

Übersichtsreferat — Review Article

**Zur versicherungsmedizinischen Bewertung
psychoreaktiver Störungen (im Geltungsbereich
der gesetzlichen Unfallversicherung (UVNG),
der Kriegsopferversorgung (BVG),
des Soldatenversorgungsgesetzes (SVG) und
des Impfschadensrechtes i. S. des BSeuchG.)**

GERHARD MÖLLHOFF

Institut für gerichtliche Medizin der Universität Heidelberg (BRD)

Eingegangen am 16. Juni 1975

About Insurance Medical Evaluation of Psychoreactive Disturbances

Summary: Results arising from injuries within the valid field of the statutory Accident Insurance and of the Federal Law Governing Pensions and Grants can only be recognized as such and give rise to financial compensations if bodily or psychic damages within the legally protected Risk Area are made "probable", and if a connexion between these injuries and the unbiased finding of the actual health disorders prove to be "substantial". The assessment of the damage must bear in mind the individual conditions of the victims. Symptomatology, differential diagnosis and medical insurance estimation of the "neurosis in the true sense", of the personality alteration brought about by selfexperienced hardships (concentration camp neurosis) and the psychogenic breeding of symptoms with a final view to having an ailment recognized, are discussed with a special bearing on the phenomenons which cause the will to express itself.

Zusammenfassung: Im Geltungsbereich der gesetzlichen Unfallversicherung und des Bundesversorgungsgesetzes können Schädigungsfolgen nur dann anerkannt werden und materielle Leistungen auslösen, wenn somatische bzw. psychische Traumen im gesetzlich geschützten Risikobereich "wahrscheinlich" gemacht sind und sich der Zusammenhang zwischen ihnen und den objektiv vorliegenden Gesundheitsstörungen als "wesentlich" darstellt. Die Beurteilung hat die individuellen Verhältnisse der Betroffenen zu berücksichtigen. Symptomatik, Differentialdiagnose und versicherungsmedizinische Beurteilung der "Neurosen im eigentlichen Sinne", des "erlebnisbedingten Persönlichkeitswandels" (KZ-Neurosen) und der psychogenen Symptombildungen mit finaler Ausrichtung auf einen Krankheitsgewinn werden unter besonderer Berücksichtigung willens-phaenomenologischer Aspekte besprochen.

Key words: Impfschäden - Begutachtung, Neurosen - Häftlingshilfegesetz - Kriegsopferversorgung - Neurose - Unfallversicherung

Überlegungen zur versicherungsmedizinischen Bewertung psychoreaktiver Störungen werden zweckmäßigerweise mit einer Standortbestimmung eingeleitet, die das Ergebnis des deduktiv-normierenden Vorgehens der Judikatur darstellt. Dieses

Vorgehen erscheint auch deshalb geboten, weil viele Mißverständnisse und Kontroversen unter medizinischen Sachverständigen ihre wesentlichen Ursachen in der unzureichenden Kenntnis der Koordination ihres Auftrags haben: Der Gutachter soll eigene Feststellungen und Beobachtungen, die er mit der induktiv-empirischen Arbeitsweise seiner Disziplin gewonnen hat, zu allgemeinen Ordnungsprinzipien und gesetzlichen Bestimmungen korrelieren, nicht aber selbst "urteilen". Sein finales Handeln wird zu einer besonderen Erkenntnisquelle für Administration und Gerichte, oft sicher auch zu einem wichtigen Teil der rechtlichen Entscheidung. Der Auftrag, die Wahrheitsfindung zu erleichtern, kann aber nur dann sinnvoll erfüllt werden, wenn das, was der Gesetzgeber will und fordert, klar erkannt wird.

SOZIALRECHTLICHE BEURTEILUNG PSYCHOREAKTIVER STÖRUNGEN

Bis zum Jahre 1955 wurden für psychoreaktive Störungen, bei Erfüllung der materiell-rechtlichen Prämissen, wie etwa der haftungsbegründenden und haftungsausfüllenden Kausalität, nur dann Entschädigungen gewährt, wenn sie den Schweregrad einer Psychose aufwiesen bzw. organische Veränderungen eine ganz gravierende Gleichgewichtsstörung im psychischen Bereich herbeigeführt hatten oder wenn es sich im Geltungsbereich der gesetzlichen Rentenversicherung um eine "Kernneurose" mit nachweislicher Umstrukturierung der Persönlichkeit handelte. Alle anderen "Neurosen", so führte die Rechtsprechung bis dahin aus, seien lediglich psychologisch verständliche Reaktionen, getragen von der Vorstellung der Patienten, krank zu sein. Tatsächlich werde aber, abgesehen von den Extremvarianten, die Erwerbsfähigkeit durch sie weder eingeschränkt noch aufgehoben. Eine bloße Krankheitsvorstellung könne schon rein begrifflich nicht "Krankheit" sein, selbst wenn sie sich unbewußt vollziehe und subjektiv als unüberwindlich beurteilt werde. "Neurosen" gehörten nicht zu den sozialen Tatbeständen, gegen die die gesetzlichen Versicherungsträger schützen sollten, ihre Berentung widerspreche zudem therapeutischen Gesichtspunkten, fördere oder züchte sozial unerwünschte Erscheinungen und öffne der Ausbeutung der Sozialinstitutionen durch ängstliche, lebensschwache, unlautere, arbeitsscheue und gewinnsüchtige Elemente Tür und Tor.

Diese gleichsam rigide Einstellung hat das BSG nun im Laufe der letzten 20 Jahre entscheidend korrigiert. Nach der neueren höchstrichterlichen Rechtsprechung, die sich an den gewandelten Sozialstrukturen und den neueren Erkenntnissen der Psychiatrie orientiert, ist unverändert, von den grundlegenden Bezugspunkten auszugehen, also einmal der Forderung, daß das geltendgemachte Schädigungsereignis als "wahrscheinlich" angesehen werden kann und zum anderen,

daß die "Kausalitätsnormen" erfüllt sind. Es sind dies von der Judikatur entwickelte allgemein gültige Ursachenlehren, die in den einzelnen Rechtsgebieten die Frage regeln, ob eine Bedingung, die im philosophischen Sinne für den Erfolg ursächlich ist, auch rechtlich als Ursache des Erfolges angesehen werden kann. Für den Bereich des Unfallversicherungs-Neuregelungsgesetzes (UVNG) und des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) gilt die Theorie der "wesentlichen Bedingung" (BSG 1, 268 ff, seither ständige Rechtsprechung des BSG). Die gleichen rechtlichen Prämissen treffen für das Soldatenversorgungsgesetz (SVG) und das Haftlingshilfegesetz (HHG) sowie die Impfschadensfälle nach dem Bundesseuchengesetz (BSeuchG) zu. In diesem großen Rechtskreis ist nun seit 1956 davon auszugehen, daß bei der Prüfung der Frage, welche Bedingungen als "wesentlich" und damit Ursachen im Rechtssinne sind, die Sacherhellung nicht auf Geschehensabläufe beschränkt werden darf, die sich im Bereich des Somatischen abgespielt haben oder an organische Störungen anknüpfen oder sich untrennbar mit ihnen vermischen. Es wurde jetzt herausgestellt, daß man die unabweisliche Erfahrung zugrunde legen müsse, daß auch psychische Einflüsse wesentliche Kausalfaktoren darstellen könnten und somit rechtlicher Würdigung bedürften. (vgl. BSG 10, 209, 213; BSG 11, 50, 55; BSG 2, 29, 35 SozR, BVG § 1 Ca 18 Nr. 40 § 5 Ca 7, Nr. 19; BSG 18, 173 NJW 1963, 1963 m.w.A.; BSG-Urt. v. 18. 12. 1962 - 2 RU 189/59; v. 31.10.68 - 2 RU 1965/67 Sgb 1968, 479, 2 im übrigen E. SCHUBERT m.n.N.; 36 HZ 20, 137; BSG 19, 275, 28, 14 u.a.) Psychische und physische Anlagen wurden also rechtlich gleichgesetzt und bei beiden wird dem Auslösfaktor für ein somatisches oder psychisches Krankheitsgeschehen die Bedeutung einer wesentlichen Ursache beigemessen. Das BSG hat im einzelnen ausgeführt, daß jede Störung der körperlichen Integrität in mehr oder minder großem Ausmaß das seelische Gleichgewicht beeinflusse, hieraus resultiere häufiger eine psychische Beeinträchtigung als allgemein angenommen werde, ob und inwieweit diese jedoch eintrete, sei von den individuellen Dispositionen, den besonderen Verhältnissen des Einzelfalles und den situativen Gegebenheiten zum Zeitpunkt des Geschehens abhängig. (vgl. u.a. BSG 8, 209, 213, 214). Stets ist also von den individuellen Gegebenheiten des Betroffenen, seiner Situation und seiner seelischen Tragfähigkeit bzw. Widerstandskraft auszugehen, es darf mithin nicht auf die "normale Reaktion" eines Menschen mit "durchschnittlicher Empfindlichkeit" abgestellt werden. Haben mehrere Bedingungen in gleicher Weise (gleichwertig) zum Erfolg beigetragen, so ist jede von ihnen Ursache im Rechtssinne. Ergibt sich, daß von mehreren möglichen Bedingungen, schon im philosophischen Sinne, nur eine ursächlich für den Erfolg gewesen ist, so bleibt für eine rechtliche Beurteilung der anderen Bedingung und damit für eine weitere Auslegung der Kausalitätsnorm

kein Platz. Ebenso wie bei körperlichen Reaktionen auf äußere Einflüsse der etwa vorhandenen organischen Anlage des Betroffenen nicht von vorherein eine so überragende Bedeutung beigemessen werden darf, daß äußere Ereignisse als rechtserhebliche Bedingungen ausscheiden, so dürfen auch bei psychischen Reaktionen äußere Einflüsse nicht primär deshalb ausgeschlossen werden, weil bei den Betroffenen eine in seiner Persönlichkeit begründete "abnorme seelische Reaktionsbereitschaft" vorliegt. Die rechtliche Würdigung ist vielmehr ausdrücklich auf die Persönlichkeit des Einzelnen und seine besonderen Verhältnisse, also auch seine evtl. psychische Minderbelastbarkeit, abzustellen. Zwar "muß von jedem erwartet werden, daß er seinen Willen gemäß den Anforderungen seiner Situation steuert und etwaigen Begehrungsvorstellungen Widerstand leistet", ob und inwieweit er hierzu jedoch imstande ist, bedarf der individuellen Sachaufklärung.

Im Anschluß hieran hat das BSG 1963 ausgeführt (BSG-Urteil vom 27.8.1963 - 9 RV 482/60), daß allgemein nicht davon ausgegangen werden kann, daß das Abklingen einer psychischen Schädigung zwingend auch den psychischen Leidensprozeß beendet.

Unter Beachtung dieser Rechtsprechung sind allerdings viele psychoreaktive Störungen nicht als "Schädigungsfolgen" zu betrachten, insbesondere scheiden überwiegend die bewußtseinsnahe ablaufenden, final ausgerichteten seelischen Fehlhaltungen (Simulation und Aggravation etc.) für eine Anerkennung aus (vgl. BSG 10, 209, 213). Eine besondere Prüfung der Sachlage ist jedoch immer dann erforderlich, wenn sich psychische Begleiterscheinungen zum Beispiel bei schädigungsbedingten organischen Störungen manifestieren, sich mit ihnen durchmischen oder in ihrem Gefolge auftreten (vgl. BSG-Urteil vom 28.7.59 - 11/8 RV 425/57).

Eine psychogene Reaktion, etwa in Form einer Lähmung, die sich anfänglich mit anerkannten organischen Schädigungsfolgen darstellte, kann nach Abklingen der somatischen Komponente, also nicht ohne weiteres, als schädigungsunabhängig angesehen werden. Eine Rentenentziehung setzt vielmehr voraus, daß zunächst die ärztlicherseits notwendig gehaltene klinische Behandlung zur Heilung der neurotischen Fixierung von der Behörde durchgeführt wird (BSG 10, 209, 213; BSG-Urteil vom 27.8.1963 - 9 RV 482/60).

In Praxis und Rechtsprechung wird die Theorie der "wesentlichen Ursache" tatsächlich nachhaltig von der allgemeinen Lebenserfahrung und zumindestens, was die Anlage- und Ursachenproblematik angeht, auch von der Verkehrsauffassung, dem Sinn und Zweck des Anwendungsbereiches und der sprachlichen Auslegung bestimmt. De facto beinhaltet auch der Rechtsbegriff weit weniger quantitativ Meßbares als qualitative Momente (vgl. E. SCHUBERT). Vorgegebene Gesundheitsmängel, Konstitution und Alter werden jedenfalls jetzt vom Recht her dem Ansprucherhebenden nur bedingt zugerechnet, man praktiziert eine qualitative Abgrenzung von Anlage und Schädigung, da es, naturgemäß, an metrischen Vergleichs-

systemen für diesen Bereich fehlt. Die Wertungen werden ihrerseits von den jeweiligen Interessenlagen bestimmt; die Bedeutung subjektiver Einflüsse zeigt sich aber leider auch in den Ergebnissen der Beweiswürdigung. Mit diesem Vorgehen können letztlich völlig divergierende Urteile bei gleicher Sachlage entstehen, z.B. dann, wenn ein Gericht der Auffassung eines Anlagetheoretikers oder der Meinung eines behavioristisch eingestellten Psychiaters folgt.

Man hat dieser Rechtsauslegung, zutreffend, entgegengehalten, daß sie sich zu einem relativen Indeterminismus und der Auffassung bekenne, daß es relativ leicht sei, exogen Einengungen des Freiheitsspielraumes hervorzurufen. Man muß in diesem Kontext auch die divergierende Bewertung psychoreaktiver Störungen im Strafrecht bedenken: E. SCHUBERT hat am Beispiel des Suicids kritisch auf die sonst unübliche Notwendigkeit zweimaliger Anwendungen der Kausalitätsnorm der wesentlichen Bedingungen im Einzelfall hingewiesen, d.h. (1.) Schädigungstatbestand - psychische Störung. 2.) eingeengte Willensfreiheit - Suicid). Diese Problematik wurde auch aus rechtsmedizinischer Sicht detailliert, unter Einbeziehung empirischer Fakten, dargestellt (u.a. G. MÖLLHOFF).

FORMEN PSYCHOREAKTIVER STÖRUNGEN

Wendet man sich dem engeren Bereich der psychoreaktiven Störungen zu, so wird man bei diesen wie auch allen anderen medizinischen Klassifikationen zu bedenken haben, daß Zuordnungen immer nur als Abkürzungen recht komplexer, in sich gelegentlich widersprüchlicher klinischer Bilder gesehen werden können. Diagnostische Abgrenzungen sagen oft nur aus, daß sich wesentliche Formelemente am ehesten unter der einen oder anderen Chiffre integrieren lassen. Bei Vergleichen älterer und neuerer Einteilungen ist zu beachten, daß psychisches Gestörtsein oft in einer engen Korrelation zu sozialen und ökonomischen Gegebenheiten gesehen werden muß. Der Mensch ist bis in seinen innersten seelischen Bereich hinein durch solche Bezüge beeinflusst, als "zoon politikon" mitgeprägt. Zweifellos wird man sich aber auch vor einseitigen Darstellungen hüten müssen, wie sie von einzelnen "terribles simplificateurs" als neue Wahrheiten verkündet werden. Unter dem Einfluß chiliastischer Sozialtheoreme zeichnet sich in den letzten Jahren die Tendenz ab, alle lebensimmanenten Befindlichkeitsstörungen und ökonomischen Schwierigkeiten einer morbiden Gesellschaft ursächlich anzulasten und zugleich in einer exzessiven Hinwendung zum Einzelnen alles Konflikthafte und Problematische, jede belastende Entwicklungs- oder Rückbildungsphase im Leben unter den Begriff der "Neurosen" zu subsumieren. Situative Faktoren wirken sich nämlich, wie der Alltag zeigt, weit häufiger aktivierend und leistungsfördernd aus, da sie in den bewußten Ablauf rationaler Prozesse einbezogen werden. Es erscheint daher auch unangemessen, primär zu resignieren, jede Verant-

wortung für eigenes Handeln zu negieren und z.B. kurzschlüssig psychoanalytische Behandlung als *via regia* aus allen lebensimmanenten Belastungen zu empfehlen, die in das Land problemlosen Glücklichseins führe. Ansatz und Methode könnten ohnehin solchen Erwartungen nicht entsprechen. Man wird vielmehr die Vielfalt hereditärer Komponenten, individueller Prägungen und Erlebnisse zu bedenken haben und die Erfahrung in Rechnung setzen, wie wechselnd die innere Dynamik seelischer Störungen in verschiedenen Lebensaltern und unter gewandelten materiellen Bedingungen zur Auswirkung kommt. Bemerkenswerterweise ist die Berechtigung, "Neurosen" in so weitgefaßten Konzepten als nosologische Entitäten anzunehmen, nicht nur von der tradierten Schulpsychiatrie bestritten worden (vgl. K. SCHNEIDER). In der Gegenwart wird, weit radikaler noch, von manchen Seiten her sogar die Auffassung vertreten, daß die Neurosenlehre insgesamt überhaupt keine wissenschaftliche Fundierung habe; Lerntheoretiker deuten seelisch abnorme Entwicklungen als Epiphaenome fehlerhafter intellektueller Ansätze, die nur symptombezogen behandelt werden müßten, um behoben zu werden. Epidemiologen sehen sinnvollere Koordinaten psychisch gestörten Verhaltens in den peristatischen Gegebenheiten als in intrapsychischen Disharmonien und die "Anti-psychiater" schließlich meinen, daß neurotisches Agieren "normal" sei und die gegenwärtige Sozietät hochpathologische, beseitigungsbedürftige Strukturen aufweise. Seitens der Psychoanalytiker selbst ist dem Problem der systematisierten Neurosenlehre nur zeitweilig Interesse gewidmet worden, die inneren Ursachen für diese Einstellung dürften wohl u.a. darin zu finden sein, daß in der Praxis das pragmatische Vorgehen prävaliert und sich das Vorgehen aus den Interaktionen von Patient und Behandler heraus, nach Maßgabe der Störungsfelder, gestaltet.

Phaenomenologisch kann zwischen kurzdauernden, zumeist einmal auftretenden, abnormen seelischen Reaktionen (Schreck, Schock, akute Trauer usw.) und den verschiedensten Abstufungen chronifizierender psychischer Entwicklungen unterschiedlichster Ätiologie unterschieden werden, zwischen ihnen bestehen zahlreiche fließende Übergänge. Bei einem Überblick ist es hier nicht erforderlich, detailliert auf die zahlreichen Unterformen der Leidenszustände einzugehen, und es erscheint auch nicht sinnvoll, schulbezogene Aufgliederungen darzustellen, wie sie u.a. von S. FREUD, ADLER, SCHULTZ-HENKE, I.H. SCHULTZ u.a. gegeben wurden. Es wird genügen, das Grundsätzliche am Beispiel einzelner Leidensformen kontrastierend zu erläutern. Für unsere Überlegungen stellen wir drei Gruppen psychoreaktiver Störungen nebeneinander:

1. die "Neurosen" im eigentlichen Sinne
2. den "erlebnisbedingten Persönlichkeitswandel"

3. Psychische Symptombildungen mit finaler Ausrichtung auf einen Krankheitsgewinn

1. "Neurosen" im eigentlichen Sinne

Neurosen lassen sich nach dem psychoanalytischen Konzept deskriptiv als seelische Leidenszustände umreißen, die anlagemäßige Dispositionen (S. FREUD), chronische Verlaufsformen und besondere Symptomkonstellationen aufweisen. Pathogenetisch erlangen innere Bindungen an unbewältigte Konflikte in der früheren Kindheit besondere Bedeutung; weitere wesentliche Determinanten für die Gesamtentwicklung ergeben sich aus äußeren Ereignissen, die den Patienten in ihrem speziellen Stellenwert nicht oder nur unzureichend einsichtig sind, zumindest von ihnen aber nicht in ihren genetischen Zusammenhängen übersehen werden (vgl. VÖLKELE). Fixierungen können durch Verwöhnung oder seelische Traumatisierung gefördert werden, "sie treten bereits in der Kindheit durch Primordialsymptomatik in Erscheinung (Dunkelängste, Eßstörungen usw.), im jugendlichen oder Erwachsenenalter werden sie durch spannungsbeladene Versuchs- und Versagenssituationen ausgelöst oder beginnen schleichend im Rahmen von Reifungsanforderungen, vor allem bei der Ablösung von den Eltern." Die wesentliche Störung liegt also in der Unfähigkeit des Neurotikers zum Austausch zwischen den Polen der tragenden emotionalen Tiefenschicht und rationalen, mit der gesellschaftlichen Ordnung verbundenen Bewußtseinsbereichen (vgl. W. BRÄUTIGAM). S. FREUD hatte zunächst angenommen, daß fehlende sexuelle Befriedigung Aktualneurosen (Neurasthenien, Angstneurosen) hervorruft und diese von den Abwehrneurosen (Konversionen, Phobien) differenziert, später stellte er dann die Gruppe der Übertragungsneurosen (Hysterien und Phobien) den narzistischen Formen gegenüber. Am Beispiel der Hysterie zeigte er das Wirken der unbewußten Triebkräfte auf.

Das in seinem Aktionsraum eingeeengte "Ich" muß nach dieser Auffassung mit dem "Es" (Triebbefriedigung) dem "Über-Ich" (Gewissen, Moralität) und der Realität eine Auseinandersetzung führen. Konflikte werden also im wesentlichen von den Divergenzen zwischen ursprünglichem Bedürfnis und den Ansprüchen des Individuums einerseits und den Interessen der Außenweltobjekte andererseits bestimmt. Nach S. FREUD kann das neurosekrante Ich den Aufgaben seiner Umwelt nicht gerecht werden, weil es nicht mehr über all seine Erfahrungen verfügt und ihm ein großer Teil seines Erinnerungsschatzes abhanden gekommen ist (verdrängt)... "es bringt keine ordentliche Synthese mehr zustande, es wird von einander widerstrebenden, unerledigten Konflikten und ungelösten Zweifeln zerrissen". Gelingt es letztlich nicht, die einzelnen Instanzen zu adjustieren, den Gewissenskonflikt auszugleichen und überdauern zudem Fehlanpassungen, so entsteht letztlich das in vielen Facetten schillernde Bild einer neurotischen Dauerstörung. Therapie kann demnach nur darin bestehen, "Verdrängungsprozesse zu revidieren und den Konflikt zu einem besseren, mit der Gesundheit verträglichen Ausgang zu leiten" (S. FREUD); hierbei sind topische, strukturelle, adaptative, energetisch-ökonomische und dynamische Aspekte zu beachten. Die analytische Situation ist also als ein divergierendes Kräftefeld zu verstehen, in dem sich der neurotische Konflikt

widerspiegelt; die gesunden Ich-Anteile gehen mit dem Therapeuten gewissermaßen ein Arbeitsbündnis ein, um gegenüber infantilen Wünschen und Bedrohungen bestehen zu können. Die am Konflikt beteiligten Anteile des Es, des Über-Ich und Ich stehen dem entgegen. Inwieweit es letztlich gelingt, die gebundenen Energien frei zu machen, hängt von der gesamten Konstellation der Kräfte ab, qualitative Relationen spielen also auch hier eine wesentliche Rolle. Oft kommt es zu einem Überwiegen der irrationalen Sphäre über die rationale, parallel hierzu läuft dann auch eine Veränderung der psychischen Dynamik in qualitativer und quantitativer Hinsicht ab.

Dieser ökonomischen Betrachtungsweise mit einer Betonung der motivierenden Kraft triebhafter Bedürfnisse im Sinne S. FREUDs stehen neuere Ansichten gegenüber, die der motivbildenden Bedeutung individueller Erfahrungen kultureller und psychosozialer Faktoren für die Objektbeziehungen einen besonderen Stellenwert einräumen (vgl. W. LOCH, H. ROSKAMP u.a.). Frühkindliche traumatische Situation, lange Zeitdauer und ein besonderes affektives Klima lassen nach diesen Vorstellungen in Verbindung mit der Wirksamkeit des Unbewußten bestimmte Persönlichkeitsstrukturen entstehen, die man als etwa das im Leben Gewordene oder Vorgegebene, prätraumatisch Vorhandene, ansehen dürfte. Von besonderem Interesse sind in diesem Zusammenhang Arbeitsergebnisse H. SCHEPANKs, der bei Zwilling-untersuchungen (Neurotikern) herausfand, daß besondere Anlagefaktoren bei 40 - 60 % vorliegen. Von quantitativem Standpunkt her ist daher anzunehmen, daß ein multifaktorielles Geschehen mit Polygenie die späteren Entwicklungen nachhaltig determiniert. Seelische Fehlhaltungen, die nach materiell entschädigungspflichtigen Traumata manifest werden, müssen also in aller Regel Fragen nach vorgegebenen, spezifischen Persönlichkeitsstrukturen aufwerfen, nicht zuletzt deshalb, weil sie nach Meinung vieler Analytiker die *conditio sine quo non* solcher exogener neurotischer Prozesse sind. Die Erfahrung zeigt andererseits, daß generalisierende Aussagen nicht für jedes Individuum und alle denkbaren Konstellationen menschlichen Seins zutreffen. Pathogene Konstellationen und Psychodynamik sind, unter individuellem Aspekt, zu prüfen. Eine rechtlich relevante kausale Beziehungssatzung zu schädigenden Ereignissen, etwa i. S. des UVNG und des BVG erscheint jedoch im wesentlichen nur dann angemessen vertretbar, wenn die anamnestic-biographischen Untersuchungen keine einschlägigen neurosenpathogenen und später manifest gewordenen Störungen in der frühen Kindheit und im weiteren Lebensverlauf ergeben. Für ein Anerkenntnis i. S. der "Entstehung" müßte also insoweit eine gewissermaßen "leere Anamnese" vorliegen. Die Frage nach einer Teilursächlichkeit, z. B. i. S. der "Verschlimmerung" ist unter Berücksichtigung der aufgezeigten rechtlichen Kriterien zu beantworten.

2. Erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel (die sog. "KZ-Neurosen")

Es besteht heute in der Psychiatrie Einhelligkeit darüber, daß es nach extremen psychischen Überforderungen zu seelischen Dauerschäden mit bleibenden Strukturabwandlungen kommen kann, bei denen finale Tendenzen praktisch keine Rolle spielen. Am Beispiel vieler Patientenschicksale wurde deutlich, daß es Erlebniskonstellationen gibt, die in ihrer Eindruckskraft und ihrer spezifischen Bedeutung von einer so erheblichen individuellen Repräsentanz sind, daß aus ihnen innere Wandlungen, ein Anderswerden der Daseinsform und eine Umprägung im biogen negativen Sinne resultieren kann. W. v. BAEYER, BENSHEIM, H. HÄFNER, K.P. KISKER, KOLLE, KLUGE, PANSE, VENZLAFF, H. STRAUSS, WEITBRECHT u.a. haben solche Leidensverläufe nach dem 2. Weltkrieg insbesondere bei KZ-Häftlingen, aber auch bei Kriegsgefangenen beschrieben, die lange Zeit einem Terror konfrontiert wurden, der auf Sinn- und Wertberaubung der personalen und sozialen Existenz ("Annihilierung") ausgerichtet war. Die psychopathologischen Analysen dieser Fälle zeigen eine breite Symptomskala, allen gemeinsam war aber, daß es nach diesen perhorreszierenden Expositionen zu irreversiblen Veränderungen zentraler Funktionen, insbesondere des Selbstbewußtseins, der Identität, des Grundvertrauens und zugleich auch zu einer Verunsicherung der mitmenschlichen Beziehungen kam. In vielen Verläufen überwogen chronische Angst und Depressivität; spezielle Ausdrucksformen solchen deformierten Weltbezuges zeigten sich in paranoischen Reaktionen, der Generalisierung mißtrauischer Einstellungen, in Regressionen und chronischen apathisch gefärbten Depressionen mit starker Eingengung der Initiative, der Kontaktfähigkeit wie auch des Kritikvermögens. Strukturabwandlungen können auftreten, wenn situative Einflüsse mit besonderer Schwere die vorhandene seelische Tragfähigkeit überfordern; ob und inwieweit es dem Einzelnen gelingt, eine positive Verarbeitung des Erlebten zu erreichen und sich mit so schweren biographischen Hypotheken in der Gegenwart zu integrieren, etwa schicksalhaftes Leid sinnvoll zu gestalten und letztlich zu überwinden (vgl. v. FRANKL), hängt von zahlreichen Faktoren ab, allgemein zu erwarten oder gar zu "fordern" ist sie nicht. Katamnesen vieler dieser Fälle ließen erkennen, (vgl. MATUSSEK u.s.) daß Art und Ausmaß der psychischen Dauerbelastungen zwar gewisse Korrelationen zur Primärpersönlichkeit, dem Alter und dem Zeitpunkt der Schädigung wie auch den späteren Umweltverhältnissen aufwiesen, andererseits war aber doch unverkennbar, daß es bei den Opfern zu einem irreversiblen Bruch ihrer Daseinsordnung, einer Abwandlung in der Kontinuität ihrer Biographie gekommen war. M. PFISTER-AMENDE, H. EBERMANN, G. MÖLLHOFF u.a. haben bei Flüchtlingsuntersuchungen (1945-50) neben kurzdauernden Ent-

wurzelungsreaktionen ähnliche psychopathologische Zustandsbilder, vornehmlich aber auch chronisch verlaufende Depressionen beschrieben, im Vordergrund standen dabei nachhaltige Fixationen auf Erlebnisse der Vergangenheit, von denen sich diese Patienten weder rational noch im affektiven Bereich zu lösen vermochten. Störungen des zwischenmenschlichen Kontaktes, Isolation in sprachfremder Umgebung und die Verbringung in ein anderes sozio-kulturelles Milieu stellten sich als weitere pathogene Faktoren heraus. Die früher vertretene Lehrmeinung, daß alle schweren seelischen Erlebnisse innerhalb weniger Monate, maximal einiger Jahre abklingen, dem Vergessen oder der Verdrängung anheim fallen, ist somit empirisch in starkem Maße relativiert worden.

3. Psychische Symptombildungen mit finaler Ausrichtung auf einen Krankheitsgewinn

Bei vielen dieser Störungen ist unschwer zu erkennen, daß der pathogenetische Schwerpunkt in den aktuellen Anlässen liegt, die zum Anknüpfungs- und Ausgangspunkt für die Realisierung präformierter, persönlichkeits-eigener Tendenzen werden. Wir finden eine breite Skala psychisch abnormen Agierens, die von zielgerichteten, auf materiellen Gewinn ausgerichteten Verhalten bis an die Intimformen neurotischen Gestörtseins reicht. Unter diesem Oberbegriff lassen sich Zustandsbilder grober Simulation und Aggravation, wie aber auch die sogn. Rechts- (W. v. WEIZSÄCKER), Sozial- (I.H. SCHULTZ), Versicherungs- (VILLINGER) und Situationsneurosen (K. HORNEY) einordnen. Es handelt sich bei diesen Leidenszuständen um mehr oder minder bewußtseinsnahe ablaufende seelische Fehlhaltungen, die über lange Verlaufsstrecken hin einer willentlichen Korrektur zugänglich sind. Die Mehrzahl dieser Verläufe ist, bei rechtzeitiger Erkennung, einer symptomorientierten, zudeckenden bzw. konfliktzentrierten Therapie gut zugänglich und daher sollte man auch zunächst in der Sozialversicherung, ohne die Kausalproblematik besonders zu vertiefen, eine intensive Behandlung beginnen. In der überwiegenden Mehrzahl klingen alle diese Störungen unter gezielter Behandlung rasch ab und damit steht dann die Frage der "mittelbaren Schädigungsfolgen" später nicht mehr zur Debatte. Die Übergangsregelungen materieller Sicherung der Therapie in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung wie auch im Geltungsbereich des UVNG und des SVG/BVG bieten für ein solches Vorgehen gute Voraussetzungen. Nicht nur "konservativ", sondern auch psychoanalytisch orientierte Gutachter sehen in der Tatsache des "Versichertseins" eine wesentliche Versuchungssituation, die eine besondere Psychodynamik eingang bringt. STRASSER hat kürzlich auf die besonderen Mechanismen aufmerksam gemacht, die sich etwa im aktiven Bereich in einer "Rentenkampfhaltung", in

passiver Hinsicht in der Aggravation äußern können. Das Rentenbegehren wird dabei als Teil einer versuchten Konfliktbewältigung gesehen: Die narzistische Kränkung des eigenen Versagens in der Situationsbewältigung wird verdrängt, es erfolgen Außenprojektionen i.S. einer sekundären Rationalisierung, die "Schuld" wird der Gesellschaft bzw. der "Versicherung" zugemessen und damit die Anspruchsbegründung innerlich fundiert. Frustrationen werden somit ausgeglichen und oral-kaptative Tendenzen befriedigt. Zugleich bieten sich aber auch im Sinne von Ersatzbefriedigungen Abreaktionsmöglichkeiten an. Die einzelnen Strebungen sind dabei untereinander in besonderem Maße verwoben, bemerkenswert sind allgemein-gesehen der geringe Leidruck und die Chronizität der Verläufe. HAU, LORENZER u.a. haben in diesem Zusammenhang auf die Verführung, "Krankheit zu leben" hingewiesen, HIRSCHMANN hat die Feindprojektion für den Arzt besonders dargestellt, weil er das Symptom "wegheilt". Aus psychoanalytischer Sicht (LORENZER, H. STRAUSS, BOLEWSKI u.a.) wird immer wieder betont, daß nur schweren psychischen Traumen, die zu einer Umstrukturierung des Ichs führen, der Stellenwert einer wesentlichen oder zumindestens gleichwertigen Ursache für das Ingangkommen einer psychischen Störung beigemessen werden kann. Das Ereignis muß also zu einem Erlebnis geworden sein, das die Relationen des Ich, Es und Über-Ich abwandelte. Nur dann, wenn diese Gegebenheiten vorliegen, kann dem Konflikt ein so großer Stellenwert zugestanden werden, daß ihm auch die "Schuld" für die Gesamtentwicklung zuzurechnen ist. Für den Einzelfall müßte also glaubhaft gemacht werden, daß die freie Willensentscheidung durch das Trauma behindert wurde, die so nachhaltig zur Auswirkung kam, daß die Situation weder Ich- noch realitätsgerecht gelöst werden konnte. Reaktivierungen alter Zustände sind also ausdrücklich, auch aus dieser Sicht, von einer Berentung auszuklammern. Allgemein bietet sich dabei auch die Frage an, (vgl. BOLEWSKI, LUTHE, u.a.), ob psychoreaktive Störungen tatsächlich in oder nach dem Trauma, also etwa in der Entlastungssituation entstehen bzw. ob ein Trauma nur der Katalysator einer ohnehin neurosreifen Situation war (FAUST, STRASSER u.a.).

Ärztlicher Aufgabenbereich

Der medizinische Gutachter ist nach den Forderungen des BSG gehalten, seine Untersuchungen individual-psychologisch auszurichten, sich eingehend mit aktenkundigen Sachverhalten, biographischen Daten, psychodynamischen Geschehensabläufen und den vorliegenden Befunden zu beschäftigen. Die medizinischen Feststellungen werden sich dabei besonders auf die Abgrenzung somatischer Leiden und toxischer Einflüsse zu erstrecken haben. Die differentialdiagnostischen Bemühungen werden leider oft vernachlässigt; die Tatsache, daß man neurotische

Symptome findet, verleitet rasch dazu, das gesamte Konzept auf diesen Erkenntnisbereich einzuengen, die Erfahrung zeigt jedoch, daß sich hinter ihnen nicht so selten gravierende organische Prozesse verbergen, die dann erst nach langdauernden vergeblichen psychotherapeutischen Bemühungen unübersehbar zu Tage treten. Analoges gilt für die Abgrenzung gegenüber den Psychosen aus dem Formenkreis der Schizophrenien und den multifaktoriell determinierten Depressionen.

Möglichkeiten und Grenzen der gutachterlichen Aussagen

Gutachterliche Aussagen zu psychoreaktiven Störungen enthalten unzweifelhaft eine nicht unerhebliche subjektive Färbung, nicht zuletzt, weil sie wertend zur "Willensfreiheit" Stellung nehmen, etwa bei der Beantwortung der Frage nach der Bewußtseinsnähe seelischer Störungen. Verwaltung und Judikatur sollten sich immer wieder darüber klar werden, was sie vom Sachverständigen verlangen; die Abgrenzung personaler und sozio-ökonomischer Anpassungsbehinderungen neurotisch gestörter Antragsteller, Aussagen über die "verbliebene Eigenverantwortlichkeit" und die "Zumutbarkeit des Andershandelns" unter Berücksichtigung der speziellen Verhältnisse der Einzelnen. Nur dann, wenn sie dies sehen, werden sie angemessenes Verständnis für die Fehlerbreite der gutachterlichen Aussage, wie aber auch dafür haben, daß gelegentlich ein "non liquet" resultiert. Anthropologisch gesehen kann "Wollen" im Menschen nur in einem Umfang wirksam werden, der durch das jeweilige Dasein und Sosein abgegrenzt wird. Menschliche Freiheitsgrade stehen zu Anlagen, Antrieben, Strebungen und affektiven Besetzungen, vorgegebenen und situativen Komponenten in engem Kontext. Innere Entscheidungen und insbesondere Willensbildungen haben also individuell unterschiedlich ausgeprägte Spielräume, Entwürfe zu verifizieren oder zu negieren. Menschliches Handeln ist also weder als ganz frei noch als unfrei zu verstehen, man hat es viel mehr mit Abstufungen eines "Mehr oder Weniger" individueller Freiheitsgrade als mit "Entweder - Oder - Entscheidungen" zu tun (MÜLLER-SUUR, W. v. BAEYER u.a.). Das spezifisch Menschliche, das was Selbstbestimmung als Ausdruck der *conditio humana* ausmacht, ist die Fähigkeit, "Angebot" und "Situationen" abzuwägen, ihnen eine rationale oder innere Zustimmung zu geben, bzw. zu versagen. Der Mensch ist nicht allein oder unter den Alltagsbedingungen entscheidend durch die Umwelt determiniert, er ist also auch nicht ein willenloser Spielball seiner Triebe, Affekte und Impulse mit den aus ihnen resultierenden Motivationen. Er hat vielmehr auch in psychodynamischen Prozessen, über lange Strecken hin eigene Freiheitsräume, Möglichkeiten, "anders" zu wollen und auch "anders zu handeln". Die Willensbildung hat enge Bezüge zur Ich-haften Seite

und seiner Integration, man wird sie daher auch nicht als eine eigene Instanz oder als ein autonomes, umweltstabiles abtrennbares "Leistungssystem" (vgl. W. KELLER) betrachten können. Wir sehen auf der einen Seite der Skala menschlichen Fehlverhaltens bewußtseinsnahe, geplante und final ausgerichtete Verhaltensweisen, bei denen aufkommende eigene und situativ angebotene Reaktionsformen mit der Kraft des eigenen Entschlusses beschickt werden im Sinne einer "lecture en continuité" (RICOEUR), während im Gegenpol die schweren erlebnisreaktiven Dauerabwandlungen der Persönlichkeitsstruktur zu lokalisieren wären, die unter der Eindrucks macht des Geschehens keine Neuorientierung innerer Ordnungen aus eigener Willenkraft mehr erlauben. Zwischen beiden wären die limitativen Willensbildungsprozesse einzuordnen, die W. KELLER als passive, "läßlich-zulassende Geschehensabläufe" umschrieben hat. In ihnen gibt das Ich aktuellen Triebregungen und Strebungen billigend nach, es entläßt sie "in die Bahn desjenigen Tuns, die durch diese elementar vorgezeichnet sind", etwa in die Regression die Anpassung oder die Gegenstrebung. Motive werden, wie dieses Denkmodell zeigt, erst dadurch wirklich handlungsbestimmend, wenn die Person, das Wollen, sich von ihnen bestimmen läßt und nach ihnen richtet. Sind die biologisch-psychologischen Zusammenhänge, in die ein solches Geschehen eingebettet ist, nicht gravierend gestört, so ergeben sich in aller Regel auch keine tragfähigen Anhaltspunkte dafür, daß die Willens- und Entschlußbildung größeren, zum Beispiel "unwiderstehlichen exogenen Einflüssen" ausgesetzt gewesen ist. Wir haben also im Einzelfall bei der Persönlichkeitsanalyse abzuwägen, ob und wann in der Phase der Auseinandersetzungen z.B. ein willkürliches Sichhineinleben, eine "zulassende Stellungnahme des Subjekts" oder ein übermächtiges Geschehen wirksam wurde. Sartres Ausspruch "Ich bin der Komplize meiner Begierde" verdeutlicht solche komplexen Zusammenhänge in der Form einer Metapher. Prädisponierende Faktoren, vorgegebene Reaktionsmuster, Affektlage, innere Auseinandersetzungen und stellungnehmende Willensakte, die von der Gewissensinstanz zugelassen wurden, sind also zu eruieren, ehe eine Aussage in der einen oder anderen Richtung möglich ist. Orientierungshilfen können uns daneben die Unfreiheit der Weltorientierung, der Urteilsbildung und der Akzentsetzung im affektiven Bereich, das "involontaire" des Psychotikers, der im gleichsam ptolemäischen Erlebnisfeld seiner Wahnwelt gebunden ist und der den "Überstieg" in die uns allen gemeinsame Welt, die "Kopernikanische Wendung" (W. CONRAD) nicht vollziehen kann, geben. Grundsätzlich gesehen bestehen viele Vorstellungen und Denkmodelle darüber, wie sich psychische und situative Einflüsse in individuell unterschiedlichem Ausmaße auf Handlungsvorstufen und Verhalten eines Menschen auswirken können. Man wird dabei aber beachten müssen, daß Determinanten und Anlässe

nicht zwingend zu Taten führen müssen (vgl. S. FREUD). Fundierte Aussagen über Ich- und Es-Strebungen oder allgemeine Beobachtungen, über Motivhäufungen, z.B. ödipale Situationen, rechtfertigen nicht den weitreichenden Schluß, daß im Einzelfall etwa ein Handlungszwang in der einen oder anderen Richtung konkret vorgelegen hat. Bei allen psychoanalytischen Deduktionen ist zu berücksichtigen, daß sie per se keine bewiesenen Fakten implizieren, sondern Deutungen, die aus therapeutischen Interaktionen abgeleitet wurden und für diesen Bereich, also die Therapie, besondere Relevanz erlangten. Sie lassen sich jedoch nicht auf den gutachtlichen Bereich als allgemeingültige Erkenntnisse übertragen. Die Bewältigung z.B. narzistischer Kränkung, die Befriedigung oraler Bedürfnisse, die Vermeidung von Angst oder der Wunsch nach Liebeswendung stellen kategoriell etwas völlig anderes dar, als Fragen nach der Unrechtseinsichtsfähigkeit oder der Fähigkeit, Sollensnormen im zivilen oder sozialrechtlichen Bereich zu entsprechen.

LITERATUR

- BAEYER, W., v.: Die Freiheitsfrage in der forensischen Psychiatrie unter besonderer Berücksichtigung der Entschädigungsneurosen. *Nervenarzt* 28, 337 (1957)
- BAEYER, W., v.: Zur Frage der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit von Psychopathen. *Nervenarzt* 38, 185 (1967)
- BENSHEIM, H.: Die KZ-Neurose rassisch Verfolgter. Ein Beitrag zur Psychopathologie der Neurosen. *Nervenarzt* 31, 462 (1960)
- BILZ, R.: Psychotische Umwelt. Stuttgart: F. Enke 1962
- BINDER, H.: Der psychopathologische Begriff der Neurose. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* 89, 185 (1962)
- BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1972
- BOLEWSKI, M.: Neurose, Stress und psychische Beanspruchung (Eine tiefenpsychologische Untersuchung an Spätheimkehrern.) *Z. psycho-som. Med.* 18, 48 (1972)
- BRÄUTIGAM, W.: Reaktionen, Neurosen, Psychopathien. Stuttgart: Thieme 1969
- BRÄUTIGAM, W.: Anthropologie der Neurose. *In: Neue Anthropologie.* Bd. 6. Hsg. v. H.G. Gadamer und P. Vogler Stuttgart: Thieme 1975
- CONRAD, W.: Die beginnende Schizophrenie. Versuche einer Gestaltsanalyse des Wollens. Stuttgart: Thieme 1958
- DUBITSCHER, F.: Seelisches Trauma und Neurose. *Med. Sachverst.* 53, 125 (1957)
- DÜHRSSSEN, A.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe, 1954
- EBERMANN, H., MÖLLHOFF, G.: Psychiatrische Beobachtungen an heimatvertriebenen Donaudeutschen. *Nervenarzt* 28, 399 (1957)
- ERNST, H., KIND, H., ROTACH-FUCHS, M.: Ergebnisse der Verlaufsforschung bei Neurosen. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1968
- FAUST, C.: Akute psychogene Reaktionen nach Schädelhirntraumen und Detonationschäden. *In: Psychiatrie der Gegenwart.* Band II, Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1972
- FRANKL, V.E.: Theorie und Therapie der Neurosen. Wien-Innsbruck: Urban und Schwarzenberg 1956
- FREUD, S.: Ges. Werke, Imago Publ. (London) Aug. 1946
- GIESE, H.: Psychopathologie der Sexualität. Stuttgart: F. Enke, 1962
- GOTTSCHICK, J.: Psychiatrie der Kriegsgefangenschaft. Stuttgart: Fischer, 1963

- HÄFNER, H.: Prozess und Entwicklung als Grundbegriffe der Psychopathologie. Fortschr. Neurol. Psychiat. 31, 393 (1963)
- HAU, T.E.: Zur Psychodynamik neurotischer Rententendenzen. Psychol. Rdsch. 13, 308 (1962)
- HIRSCHMANN, J.: Abnorme seelische Reaktionen und Entwicklungen nach Unfall. In: Grundzüge der Neurosenlehre Bd. I, München-Berlin-Wien: Urban und Schwarzenberg, 1972
- HOFF, H.: Die Beurteilung von Verfolgungsschäden in Österreich. In: H. Herberg. Spätschäden nach Extrembelastungen. Herford: Nicolai 1971
- HORNEY, K.: Der neurotische Mensch unserer Zeit. Stuttgart: Thieme, 1951
- KALINOWSKY, L.B.: Problems of war neuroses in the light of experiences in other countries. Amer. J. Psychiat. 107, 340 (1950)
- KEITZ, H.V.: Über "psychogene Gewohnheitslähmungen". Kriegsoferversorgung 7, 209 (1958)
- KELLER, W.: Psychologie und Philosophie des Wollens. München-Basel: E. Reinhardt, 1954
- KENSEY, F.: Beurteilung neurotischer Störungen. Kriegsoferversorgung 7, 209 (1958)
- KISKER, K.P.: Bemerkungen zum Erleben des Leibes bei Verfolgten. Jb. Psychol. und Psychother. 11, 82 (1964)
- KLUGE, E.: Über die Folgen schwerer Haftzeiten. Nervenarzt 29, 462 (1958)
- KOLLE, K.: Die Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung in psychiatrischer Sicht. Nervenarzt 29, 143 (1958)
- KRETSCHMER, E.: Die Begutachtung der Neurosen und psychopathischen Reaktionen in der Sozialversicherung. Dtsch. med. Wschr. 82, 434 (1957)
- KUIPER, P.C.: Die seelischen Krankheiten des Menschen. Stuttgart: Klett 1968
- LANGEN, D.: Psychodiagnostik - Psychotherapie. Stuttgart: Thieme 1969
- LEVINGER, L.: Psychiatrische Untersuchungen in Israel an 800 Fällen mit Gesundheitsschäden - Forderungen wegen Naziverfolgung. Nervenarzt 33, 75 (1962)
- LOCH, W.: Die Krankheitslehre der Psychoanalyse. Stuttgart: S. Hirzel, 1971
- LORENZER, A.: Zum Begriff der traumatischen Neurose. Psyche 20, 481 (1966)
- LORENZER, A.: Methodologische Probleme der Untersuchung traumatischer Neurosen. Psychose 22, 861 (1968)
- LUNGERSHUSEN, E., MATIAR-VALAR, H.: Erlebnisreaktive psychische Dauerschäden nach Kriegsgefangenschaft und Deportation. Nervenarzt 39, 123 (1968)
- MATUSSEK, P.: Die Konzentrationslagerhaft und ihre Folgen. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1971
- MEYER, J.E.: Die abnormen Erlebnisreaktionen im Kriege bei Truppe und Zivilbevölkerung. In: Psychiatrie der Gegenwart. Bd. III. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1961
- MITSCHERLICH, A.: Krankheit als Konflikt. Frankfurt: Edition Suhrkamp 1966
- MÖLLHOFF, G.: Psychotherapie in der Rentenversicherung. Dtsch. Rentenvers. 4, 279 (1966)
- MÖLLHOFF, G.: Die versicherungsmedizinische Begutachtung von Neurosen. Dtsch. Rentenvers. 9, 147 (1971)
- MÜLLER-SUUR, H.: Abgrenzung neurotischer Erkrankungen gegenüber der Norm. In: Hdb. der Neurosenlehre u. Psychotherapie 1. Bd., S. 250 München-Berlin: Urban und Schwarzenberg 1959
- PANSE, F.: Das Schicksal von Renten- und Kriegsneurotikern nach Erledigung ihrer Ansprüche. Arch. Psychiat. Nervenkr. 77, 61 (1926)
- PANSE, F.: Angst und Schreck. Stuttgart: Thieme 1952
- PETRILOWITSCH, N.: Abnorme Persönlichkeiten. Basel: Karger 1960
- PFISTER-AMENDE, M.: "Psychologie und Psychiatrie der Internierung und des Flüchtlingsdaseins". In: Psychiatrie der Gegenwart. Bd. III. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1960
- PONGRATZ, L.J.: Psychologie menschlicher Konflikte. Göttingen: Hogrefe 1961

- RICOER, P.: Philosophie de la Volonté. Vol. I, Le Volontaire et l'Involontaire. Paris 1949
- ROSKAMP, H.: Grundzüge der Neurosenlehre. In: Die Krankheitslehre der Psychoanalyse. Hrsg. W. Loch. Stuttgart: S. Hirzel 1971
- SCHEPANK, H.: Erb- und Umweltfaktoren bei Neurosen. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1974
- SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie. Stuttgart: G. Thieme 1957
- SCHUBERT, E.: Sozialrecht. In: Handbuch der forensischen Psychiatrie, Teil A, Hrsg. v. H. Göppinger und H. Witter. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1972
- SCHULTZ, J.H.: Grundfragen der Neurosenlehre. Stuttgart: G. Thieme 1955
- STRASSER, F.: Zur Nosologie und Psychodynamik der Rentenneurose. Nervenarzt 45, 225 (1974)
- STRAUS, E.: Geschehnisse und Erlebnis. Berlin: Springer 1930
- STRAUSS, H.: Besonderheiten der nichtpsychotischen Störungen bei Opfern der nationalsozialistischen Verfolgung und ihre Bedeutung bei der Begutachtung. Nervenarzt 32, 551 (1961)
- THOMAE, H.: Der Mensch in der Entscheidung. München: Barth 1960
- TYHURST, A.: Displacement and migration. Amer. J. Psychiat. 107, 561 (1951)
- VENZLAFF, K.: Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen (die sog. Unfallneurosen) Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1958
- VILLINGER, O.: Neurose mit besonderer Berücksichtigung der Frage des Krankheitswertes und der Entschädigung im Rahmen des BVG Ärztl. Sachverständigenbeirat Bonn 17. 1. 52
- VÖLKELE, H.: Neurotische Depressionen, Stuttgart: G. Thieme 1959
- WEITBRECHT, H.J.: Psychiatrie im Grundriss, Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1973
- WEIZSÄCKER, V., v.: Der kranke Mensch, Stuttgart: Klett 1951
- WEIZSÄCKER, V., v.: Körpergeschehen und Neurose, Stuttgart: Klett 1947
- WITTER, H.: Zur Beurteilung erlebnisbedingter Persönlichkeitsschäden, Dtsch. Ärzteblatt 61, 187 (1964)
- WITTER, H.: Determinationsstruktur und Freiheitsgrad bei der rechtlichen Beurteilung von Neurosen. Neue jurist. Wschr. 11, 24 (1958)

Prof. Dr. Gerhard MÖLLHOFF, ORMD
Inst. für gerichtl. Med. der Univ.
D - 6900 Heidelberg, Voss Str. 2
Bundesrepublik Deutschland