geben muß (s. neuerdings *Kaldewey*). Ähnlich wie es ferner ein echtes vegetativ entstehendes Krankheitsgefühl und einen

affektiv entstandenen, von dem Patienten lediglich als Krankheitsgefühl *gedeuteten* seelisch-vegetativen Ausnahmezustand gibt, gibt es auch eine echte, vegetativ begründete (körperlich entstandene) subjektiv entsprechend zum Bewußtsein gelangende Leistungsverminderung und eine nur psychisch entstehende, von dem Patienten als organische Leistungsverminderung (Leistungs- oder Arbeitsunfähigkeit) *gedeutete* Folge seelischer Reaktionen. Man darf, bezüglich der objektiv zu beurteilenden Leistungsfähigkeit, den wirklich Kranken und den seelisch abnorm Reagierenden nicht ohne weiteres gleichstellen; der objektiv Kranke bleibt leistungsvermindert oder leistungsunfähig, auch wenn man ihm das subjektive Krankheitsgefühl wegsuggeriert. Der nur seelisch abnorm Reagierende ist nach Beseitigung des (lediglich psychisch entstandenen) krankheitsähnlichen Gefühles wieder völlig „gesund“ und leistungsfähig. Außerdem lehrt die Erfahrung, daß der nur unter nervösen Mißempfindungen Leidende bei gutem Willen voll arbeitsfähig sein kann.

Über die Vorschriften, die der Arzt als Gutachter zu beachten hat, und über seine ganze Stellungnahme siehe die neueren Lehrbücher der Begutachtung und die Referate von *Bundt* und *de Bary* auf dem Deutschen Ärztetag in Danzig<sup>1</sup>. Was der Gutachter unter allen Umständen zu vermeiden hat, sind die sog. Gefälligkeitsatteste. Der behandelnde Arzt soll nicht nur die subjektiven Beschwerden seines Klienten im Zeugnis bescheinigen, sondern, auf Grund seiner (durch die Behandlung erworbenen) Kenntnisse von der Krankheit oder dem Leiden und seinem Verlauf, sowie der Arbeitsbeschränkung des Patienten dasjenige (für die Beurteilung oft höchst wertvolle) Tatsachenmaterial herbeizubringen suchen, welches nur er als behandelnder Arzt liefern kann. Nicht als behandelnde Ärzte dürfen (für den betreffenden Einzelfall) diejenigen Ärzte angesehen werden, die (namentlich in Unfall- oder Kriegsversorgungsangelegenheiten) lediglich ein sog. Sprechstundenattest, auf Grund einer einmaligen Untersuchung und ohne Kenntnis der Akten, abgegeben haben. Zahlreiche Rentensucher und Rentenbewerber wollen nicht ärztlich behandelt, sondern lediglich untersucht werden, damit ihnen der Arzt die erwerbsbeschränkende Unfallfolge oder Kriegsdienstbeschädigung bestätige. Ärzte, welche den Patienten nur einmal in der Sprechstunde, behufs Ausstellung eines Privatattestes, untersucht und die Akten nicht eingesehen haben, auch sonst keine Kenntnis von dem Beginn und Verlauf der Krankheit oder des Leidens besitzen, dürfen in dem betreffenden Begutachtungsfall nicht als „behandelnde“ Ärzte gelten. Ihre Sprechstundenatteste haben als Beweismittel im Rentenverfahren von vornherein auszuscheiden.

Zwei besonders schwerwiegende Fehler, die auch gegenwärtig noch in zahlreichen — auch klinischen — Gutachten (Unfallbegutachtung) begangen werden, sind die ungenaue (unklare, ausweichende) Ausdrucks-

<sup>1</sup> *Bundt u. de Bary: Ärztl. Ver.bl., Sitzgsber. 21. August 1928, 31.*

weise, sowie die Mängel (logischen Fehler) in der Beweisführung bezüglich des ursächlichen Zusammenhangs. Jahrelang soll die Schädelverletzung, der Schädelbruch, oder die Hirnerschütterung eine hohe Erwerbsbeschränkung bewirken (gemeint ist die dauernde traumatische Hirnschädigung; oft aber liegt auch nur eine Entschädigungsreaktion vor). An Stelle von seelischer Reaktion spricht der Gutachter von Neurasthenie oder Nervenschwäche. „Nervenschwäche“ wird gleichbedeutend mit Hysterie verwendet. Das Organisch-Kommotionelle und das Seelisch-Reaktive werden zusammengeworfen. Man spricht von „Unfallkomplex“ und meint eine seelische Einwirkung des Entschädigungsverfahrens oder ein Streben nach Krankheitsgewinn. Die Unrichtigkeit der Ausdrücke Unfallneurose, Unfallhysterie usw. wurde schon auf S. 93 dargetan. Die Bezeichnung Neurose ist an und für sich höchst unbestimmter Natur. Die Verschlimmerung der Krankheit *nach* dem Unfall und *durch* den Unfall wird nicht auseinandergehalten. Die eindeutige Zweckreaktion wird zur „schweren Psychoneurose“. Hirnerschütterung und Hirnkontusion werden nicht nach Möglichkeit getrennt (S. 67). „Unfallneurose“ werden auch organische oder nervöse Unfallfolgen, seelische Reaktionen auf schlechte wirtschaftliche Lagen und Arbeitslosigkeit, komplizierende Krankheiten, konstitutionelle Nervosität usw. genannt. Derartige ungenaue und fehlerhafte Ausdrucksweisen sind eine Folge des Mangels an hinreichender psychopathologischer Ausbildung des Gutachters und zum Teil auch eine Folge der fehlenden Einheitlichkeit in der wissenschaftlichen Ausdrucksweise selbst.

Bei der gutachtlichen Beweisführung werden Behauptungen und Begründungen verwechselt. Sätze, wie „der Unfall ist geeignet, jahrelange subjektive Beschwerden und den jetzigen Zustand des Rentenbewerbers hervorzurufen“ oder „der Unfall kommt als auslösend oder verschlimmernd in Betracht“ sind selbst noch keine Beweise, sondern Behauptungen, die erst zu begründen sind. Ebenso sind die Diagnosen (und namentlich gewisse Diagnosen) ohne nähere Begründung nur Behauptungen („postkommotionelle psychogene Hypochondrie“, „traumatische Epilepsie“, „traumatische Spätapoplexie“ usw.). Stets ist zu begründen, *weshalb* erwerbsbeschränkende Unfallfolgen anzunehmen sind. Häufig sind ferner die ad hoc aufgestellten Behauptungen im Gutachten: „Es ist bekannt, daß nach schweren Schädelverletzungen eine Basedowsche Krankheit auftreten kann“ (einige Begründung des ursächlichen Zusammenhangs in einem klinischen Gutachten). Vage Vermutungen werden in „hohe Wahrscheinlichkeiten“ umgedeutet. Der Gutachter übersieht aber hierbei das Fehlen der entsprechenden akuten Verletzungssymptome und das Fehlen des engen zeitlichen Zusammenhangs. Andererseits gewinnt das „post hoc ergo propter hoc“ für ihn eine übermächtige Überzeugungskraft. Jede komplizierende organische Krankheit soll durch den Unfall verschlimmert worden sein (Verwechslung von Krankheitsursache und

Sichbewußtwerden, s. S. 83). Um die Epilepsie des zu Begutachtenden als Unfallfolge hinstellen zu können, nimmt das klinische Gutachten eine Shockwirkung durch den Unfall an, vergißt aber, die Frage der akuten Hirnsymptome rechtzeitig aufzuklären. Zahlreich sind die Erklärungsversuche, um glaubhafte subjektive Beschwerden oder eine sog. Unfallneurose als Unfallfolge zu begutachten. Der zu Begutachtende habe „fraglos“ auch eine Hirnerschütterung oder Shockwirkung erlitten; oder: man komme an der Tatsache nicht vorbei, daß der sog. Unfallkranke vor dem Unfall gesund gewesen sei und es nach dem Unfall nicht mehr sei (es wird hierbei nicht beachtet, daß der Begriff des Gesundseins bzw. Sichgesundführens und des Krankseins usw. selbst nichts Eindeutiges und Einheitliches ist und daß auch die zahlreichen sonstigen, auf S. 82 f. besprochenen seelischen Vorgänge berücksichtigt werden müssen). Der Gutachter überschaut nicht, daß die Differentialdiagnose „Rentenwunschneurose oder organische Unfallfolge?“ nicht erschöpfend ist. Wenn der Begutachtete „nicht den Eindruck des Simulanten macht“, so ist hiermit noch nicht ohne weiteres das Vorliegen erwerbsbeschränkender Unfallfolgen überwiegend wahrscheinlich. Oder die Lebensbedrohung durch den Unfall habe die Unfallneurose herbeigeführt (in Wirklichkeit weiß auch jeder Nichtmediziner, der eine Lebensbedrohung durchgemacht hat, aus eigener Erfahrung, daß eine glücklich überstandene Lebensbedrohung keine langdauernde „Neurose“ im Gefolge hat).

Derartige Mängel der Beweisführung im Gutachten haben verschiedene Ursachen (nicht genügende Zeitaufwendung für das Gutachten, kein zureichendes Nachdenken, keine geeignete Schulung im Denken, keine genügenden Kenntnisse). Sehr oft aber spielt die persönliche Einstellung des Gutachters zur Begutachtung eine Hauptrolle (s. den folgenden Abschnitt). Demgegenüber hat sich der Gutachter stets zu bemühen, so sachlich und so gründlich wie möglich zu untersuchen: *Ob* und *weshalb* noch erwerbsbeschränkende Unfallfolgen im medizinischen Sinne vorliegen. Bei den im allgemeinen *nichttraumatischen* Krankheiten (Epilepsie, Schizophrenie, Arteriosklerose, multiple Sklerose, Neubildung usw.) ist in der Beweisführung von der Tatsache des im allgemeinen nichttraumatischen Krankheitsausbruches und auch der nichttraumatischen (dem natürlichen Verlauf der Krankheit entsprechenden) Verschlimmerung auszugehen; und dann ist zu prüfen, ob und inwiefern *in dem betreffenden Einzelfall* ausnahmsweise besondere Bedingungen oder Verhältnisse vorliegen, welche die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit von Unfallfolgen im Sinne einer Hauptursache oder wesentlichen Teilursache nahelegen. Die Beweisführung, daß Unfallfolgen vorliegen, hat also *für den betreffenden Einzelfall* zu geschehen. Jede allgemeine Beweisführung (z. B. auch durch literarische Hinweise) ohne entsprechendes Eingehen auf den Einzelfall ist ungenügend. Die Beweisführung ist *positiv* zu erbringen. Für das Vorliegen erwerbsbeschränkender Unfallfolgen im medizinischen

Sinne ist der Nachweis einer derart hohen Wahrscheinlichkeit erforderlich, daß sich hierauf der Bescheid der Berufsgenossenschaft oder das richterliche Urteil gründen kann. Die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes betont ganz ausdrücklich und immer wieder von neuem, daß die bloße Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs (oder eines Vorliegens von Unfallfolgen überhaupt) *nicht genüge*, den ursächlichen Zusammenhang oder die Entschädigungspflicht zu bejahen. *Die Unmöglichkeit des Gegenbeweises reicht zur Verurteilung* derjenigen Partei, die nur für erwerbsbeschränkende Unfallfolgen zu haften hat, *nicht aus*. Derartige Schlußfolgerungen ergeben sich auch aus dem logischen Denken. Der Gutachter muß ferner die rechtliche Auslegung des Unfallbegriffes kennen (zur Annahme eines Unfalles gehört der Nachweis, daß das betreffende Vorkommnis zu einer *Gesundheitsschädigung* geführt hat; diese muß also nachgewiesen sein; ein Erschrecken ist an sich noch keine *Gesundheitsschädigung*). Alles, was psychologische Folge des Entschädigungsverfahrens oder Entschädigungsgedankens ist, ist medizinisch nicht Folge des Unfalles. *Dies* hat der Gutachter im Gutachten auszuführen. Wenn der Kampf gegen die sog. Unfallneurose bis jetzt noch nicht den gewünschten Erfolg gehabt hat, so ist hieran zu einem sehr großen Teil auch die mangelhafte Beweisführung im ärztlichen Gutachten schuld.

#### 4. Zur Psychologie des Gutachters.

Wenn man sich die Frage vorlegt, weshalb die Gutachten der medizinischen Sachverständigen gerade bei Unfallbegutachtungen so häufig in ganz verschiedenem Sinne, ja entgegengesetzt, ausfallen, so lassen sich als Antwort hierauf eine große Anzahl von Gründen nennen, die hier nicht sämtlich aufgezählt zu werden brauchen und in den vorstehenden Kapiteln zum Teil auch schon genannt oder angedeutet wurden. Verhältnismäßig am seltensten sind Meinungsverschiedenheiten lediglich infolge verschiedener wissenschaftlicher Beurteilung. Die zunehmende Erfahrung hat immer mehr gelehrt, daß insbesondere die wesentliche ursächliche Mitwirkung eines Unfalles bei der Entstehung oder Verschlimmerung einer an sich nichttraumatischen Krankheit, namentlich im Bereich des Zentralnervensystems und der Geisteskrankheiten, eine sehr *geringe* ist und daß hier vor allem eine große Zurückhaltung seitens des Gutachters in der Frage der Anerkennung als Unfallfolge, sowie strenge Anforderungen an die Beweisführung notwendig sind.

Eine zahlenmäßig größere Rolle spielt, bei den Meinungsverschiedenheiten der einzelnen Gutachter, das Berücksichtigen oder Nichtberücksichtigen gewisser Regelsätze oder Forderungen, die von der Rechtsprechung für die medizinische Begutachtung aufgestellt worden sind (Nachweis der hinreichend hohen Wahrscheinlichkeit und nicht der bloßen Möglichkeit; Nachweis der wesentlichen Teilursache und nicht nur Vorliegen einer sog. auslösenden Gelegenheitsursache; rechtliche

Trennung in Folgen des Unfalles selbst und in psychologische Auswirkungen des Versichertseins). Wenn sich der eine Gutachter in seinem Gutachten an derartige rechtliche Aufstellungen hält (wozu er als „Gehilfe des Richters“ nicht nur berechtigt, sondern sogar verpflichtet ist) und der andere nicht, so müssen hieraus notwendigerweise verschiedene Schlußergebnisse der gutachtlichen Beurteilung entstehen. Ein Teil der Gutachter, welche die rechtlichen Normen nicht berücksichtigen, hat von ihnen keine genügende Kenntnis (kein entsprechender Unterricht auf den Universitäten, keine genügende Ausbildung und Erfahrung als Gutachter). Andere Gutachter kennen aber diese Rechtsprechung und nehmen in ihrem Gutachten trotzdem nicht die gebührende Rücksicht hierauf (aus Gründen, die von den Gutachtern selbst nicht genannt werden, oft überhaupt nicht hinreichend klar zutage liegen und als in der Persönlichkeit des Gutachters wurzelnd angenommen werden müssen). Und dann kann es sogar vorkommen, daß der eine Gutachter, der sich in seinem Gutachten an die Begriffe der wesentlichen Teilursache und der überwiegenden Wahrscheinlichkeit hält, von dem anderen Gutachter als rigoros, apodiktisch und doktrinär bezeichnet wird.

Vor allem ist die richtige gutachtliche Beurteilung an die Stellung einer richtigen ärztlichen Diagnose gebunden. Unrichtige Diagnosen im Gutachten haben ebenfalls sehr verschiedene Ursachen. Hier ist zunächst der reine diagnostische Irrtum zu nennen, der ein entschuldbarer und ein nichtentschuldbarer sein kann. Man hüte sich vor allem vor der Aufstellung schwerwiegender Diagnosen, für welche man nicht ausreichende Begründungen hat, und gestehe lieber seine diagnostische Unsicherheit ohne weiteres zu. Die Unfallbegutachtung kann den Arzt gelegentlich vor diagnostische Aufgaben stellen, die eine Zeitlang unlösbar sind und erst aus dem weiteren Verlauf der Störung mit einiger Sicherheit entschieden werden können. Je sorgfältiger von Anfang an untersucht und beobachtet wird, und je mehr man zuverlässige diagnostische Hilfsmittel anzuwenden sich bemüht, fachärztliche Untersuchungen veranlaßt usw., um so mehr wird man zu wichtigen Ergebnissen auch dann gelangen, wenn die diagnostische Klärung zur gegebenen Zeit noch nicht möglich ist. Notwendig ist bei der späteren Diagnosenstellung vor allem auch das eingehende Berücksichtigen des Vorhandenseins oder Fehlens entsprechender akuter Verletzungssymptome.

Vielfach aber ist es die besondere Einstellung des Gutachters, welche zu diagnostischen Irrtümern oder zu einer vorschnellen Anerkennung der Krankheit als Unfallfolge führt. So gibt es z. B. für den Gutachter eine „*Suggestion durch die Sachlage*“, welche von entscheidendem Einfluß auch für die Diagnosenstellung werden kann. Weil ein entschädigungspflichtiger Unfall (oder ein Ereignis, welches als ein solcher aufgefaßt worden ist) vorangegangen ist, deshalb wird die ärztliche Diagnose auf Unfallfolgen eingestellt. Die schwere progressive Hirnarteriosklerose wird

zum Nervenzusammenbruch und zur entschädigungspflichtigen Unfallfolge (entsprechende akute Symptome nach dem Unfall hatten gefehlt). Der schwere Parkinsonismus wird zur Zitterneurose und Unfallfolge, die progressive Paralyse zur typischen Schreckneurose, die eindeutige Schizophrenie zur reaktiven Depression auf den Unfall, die reaktive Depression infolge Anklage und drohender Verurteilung gemäß § 176 III Str.G.B. zum „posttraumatischen Hemmungszustand nach Hirnerschütterung vor 2 Jahren“ (alle diese unrichtigen Diagnosen waren von Fachärzten oder in Fachkliniken gestellt worden). Weil der zu Begutachtende nicht den Eindruck der Simulation macht (oder weil keine „Rentenhysterie“ vorliege), deshalb werden von vornherein schwere organische Unfallfolgen seitens des Hirnes angenommen. Weil der „Unfall schwer“ war, deshalb müssen die folgenden subjektiven Beschwerden ungeprüft als Unfallfolge gelten (in Wirklichkeit kann das betreffende Ereignis sehr schwer gewesen sein, den einzelnen zu Begutachtenden aber nur gering oder gar nicht in seiner Gesundheit geschädigt haben). Weil die unwahrscheinliche und unrichtige These aufgestellt und teilweise geglaubt worden ist, daß Unfallneurose und Gesamtheit der seelischen Entschädigungseinstellungen stets mehr oder weniger Betrug seien, wurde gefolgert, daß alles, was nicht offener Betrug sei, entschädigungspflichtige Unfallfolge sein müsse. So entstanden irrtümliche Diagnosen aller Art (das hysterische Stottern und die hysterische Unbesinnlichkeit wurden zur motorischen Aphasie und zur organischen Unfallfolge usw.). Das zeitliche Zusammenfallen irgendwelcher Krankheit oder reaktiven Störung mit dem Unfall, sowie die überwertige und felsenfeste Überzeugung des zu Begutachtenden, durch den Unfall krank geworden zu sein, und seine offensichtliche subjektive Glaubwürdigkeit vermögen auf den begutachtenden Arzt starke Suggestionen auszuüben.

Derartige einseitige, auf den Unfall bzw. auf das Vorliegen erwerbsbeschränkender Unfallfolgen abzielende Diagnosen und die vorschnelle Schlußfolgerung im Sinne des post hoc ergo propter hoc sind sehr oft Ergebnisse einer allgemein-menschlichen affektiven Stellungnahme des medizinischen Gutachters, die mit dem Begriff des *ärztlichen Wohlwollens* bezeichnet wird und die ihren Ausdruck findet in dem Nichtbeachten der Grenzen zwischen ärztlicher und gutachtlicher Tätigkeit, manchmal auch der Grenzen zwischen dem Gebiet des medizinischen Sachverständigen und demjenigen des Richters. Tatsächlich sind die Aufgaben des *Arztes* (der es nur mit einem Kranken oder sich für krank Haltenden zu tun hat, dem er helfen will und soll) und die Aufgaben des *Gutachters* (der unparteiisch zwischen zwei einander völlig gleichberechtigten Parteien seine gutachtliche Beurteilung finden soll) voneinander grundsätzlich verschieden; und nicht gutgeheißen werden können diejenigen literarischen Versuche, die neuerdings unternommen werden, die Grenzlinien zwischen den ärztlichen und den gutachterlichen Aufgaben

einzuebnen und unkenntlich zu machen. Es ist schlechthin selbstverständlich, daß der Gutachter nicht mit irgendwelcher Voreingenommenheit oder gar Überheblichkeit, sondern als Mensch dem zu begutachtenden Mitmenschen gegenüber zu treten hat. Der Gutachter soll sich ein möglichst umfassendes Bild von der gesamten Persönlichkeit und Lage des Patienten, von seinen Arbeitsverhältnissen und Lebenschwierigkeiten zu machen suchen; er soll sich in die Situation des zu Begutachtenden hineinzuversetzen und einzufühlen suchen; er soll dem zu Begutachtenden völlig unbefangen und mit Vertrauen entgegenkommen, um auch seinerseits Vertrauen zu ernten. Der zu Begutachtende wird von einem Gutachter, dem er Vertrauen entgegenbringt, auch ein ihm ungünstig erscheinendes Ergebnis ruhiger und ohne allzu großen Widerspruch entgegennehmen. Der Gutachter soll, wenn nötig, gute Ratschläge geben, gegebenenfalls auch Psychotherapie treiben (was aber wegen Zeitmangels meist nicht möglich sein wird). Es ist weiterhin nichts dagegen einzuwenden, daß Ärzte literarisch scharf gegen vermeintliche oder wirkliche Schattenseiten im Bereich der Unfallbegutachtung vorgehen, sofern eine hinreichende Begründung für die vorgebrachten Anschauungen gegeben werden kann. Aber diese einfühlende, mitfühlende, verstehende oder literarisch-kritische Tätigkeit berechtigt den Gutachter nicht, in dem zu begutachtenden Einzelfall sich einseitig der Parteianschauung des zu Begutachtenden anzuschließen.

Das „*in dubio pro reo*“, „*in dubio mitius*“, „*in dubio pro aegroto*“ beherrscht (teils eingestandenermaßen und teils unausgesprochen, gefühlsmäßig, aber um so stärker wirkend) viele gutachtliche Schlußfolgerungen und literarische Veröffentlichungen auf medizinischem Gebiet (S. 103). Indem der medizinische Sachverständige bei Abgabe seines Gutachtens einem solchen Grundsatz huldigt, maßt er sich selbst schon richterliche Vollmachten an (ebenso mit dem anderen Vorschlag, man solle das *bona fide* Entstandene als Unfallfolge entschädigen und das *mala fide* nicht). Immer und immer wieder hat das Reichsversicherungsamt darauf hingewiesen, daß der aus der Strafjustiz stammende Grundsatz „*in dubio pro reo*“ und seine Abwandlungen nicht auf das Zivilrecht und nicht auf die Unfallbegutachtung angewandt werden dürfen, weder vom Richter selbst noch namentlich vom medizinischen Sachverständigen. Würde dieser Grundsatz Anwendung finden, dann müßte er zuerst auf die zur Zahlung verpflichtete Partei angewendet werden und nicht auf den Rentenbewerber<sup>1</sup>. Der medizinische Sachverständige begeht einen Denkfehler, wenn er Unfallfolgen bejaht, weil das Gegenteil nicht beweisbar sei. Er wird hierdurch zum medizinischen Anwalt des zu Begutachtenden; und er überschreitet in ungehöriger Weise seine Befugnisse, wenn er als Gutachter dem zu Begutachtenden

<sup>1</sup> Einzelheiten in Entscheidungen und Mitteilungen des RVA. Bd. 18, 188; ferner: *Knoll, Nichaus u. v. a.*

dadurch „helfen“ will, daß er ihm die Rente zuspricht. Die Unmöglichkeit des Gegenbeweises reicht nicht zur Verurteilung derjenigen Partei aus, die nur für erwerbsbeschränkende Unfallfolgen aufzukommen hat (S. 121). Oft hat man, beim Lesen entsprechender Gutachten, sogar die Empfindung, daß der Gutachter nur deshalb Unfallfolgen bejaht, weil er „die Sache los sein“ und sich der Verantwortung entziehen will. Hierher gehört auch die unbestimmte Ausdrucksweise (es sei nicht von der Hand zu weisen... oder eine ähnliche Wendung), so daß man hier auch von Ausweichgutachten sprechen kann.

So entstehen zwei verschiedene Richtungen bei den medizinischen Sachverständigen: Der eine Teil der Gutachter prüft nach Möglichkeit sachlich, *ob* und *weshalb* erwerbsbeschränkende Unfallfolgen anzunehmen sind; und der andere Teil der Gutachter ist lediglich bestrebt zu beweisen (bzw. zu behaupten; denn eine wissenschaftlich haltbare Beweisführung wird in solchen Gutachten nicht gegeben), *daß* entschädigungspflichtige Unfallfolgen vorliegen. Und um diesem Streben einen möglichst großen Erfolg zu verleihen, wird z. B. die hysterische Ausdruckstätigkeit des zu Begutachtenden nicht erwähnt; oder es werden ganz unwahrscheinliche und gewagteste Vermutungen als Beweise für den ursächlichen Zusammenhang konstruiert. Ein Gutachter, der dem zu Begutachtenden auf diese Weise eine Rente zuspricht (ohne sich der Einzelheiten seiner Beweggründe bewußt zu werden), hält sich vielleicht für ethisch besonders hochstehend, warmherzig, mitfühlend; er verurteilt den andersdenkenden Gutachter als „rigoros“ (denn auch die Überzeugung des Gutachters selbst, daß er recht habe, kann überwertig werden, mit allen psychologischen Folgeerscheinungen einer solchen Überwertigkeit). In Wirklichkeit handelt jedoch ein Gutachter, der ein solches parteiliches Gutachten abgibt, eigennützig, auch wenn er meint, das Gutachten aus hochstehenden Motiven abzugeben. Und der gleiche Gutachter würde es gewiß als große Ungerechtigkeit empfinden, wenn in einem anderen Rechtsstreit er selbst der zahlende Teil ist und wenn dann der gerichtlich vernommene Sachverständige ein parteiliches Gutachten zugunsten des Rentenbewerbers abgibt. Für den medizinischen Sachverständigen bleibt gar nichts anderes übrig, als „unparteiisch und nach bestem Wissen“ sein Gutachten lediglich entsprechend seiner wissenschaftlichen Überzeugung abzugeben, ohne jede Rücksicht auf die eine oder andere Partei. Daß sich hierbei in der ärztlichen Praxis größte und unüberwindlich erscheinende Schwierigkeiten ergeben können, ist in der Literatur oft ausgeführt worden (s. u. a. *Stoll*). Es wäre viel gewonnen, wenn bei Begutachtungen auf Unfall- oder Kriegsfolgen der behandelnde Arzt grundsätzlich nur als sachverständiger Zeuge und nur auf direkte Veranlassung der Behörde sich zu äußern hätte.

Aus diesen Ausführungen und aus zahlreichen sonstigen Erfahrungen ergibt sich, wie tief die Gutachtertätigkeit in der Persönlichkeit des

Gutachters wurzeln kann und wie ungemein leicht der Gutachter selbst in Gefahr kommt, daß affektive Einflüsse irgendwelcher Art, die er selbst nicht bemerkt, seine angestrebte Unparteilichkeit beeinflussen (ich erinnere nur an die große Leidenschaftlichkeit der Diskussionen im Gutachten und in literarischen Veröffentlichungen, sowie an zahlreiche unbegründet erhobene Vorwürfe). Daher soll sich auch kein Gutachter als „fertiger“ Gutachter und womöglich als unfehlbar betrachten. Denn tatsächlich lernt man auf dem Gebiet der Begutachtungstätigkeit ebenso wenig aus wie im Bereich der Medizin im allgemeinen und im Bereich der Menschen- und Seelenkenntnis, und jeder Gutachter, der es mit seinem Beruf ernst meint, weiß, daß er sich auch irren kann, und ist dankbar, wenn ihm ein Irrtum nachgewiesen wird.

Noch andere, in der Persönlichkeit des Gutachters liegende Gründe für Verschiedenheiten der gutachtlichen Beurteilung, und zwar speziell der Arbeitsfähigkeit, können genannt werden. *Röper* sagt sehr richtig: Je härter der Arzt mit sich selbst ist, um so mehr verlangt er Selbstkorrektur seines Rentenbewerbers. Hierzu glaubt er um so mehr berechtigt zu sein, als tatsächlich ein gewisser Zwang zur Arbeit für viele, nicht vollwertig veranlagte, körperlich aber gesunde Menschen sehr heilsam ist. Zweifellos kann eine zu große — wenn auch durchaus wohlgemeinte — Härte des Gutachters zur Ungerechtigkeit führen. Aber auch die Weichheit und Nachgiebigkeit des Gutachters kann schaden; und zwar oft mehr als die Härte, indem durch eine zu große Nachgiebigkeit des Gutachters nicht nur der zu Begutachtende selbst, sondern auch die Allgemeinheit geschädigt werden kann.

Hiermit kommen wir zu der zu strengen, zu harten und darum ungerechten Begutachtung. Sie hat ebenfalls verschiedene Wurzeln, unter denen die *Voreingenommenheit* gegenüber dem zu Begutachtenden wiederum eine Hauptrolle spielt: Irgendwelche Zufälligkeiten in dem Gebaren oder der Ausdruckstätigkeit des zu Begutachtenden bewirken in dem Gutachter eine rasch entstehende Überzeugung, daß „Unfallneurose“ oder Simulation vorliege; und daß der zu Begutachtende daher so kurz und so schroff wie möglich abgefertigt werden müsse. Der Gutachter legt sich also vorschnell mit seiner Diagnose fest. In Wirklichkeit kann gar nicht genug davor gewarnt werden, gerade bei zu Begutachtenden sog. Augenblicksdiagnosen zu stellen oder sich durch unklare gefühlsmäßige Eingebungen und Vermutungen bestimmen zu lassen oder sogar ein vorgefaßtes Mißtrauen zu hegen. Jede affektive Einstellung irgendwelcher Art trübt dem Gutachter das Urteil. Je unbefangener man an das diagnostische Problem geht und je mehr man die Stellung der endgültigen Diagnose hinausschiebt, um so seltener wird man sich irren. Schon die eine Tatsache sollte jeden Gutachter zur Vorsicht gegenüber vorschnellen Diagnosen mahnen: daß bei dem zu Begutachtenden oft genug nicht nur zwei Gruppen von diagnostischen Möglichkeiten vorliegen

(organische Unfallfolge oder Entschädigungsreaktion), sondern daß der gleiche zu Begutachtende ebensowohl organisch unfallgeschädigt wie organisch unabhängig vom Unfall krank oder defekt, wie seelisch in besonderer Weise eingestellt sein kann. Selbst bei eindeutiger Zweckreaktion können schwere und schwerste Organveränderungen (Myokarditis usw.), wenn auch meist nicht als Unfallfolge, vorliegen. Der eindeutigen Zweckreaktion begegne man nicht mit zornigem Aufbrausen oder schroffer Ablehnung, sondern mit freundlicher, wenn auch bestimmter Überlegenheit.

Das parkinsonistische wird als hysterisches Zittern, die echte traumatisch-epileptiforme Hirnveränderung als hysterische Reaktion, die Hemmungslosigkeit des Stirnhirnkontundierten als Psychopathie verkannt. Hier handelt es sich also um falsche Diagnosen. Zu rigoros werden ferner oft genug die Schwerverletzten, die anständig Denkenden, nicht Übertreibenden begutachtet, wenn der Gutachter gewöhnt ist, nicht auf sein eigenes Urteilsvermögen, sondern auf die Massenhaftigkeit von vorgebrachten Beschwerden eines zu Begutachtenden seine gutachtlichen Schlußfolgerungen zu gründen.

Dieser kurze Überblick über die ärztliche Begutachtung zeigt, wie vielerlei, namentlich auf psychologischem Gebiet, zu beachten ist. Will man die noch jetzt bestehenden Nachteile im ärztlichen Begutachtungswesen bekämpfen, so erscheinen vor allem folgende Ziele erstrebenswert: Systematischer Unterricht auf den Universitäten, namentlich im Gebiet der sog. Begutachtungs- und überhaupt der praktischen medizinischen Psychologie (Darlegung der mannigfachen Schwierigkeiten und Gefahren, denen der Gutachter fortgesetzt begegnet; Vermeidung des affektiv eingestellten, sog. undisziplinierten Denkens; Ausbildung des nötigen Verantwortungsgefühles usw.); ferner brauchbare Organisation des Gutachterwesens und möglichste Vereinheitlichung der wissenschaftlichen Grundanschauungen, namentlich im Bereich der Lehre von den sog. Neurosen. Die ärztliche Begutachtung und der Unterricht darin werden jetzt noch vielfach zu nebensächlich eingeschätzt und behandelt. Ihre große Bedeutung ergibt sich aber aus ihrer Wichtigkeit für die Durchführung der gesamten sozialen Versicherung. Nicht diese selbst ist schuld an den zahlreichen sich hierbei zeigenden Nachteilen, sondern die im Bereich der Versicherung und Versorgung zutage tretende große allgemein-menschliche Unvernunft und die medizinische Uneinigkeit.

---

#### Literaturverzeichnis.

*Bauer, Julius:* Die konstitutionelle Disposition, 3. Aufl., 1924. — *Birnbaum:* Psychopathie und Psychose im Lichte der Kriegserfahrungen. Handbuch der Neurologie, Erg.-Bd. I. 1924. — Handwörterbuch der medizinischen Psycho-

logie. Leipzig 1930. — Die psychoreaktiven (psychogenen) Symptomenbildungen. *Bumkes Handbuch der Psychiatrie*, Bd. 2, 1928. — *Bleuler*: Lehrbuch der Psychiatrie. — *Bonhoeffer*: Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände vor? *Z. Psychiatr.* 68. — *Bostroem, A.*: Störungen des Wollens. *Handbuch der Psychiatrie* von *Bumke*, Bd. 2, S. 49f., 1928. — *Braun, E.*: Psychogene Reaktionen. *Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten*, Bd. 5, 1928. — *Bumke*: Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 1929. — Pupillenstörungen. Jena: Gustav Fischer 1911. — Die psychopathischen Konstitutionen und ihre soziale Beurteilung. *Münch. med. Wschr.* 1932, Nr 27, 28. — *Enke, W.*: Unfallneurose und Konstitution. *Zbl. Psychother.* 2, 364 (1929). — *Fischer u. Welke*: Eine neue Art von Trugwahrnehmungen. *Arch. f. Psychiatr.* 76 (1926). — *Forster*: Hysterische Reaktion und Simulation. *Mschr. Psychiatr.* 42 (1918). — *Friedmann, L.*: Begriff und Wesen des Krankseins. *Nervenarzt* 1929, 207. — *Gaupp*: Kriegsneurosen. *Z. Neur.* 34 (1916). — Schreckneurosen und Neurasthenie. *Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege*, Bd. 4. Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1922. — Über den Begriff der Hysterie. *Z. Neur.* 1911, 5. — Die Nervenkranken des Krieges. *Arbeitsfeld der Kriegswohlfahrtspflege für Württemberg*. Stuttgart 1917. — *Gebbing, Maria*: Erbanlage bei Neurotikern. *Dtsch. Z. Nervenheilk.* 125 (1932). — *Geigel*: Der Kanon des jungen Soldaten. *Münch. med. Wschr.* 1919, Nr 52. — *Grafe u. Mayer*: *Z. Neur.* 1923, 86. — *Hahn, Rudolf*: Begutachtung von Kindern. *Handbuch der ärztlichen Begutachtung von Liniger*, Bd. 2, S. 209, 1931. — *Hansen*: Zur Theorie der Symptomenbildung in der Neurose. *Nervenarzt* 1928. — *Hauptmann*: Psychogen-hysterisch-simuliert. *Arch. f. Psychiatr.* 74 (1925); Lehrbuch von *Curschmann-Kramer*, II. Aufl., 1925. — *Heilig u. Hoff*: Sammelreferat über die psychische Beeinflussung von Organfunktionen. *Z. Psychother.* 1928. — *Heyer*: *Klin. Wschr.* 1923, 2274. München: J. F. Bergmann 1925. — *Hirschfeld*: *Z. Neur. Ref.* 15, 76, 332. — *Hoche, A. E.*: Ist die Hysterie wirklich entlarvt? *Dtsch. med. Wschr.* 1932, Nr 1. — *Hoffmann, Hermann*: Über psychogene Beschwerden. *Dtsch. med. Wschr.* 1928, Nr 48. — Reaktive Psychosen und Neurosen. *Fortschr. Neur.* 1930, 137. — Über die Unfallneurose. *Klin. Wschr.* 1930, Nr 3, 121. — *Horn, Paul*: Über Schreckneurose. *Dtsch. Z. Nervenheilk.* 53. — *Hiibner*: Experimente zur Simulationsfrage. *Neur. Zbl.* 1918, 531; *Z. Nerv.* 1918, 60. — *Isserlin*: Die Erwartungsneurose. *Münch. med. Wschr.* 1908, 1427. — *Jaspers*: Allgemeine Psychopathologie. Berlin: Julius Springer 1923. — *Kahn, Eugen*: Die psychopathischen Persönlichkeiten. *Bumkes Handbuch der Psychiatrie*, Bd. 5, 1928. — *Kaldevey, Walter*: Zum Kapitel der Unfallneurosen. *Klin. Wschr.* 1927, 1475. — *Kehrer*: Im Leben erworbene psychische Ursachen. *Bumkes Handbuch der Psychiatrie*, Allg. Teil I. — Spezielle Symptomatologie der Hysterie und Neurasthenie. *Handbuch der Neurologie*, 1. Aufl., Erg.-Bd. 1. 1924. — Über Hypochondrie. *Z. Psychother.* 2 (1929). — *Kisch*: Der arterielle Tiefdruck. *Erg. inn. Med.* 38 (1930). *Ref. Zbl. Neur.* 57, 733. — *Knauer u. Billigheimer*: Organische und funktionelle Störungen des vegetativen Nervensystems. *Z. Neur.* 1919, 50. — *Knoll, Ernst*: Grundsätzliche Rechtsfragen zur „traumatischen Neurose“. *Mschr. Arb.- u. Angest.versich.* 1927, Nr 7/10. Leipzig: Georg Thieme 1928. — Die Rechtsfragen bei der Beurteilung der Unfallneurosen. *Z. Psychother.* 1928, 385. — Vortrag. *Arb. u. Gesdh.* 1929, H. 13. Berlin: Raimar Hobbing. — Die Nachprüfung der Neurosenfrage. Die Berufsgenossenschaft 1929. Nr 15. — Reichsgericht und Unfallneurose. *Berufsgenossensch.* 1931, Nr 13. — Unfallneurose und Reichsgericht. *Mschr. Unfallheilk.* 1931, Nr 3, 123. — *Kraepelin*: Lehrbuch der Psychiatrie, 7. Aufl., Bd. 2, S. 731, 1904. — *Kraulis, W.*: Zur Vererbung der hysterischen Reaktionsweise. *Z. Neur.* 136. — *Kretschmer*: Medizinische Psychologie, 1930. — Der sensitive Beziehungswahn, 1918. — Die Gesetze der willkürlichen Reflexverstärkung. *Z. Neur.* 41. — Über Hysterie. Leipzig: Georg Thieme 1923. — *Krisch, Hans*: Die hysterische Reaktionsweise. Berlin u. Wien 1928. — *Kuenburg, Gräfin von*: Zuordnungsversuche bei Gesunden und Sprachgestörten.

Arch. f. Psychol. **76** (1930). — *Kutzinski, Arnold*: Hysterie. *Kraus-Brugsch*, Spezielle Pathologie und Therapie, Bd. 10, Teil 3. 1924. — *Lange, J.*: Über Melancholie. Z. Neur. **1925**, 101. — *Lange u. Guttmann*: Münch. med. Wschr. **1926**, Nr 24, 983. — *Lewandowsky, M.*: Die Hysterie. Handbuch Neurol. 1. Aufl., Bd. 5. 1914. — *Liepmann, Hugo*: Neur. Zbl. **1915**, 233. — *Löwenstein, Otto*: Experimentelle Hysterielehre. Bonn 1923; Arch. f. Psychiatr. **72** (1924). — *Martini u. Pierach*: Klin. Wschr. **1926**, Nr 39/40, 1809. — *Meier-Müller, Hans*: Über Fliegerneurosen. Schweiz. med. Wschr. **1926**, Nr 12, 268. — *Murri, A.*: Über die traumatischen Neurosen. Jena: Gustav Fischer 1913. — *Neustadt*: Begutachtung und Fehlbegutachtung. Med. Welt **1927**, Nr 25. — *Niehaus*: Nochmals zur Frage der Wahrscheinlichkeit. Ärztl. Mschr. **1928**, 357. — *Pönitz, Karl*: Klinische Neuorientierung zum Hysterieproblem. Berlin: Julius Springer 1921. Monographien Neur. **25**. — *Redlich*: Revision der Neurosenfrage. Dtsch. Z. Nervenheilk. **88**, 122. — *Reichardt, M.*: Lehrbuch der Unfallbegutachtung, 2. Aufl. Jena: Gustav Fischer 1921. — Der heutige Stand der Beurteilung der sog. Unfallneurose. Dtsch. med. Wschr. **1928**, Nr 6/8. — Über den Begriff der Krankheit. Dtsch. med. Wschr. **1930**, Nr 1/2. Handbuch der gesamten Unfallheilkunde von *König-Magnus*, Bd. 1, 1932. — Über die sog. Neurosen. Dtsch. med. Wschr. **1930**, Nr 20 u. 22. — Über die nervösen Unfallfolgen. Med. Klin. **1930**, Nr 33 u. 37. — Begehrungsvorstellungen, Unfallneurose usw. Med. Welt **1930**, Nr 26, 29, 38. — Inwieweit hat eine Partei zu haften? Ärztl. Sachverst.ztg **1930**, Nr 12. — Gründe für die großen Verschiedenheiten. Schweiz. Z. Unfallmed. **1930**, Nr 10/12. — *Riese, Walter*: Klassenmedizin gegen Rentenempfänger. Internationaler Bund der Opfer des Krieges und der Arbeit. Berlin C 2, 1929. — *Röper, E.*: Die Seele des nicht vollwertigen Arbeiters im modernen Kampf ums Dasein. Z. Psychother. **1928**, 538. — *Schneider, Kurt*: Begriff der Reaktion in der Psychiatrie. Z. Neur. **1925**, 95. — Die abnormalen seelischen Reaktionen. Wien: Franz Deuticke 1927. — Die psychopathischen Persönlichkeiten, 2. Aufl. Wien: Franz Deuticke 1928. — *Schrader, Erwin*: Gedanken zur Psychologie des Unfallverletzten. Berufsgenossensch. **1929**, Nr 22, 563. — *Schultz, J. H.*: Konstitutionelle Nervosität. *Bumkes Handbuch der Psychiatrie*, Bd. 5, 1928. — Seelische Krankenbehandlung, 4. Aufl., 1930. — *Seifert, Ernst*: Die schmerzhafte Schulterversteifung. Leipzig: Curt Kabitzsch 1930. — *Sommer, Robert*: Diagnostik der Geisteskrankheiten, 1894. — *Stern, William*: Person und Sache. System des kritischen Personalismus. 3 Bände. Leipzig 1923 und 1924. — *Stierlin*: Nervöse und psychische Störungen nach Katastrophen. Dtsch. med. Wschr. **1911**, Nr 44, 2028. — *Stoll*: Kriegsbeschädigtenfürsorge und ärztliche Gutachtertätigkeit. Med. Welt **1928**, 780. — *Straus, Erwin*: Geschehnis und Erlebnis. Berlin: Julius Springer 1930. — *Uttiz*: Psychologie der Simulation. Stuttgart: Ferdinand Enke 1918. — *Wagner, Maria*: Erbanlage bei Neurotikern. Dtsch. Z. Nervenheilk. **1932**, 123. — *von Weizsäcker*: Über Rechtsneurosen. Nervenarzt **1929**, 569. — Soziale Krankheit und soziale Gesundung. Berlin: Julius Springer 1930. — *Willmanns*: Die Abhängigkeit der Haftpsychose vom Zeitgeist. Mschr. Kriminopsychol. **15** (1924). — *Wohllwill*: Über ein Phänomen bei der Untersuchung hysterischer Anästhesien. Neur. Zbl. **1918**, 802.