

Soziale Krankheit und Soziale Gesundung

Von

Dr. Viktor v. Weizsäcker

o. Professor an der Universität Heidelberg



Berlin
Verlag von Julius Springer
1930

Soziale Krankheit und Soziale Gesundheit

Von

Dr. Viktor v. Weizsäcker

o. Professor an der Universität Heidelberg



Berlin
Verlag von Julius Springer
1930

**Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung
in fremde Sprachen vorbehalten.**

Copyright 1930 by Julius Springer in Berlin.

ISBN-13: 978-3-642-47321-0 e-ISBN-13: 978-3-642-47784-3

DOI: 10.1007/978-3-642-47784-3

Vorwort.

Die Grundgedanken dieser Schrift wurden in einem Vortrage auf Einladung der Berliner psychotherapeutischen Vereinigung am 23. Juni 1930 ausgesprochen. Die vorliegende Veröffentlichung erweitert sie hoffentlich genügend, um eine deutliche Verbindung zu ziehen zwischen der individuellen Lage sozialneurotischer Kranker und gesellschaftlichen Allgemeinvorstellungen, wie Arbeit, Wille, Freiheit, Recht. Diese Verbindungslinie läuft auf einer Ebene, die wir dann einnehmen, wenn wir als Gutachter, Ärzte, Beamte tätig werden und als soziale Funktionäre praktische Aufgaben zu lösen haben.

Diese „soziologische“ Ebene fällt weder zusammen mit der Ebene theoretischer Erkenntnisse, noch mit der Ebene rein individueller Therapie. Für das „höhere“ Niveau möglichst letztgültiger Entscheidungen des Geistes liegt also die Sprechweise dieser Schrift gleichsam zu tief; für das „tiefere“ Niveau der Einzelexistenz des Kranken liegt sie gleichsam zu hoch. Im Vergleich zu der Reinheit einer theoretischen Psychologie oder Philosophie sprechen wir zu banal, vom Concretissimum eines persönlichen Schicksals aus gesehen verhalten wir uns zu formal. Eben dies aber ist die Eigenart im Verhalten des sozialen Funktionärs.

In dieser Ortsbestimmung wird beides, das „Höhere“ und das „Tiefere“, einen Augenblick in Frage gestellt. Wir rücken diesen Augenblick lang die Behandlung und damit das Erledigungsverfahren in den Vordergrund und werden erst später erfahren, was sich von dieser mittleren Ebene aus für die einzelnen Menschen und für die allgemeinen Begriffe ergibt.

Heidelberg, 8. Oktober 1930.

V. v. Weizsäcker.

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
1. Die Arbeitsfähigkeit.	1
2. Die soziologische Stellung der Klinik.	6
3. Die Situationstherapie.	11
4. Auszüge aus der Krankengeschichte behandelter Fälle. Folgerungen. (Von Karl Müller und V. v. Weizsäcker.)	17
5. Entsteh- und Verschwindbedingung der Sozialneurose. Behandlungsrecht — nicht Berentungsrecht	30
6. Arbeitswilligkeit und kanalisierter Bewegungsraum. Rechtswille und Rechtserkenntnis	38
7. Ärztliche und sozialpolitische Folgerungen.	49

1. Die Arbeitsfähigkeit.

Von den 13 Mill. Menschen, welche heute in Deutschland Renten, Unterstützungen und Krankengeld aus öffentlichen Mitteln erhalten, gehen nach vorsichtiger Schätzung gegen 6 Mill. durch die Hand eines Arztes zum Zwecke der Prüfung ihres Anspruches und der Höhenfestsetzung ihrer Rente¹. Der deutsche Arzt hält also für jeden zehnten Mitbürger das Sieb in der Hand, durch das dieser passieren muß, um in irgendeine der mehr oder minder unerfreulichen ökonomischen Kategorien zu gelangen, die nun sein Schicksal bilden wird. Diese ungeheure Tatsache bezeichnet deutlich genug den Ort, an dem der Arzt in unserer Volksgemeinschaft steht, aber auch die Situation seines Patienten. Der Eintritt in die Krankheit und der Austritt aus der Krankheit ist gekoppelt mit dem Eintritt in die Arbeitsunfähigkeit und aus ihr heraus. Das bedeutet, da über zwei Drittel unserer Bevölkerung versichert sind (einschließlich Angehörige der Versicherten), daß auch diese Verschiebung im Volkseinkommen und in der Existenzform des Volkes bewegt wird durch den Finger des Arztes. So weitbekannt diese Tatsachen sind, so wenig wirken sie sich bisher aus in der Idee der Medizin, in den bewußten Normen ärztlichen Handelns, in dem Grundbegriff des kranken Menschen. Noch machen wir uns nicht im vollen Lichte des Denkens klar, was es eigentlich bedeutet, daß der Arzt als

¹ Nach Mitteilungen des Reichsarbeitsministers Stegerwald (Frankf. Ztg 1930, 11. Mai) in Millionen Menschen: 3,75 Invaliden-, Angestellten- und Knappschaftsversicherung, 1,0 Unfallrente, 2,4 Kriegsbeschädigte, 4,2 Arbeitslose, 1,0 Beamtenpensionen und Hinterbliebene: Summa 13,85 Mill. Zuwendungen der öffentlichen Hand. Zieht man 2,0 Mill. Doppelempfänger ab, so bleiben ca. 12 Mill. Empfänger, wobei renten- und unterstützungsberechtigte Angehörige einbezogen sind. Die Schätzung der durch ärztliches Urteil erfolgenden Zuwendungen geschieht in Millionen wie folgt: 1,0 Unfallrentner, 2,4 Kriegsbeschädigte, 1,5 Invaliden-, Angestellten- und Knappschaftsversicherte (ca. 40% der Gesamtzahl); dazu 0,8 Krankengeldempfänger. So beträgt die Gesamtzahl der ärztlich Beurteilten 5,7 Mill. Diese Summe erhöht sich um eine unübersehbare Zahl, wenn wir diejenigen Fälle hinzunehmen, in denen der Arzt eine gewünschte Zuwendung ablehnt und also negativ an der ökonomischen Schicksalsbildung beteiligt ist.

Kassenarzt — und d. h. als Halbbeamter — und als Gutachter — und d. h. als Halbrichter — den Kranken einordnet in die ökonomische Situation der Arbeit und des Geldes. Zwar bleibt es interessant, was dem Kranken fehlt und wie seine Krankheit behandelt werden kann. Aber für sein Existieren als arbeitendes und verdienendes Wesen, als sozial mit anderen verknüpftes Individuum ist in einer rapide wachsenden Zahl von Fällen interessanter, schicksalvoller und wichtiger für ihn dies: „was kann angesichts meiner geminderten Existenzfähigkeit aus mir noch werden“. Die Krankheit ist schlimm, aber das Leiden an den psychologischen, sozialen, ökonomischen Folgen der Insuffizienz ist schlimmer. Ist es möglich, daß die Medizin einen Begriff von sich beibehalte, der diese Insuffizienz des Menschen in seinem menschlichen Dasein als eine Begleiterscheinung betrachtet, die nicht mehr zu ihrem Gegenstand gehöre? Man kann in dem Himmel der Definitionen alles Denkbare an Krankheitsbegriffen ausdenken, aber nicht das Kleinste wird sich ändern an den Tatsachen einer Kassensprechstunde, in der zwischen vier Wänden die Weichenstellung der öffentlichsten aller Krankheiten vor sich geht: der sozialen Krankheit.

Kaum ist dieses Wort ausgesprochen, so regt sich der Widerspruch: was hat Wirtschaft und Politik, was hat die Sozietät mit den Gegenständen der Pathologie zu tun? Man kann dieser Frage auf zwei Weisen begegnen. Die erste Antwort ist die: das Gesetz der Sozialpolitik hat die Macht in die Hand des Arztes gegeben; aber hat die Medizin ihm auch die Erkenntnis gegeben, kraft deren er diese Macht brauchen kann? Gibt es ein System der Pathologie, durch welches wir die Arbeits- und Existenzfähigkeit eines Menschen befriedigend klar erkennen können? Ich behaupte nach sorgfältiger Prüfung: nein. Die Pathologie bestimmt die Natur der Krankheit, aber nicht die Form der verbleibenden Gesundheit und nicht die Form der Verwendbarkeit der verbleibenden Funktionen. Ein Mensch lebt ja nicht mit seinem Krankheitsherd, sondern mit seinen um diesen herum sich neu ordnenden Funktionen. Seine Suffizienz ist doch nicht durch Subtraktion seiner Erscheinungen und Ausfälle von 100% zu bestimmen — welcher Denkfehler steckt doch in dieser Abstraktion sozialmedizinischer Mathematik! Die Politik hat also etwas mit den Körperveränderungen der Pathologie zu tun, wenn sie den Arzt zwingt, aus der Pathologie heraus eine soziale Entscheidung zu begründen. Ein an beiden Beinen Gelähmter kann voll erwerbsfähig sein und ein Neurotischer ohne Organbefund kann voll erwerbsunfähig sein. Dieser Widerspruch zwischen der Pathologie des Defektes und der

Ökonomie der Arbeitsfähigkeit ist auch nicht durch den gesunden Menschenverstand zu ermäßigen und zu mildern, sondern nur durch eine Ergänzung der Pathologie und eine Revision der Grundlage der Sozialversicherung. So wie sie sind, zwingen uns beide zu oft, das Unsinnige zu tun und das nicht Feststellbare zu beurteilen.

Denn prüfen wir einmal ernstlich die Frage: welche Methoden besitzen wir, um die Arbeitsfähigkeit eines Menschen zu beurteilen, so wird das Vakuum sogleich sichtbar. Die Leistungsprüfungen der physiologisch orientierten Klinik sind zweifellos Belastungsproben für eine bestimmte Funktion. Man kann die Funktionen des Blutdrucks, der Schlagfrequenz, des Sauerstoffverbrauchs, der Zuckertoleranz, der Wasserausscheidung belasten und durch Anreize zur Mehrfunktion die Erregbarkeit der Funktion prüfen. Aber diese Erregbarkeit ist nicht die Leistungsfähigkeit.

Vielmehr stellt sich auf allen Gebieten heraus, daß man die Leistungsfähigkeit an der Erregbarkeit der Funktion nicht prüfen kann. Man muß vielmehr die Ermüdung der Leistung an und in der Arbeit selbst prüfen. Es ist auch die Ermüdung nur dann „ein Maß der Konstitution“, wenn sie nicht nur ein quantitativer Test auf Funktionsminderung ist, sondern wenn man die Berufsarbeit selbst heranzieht. Z. B. führt die Untersuchung der Muskelhubhöhe am Ergographen uns zu einer Funktionsprüfung — nichts aber sagt sie über das Wesen der Leistungsermüdung einer bestimmten handwerklichen Arbeit. Diese zeigt sich vielmehr darin, daß in vielen Fällen (vielleicht den meisten) nicht die Abnahme der Energieproduktion oder des Wirkungsgrades im Muskel entscheidet, sondern die Vergrößerung, Entdifferenzierung und Primitivierung der feineren Bewegungsgestalt. Dies kann z. B. die Präzision herabsetzen oder das Tempo verlangsamen. Im Rahmen dieses Leistungswandels kann die Energieproduktion durch Überkompensation sogar gesteigert sein, oder sie kann durch Hemmung gemindert sein — in jedem Falle bleibt das energetische Moment aber der Leistungsminderung, die an konkreten Arbeitshandlungen sich zeigt, völlig untergeordnet. Der unwirkliche Charakter unseres Begriffs „Arbeitsfähigkeit“ zeigt sich bekanntlich im Gesetz am schärfsten, wo von der Arbeitsfähigkeit auf dem „allgemeinen Arbeitsmarkt“ die Rede ist. Derselbe körperliche Zustand aber wirkt sich bekanntlich in verschiedenen Arten der Arbeit ganz entgegengesetzt aus und in praxi gibt es nicht eine theoretische Arbeitsfähigkeit, sondern eben die praktischen Arbeitsfähigkeiten für verschiedene Arten von Arbeit. Die praktische Leistungsminderung wäre nur für eine

bestimmte Arbeit feststellbar. Um diese praktische Leistungsminderung zu messen, besitzen wir so gut wie keine wissenschaftliche Methode. Es gibt unbedeutende Ausnahmen, wie die Prüfung von Sehschärfe und Farbensinn für die Arbeit der Eisenbahnangestellten oder bestimmter Spezialindustrien; und auch hier handelt es sich strenggenommen nicht um Arbeitsfähigkeit. Kein Arzt ist aber mit Methoden ausgerüstet, die ihm gestatten, die Minderung der Arbeitsfähigkeit eines Menschen festzustellen, der eine gut verheilte Wirbelfraktur hat und noch über Schmerzen klagt. Welche intellektuellen Operationen führen den Arzt eigentlich von der Betrachtung eines Röntgenbildes zu der Aussage, es bestehe 0, 20, 40 oder 80% Erwerbsminderung? Keine! Ein nebelhaftes Gefühlsurteil, ein Eindruck von der moralischen Willigkeit des Kranken, eine unbewußt zustande kommende Gewohnheit des Schätzens wirken zusammen. Und doch müssen wir täglich solche Urteile fällen. Man stelle sich das Gesicht eines Käufers von Motoren vor, deren PS nach derartigen Methoden von der Fabrik angegeben würden.

Nicht nur gestattet der klinische Befund kein wissenschaftliches Urteil über Arbeitsfähigkeit, sondern auch die Arbeit, zu welcher jemand fähig oder unfähig sein soll, ist dem Gutachter unbekannt. Er hat vielleicht eine Schokoladenfabrik und eine Gießerei besichtigt, einen Verladeplatz und einen landwirtschaftlichen Betrieb gesehen, er vollzieht eine Kontamination dieser Eindrücke und überträgt sie auf Betriebe wie Maschinenschlosserei oder Elektrotechnik, die er vielleicht nie gesehen hat. Und was man sieht, besagt wiederum gar nichts für den Vorgang im arbeitenden Organismus selbst. Wo im Organismus die Orte der größten Ermüdung, wo die Stellen der psychischen und physischen Belastung bei einer bestimmten Arbeit sind — niemand weiß es und sicher ist es eine Utopie diese Frage jemals rein physiologisch zu lösen. Die Entwicklung der Psychotechnik schien uns zuerst zu ermutigen, diese Aufgabe für eine nicht ganz unlösbare zu halten, aber sie ist bisher eben nicht gelöst. So kann es wohl keinem Zweifel unterliegen, daß eine große Anzahl von ärztlichen Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit in objektivem Sinne falsch sein müssen. Es wird die in Prozenten ausgedrückte Arbeitsfähigkeit nach Lage der Dinge ebensogut zu hoch wie zu niedrig ausfallen. Dazu addiert sich die Unanwendbarkeit auch einer „richtigen“ Einschätzung, weil der Begriff des „allgemeinen Arbeitsmarktes“ diese Einschätzung eines greifbaren Sinnes überhaupt beraubt.

Dies also ist die erste Antwort auf die Frage nach der Anwendung klinischer Pathologie auf die Existenz des insuffizienten Menschen. Sie

lautet: es gibt kein zulängliches Instrument zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und diese selbst ist kein zulänglich definierter Begriff. Den hieraus sich ergebenden soziologischen Gesamtzustand des Erledigungsverfahrens kann man selbst als eine soziale Krankheit bezeichnen, sofern die ärztlich definierte Insuffizienz sich als eine Größe erweist, die nicht nur von der Krankheit sondern auch von dem sozialpolitisch gegebenen Zustande abhängt.

Aber, und dies ist die zweite Antwort, die soziale Krankheit ist doch schließlich ein Inbegriff aller individuellen Krankheiten. Warum soll die Sozialpolitik nichts mit dem Zustand der Einzelperson zu tun haben, den wir bisher Krankheit nannten und immer so nennen werden? Die Entwicklung der klinischen Pathologie ist doch selbst dahin gelangt, die Abhängigkeit der Funktionen zu erkennen. Sie hat ja doch begriffen und erwiesen, daß Drüsensekretion, Blutdruck, Zuckerstoffwechsel, Wasserhaushalt, Fettansatz nicht nur das nervöse und psychische Verhalten bestimmen, sondern ebenso wieder von ihm abhängen. Auf der Suche nach einer einheitlichen psychophysischen Formel ist sie jedenfalls so weit gelangt, kaum einem physiologischen Vorgang die psychische Beeinflussung abzusprechen; die Abhängigkeit der Körperfunktionen von der psychophysischen Gesamtlage ist einer ihrer sichersten Gewinne. Und sie ist im Begriff, auch eine Psychogenese bestimmter Organerkrankungen aufzubauen. Der Übergang von einer nur ätiologischen Betrachtung zu einer des biographischen Verlaufs ist ihre wichtigste Neuerung, und wo der Verlauf im Mittelpunkt steht, da auch die Lenkung des Verlaufs in der Therapie. Lohnverhältnisse, Preisverhältnisse, seelische Lage am Arbeitsplatz und im Heim — dies alles muß ja die Arbeitsfunktionen von Gesunden wie Insuffizienten beeinflussen. Hier nun bekommen wir es zu fassen: aus der statischen zur dynamischen Krankheitslehre übergehend wird die Medizin als entscheidend nicht nur *causa* und *sedes morbi* sondern die Schicksalsbildung und -lenkung des Kranken in der Zeit begreifen. Praktisch ausgedrückt, wir haben begonnen, den Zeitpunkt und die Situation für einen ärztlichen Eingriff als übergeordnet-wesentlich anzusehen. Prophylaxe wird bei Infektionskrankheiten, beim Krebs wesentlicher als Therapie, die Erfassung der Gesamtsituation übergeordnet-wesentlich für die Wahl des Mittels. An die Stelle der Kausaltherapie rückt die sie einschließende Situationstherapie. Diesen Sinn hat es also individualmedizinisch, wenn wir sagen, die Politik hat etwas mit den Krankheiten zu tun.

Hier wende ich mich zum Thema. Uns sind die historischen Zusammenhänge vertraut, aus denen die Psychotherapie gerade es sein mußte, welche die Pathologie der Situationen, wie sie Sitte, Recht, Staat, Wirtschaft hervorbrachten, nicht wie die approbierte Medizin über sich ergehen ließ, sondern unbewußt zu ihrem therapeutischen Thema machte. Ich sage unbewußt, denn auch die Psychotherapie bekam in ihr Blickfeld zunächst nur das Symptom der Situation, das Symptom „Neurose“. Und da die Psychotherapie es nicht mit Mitteln der pathologischen Anatomie und Physiologie abzuleiten vermochte, so verstand sie es ganz psychologisch. Dabei mußte sie verständnisarm bleiben für die Körperseite, mußte sie oft ignorieren die Eigengesetzlichkeit der Zivilisation, der Kultur und des Geistes; ohne diese zu leugnen verlor sie den Kontakt mit ihnen oder suchte sie aufzusaugen. Wird dies anders, sobald wir den Körper besser verstehen und die objektive Welt der Geschichte und Gesellschaft wieder einbeziehen, so wird auch die nur psychologische Betrachtung wieder eingeschränkt. Und wird die menschliche Situation erfassbar, so wird die rein psychophysische Frage eine von zweiter Ordnung gegenüber der Situation. Mit anderen Worten: in dem Augenblick, da ich begreife, daß die individuelle Neurose sich auf dem Hintergrunde einer sozialen, politischen und geschichtlichen Werdekrankheit und eines Wertwandels abhebt¹, in dem Augenblick kann die rein psychotherapeutische Einstellung überflügelt werden durch eine allgemeine ärztliche, die in jeder Krankenbehandlung die Anwendung einer Idee der Situations-therapie sieht — sei es nun eine Neurose, Tuberkulose oder Paralyse. Die Psychotherapie hat dann nur dies bedeutet: hinzuweisen auf das Phänomen, daß jeder Mensch, der eine Krankheit hat, sich in der Situation versagender Existenz befindet und daß er aus dieser Insuffizienz seines Daseins ärztliches Problem ist. Die Neurose der Psychotherapie ist der psychologische Aspekt dieser Situation — nicht mehr².

2. Die soziologische Stellung der Klinik.

Ehe wir nun zu dem Bericht übergehen, wie wir uns angesichts dieser Lage und auf der Basis solcher Meinungen an der Nervenabteilung der medizinischen Klinik in Heidelberg verhalten, werfen wir einen Blick

¹ Vgl. meine Darstellung der Allgemeinen Neurosenlehre in v. Mehring-v. Krehl: Lehrbuch der Innern Medizin, 16. Aufl. 1929.

² Vgl. meinen Vortrag Kranker und Arzt. 25 S. Berlin: Junker & Dünhaupt 1929.

auf die soziologische Stellung der modernen Klinik überhaupt. Wir alle wissen, daß auch eine Universitätsklinik heute anders aussieht als vor 30 und noch 20 Jahren. Der akademische Professor, im Mittelalter nur „Lehrer“, seit dem 16. Jahrhundert „Kliniker“, ist heute ein „Direktor“. Als Krankenhaus ist seine Klinik zugleich ein Kontrollorgan des wirtschaftlichen Produktionsprozesses geworden. Mit der einen Hand am Beutel der öffentlichen Versicherungskassen, mit der anderen am Fabrikator kontrolliert sie, was dort ein- und ausgeht; gewiß nach bestem Gewissen, und doch in den wichtigsten Fällen ohne die Unterlagen zu einer gut begründeten Entscheidung. Das gute Gewissen, nach den gesetzlichen Vorschriften der Invaliden-, Unfall- und Krankenversicherung korrekt gehandelt zu haben, beseitigt noch nicht den Zweifel und das Unruhegewissen, ob man richtig entschieden hat — fern vom Arbeitsplatz, der Wohnstätte, fern auch der seelischen Realität des menschlich und sozial oft sehr fernstehenden Patienten. Warum verschweigen, daß diese Gewissenslast uns von Jahr zu Jahr unerträglicher wird. Was lehrt richtig urteilen: korrekte Gesetzesauslegung oder ärztliches Empfinden? Besonders unleidlich sind die Entscheidungen, in denen theoretisch Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt anerkannt werden muß, obwohl auf dem verfügbaren Arbeitsmarkt praktische Arbeitsunfähigkeit besteht. Dann erklären wir den Patienten für erwerbsfähig, aber gerade er versagt und wird nie begreifen, warum ihm die Sozialversicherung, die ihn sichern sollte, ihren Schutz versagt. Der Sinn der Sozialgesetze war doch, wenn auch nicht nach den politischen Motiven Bismarcks, so doch nach der ideellen Begründung, der Schutz des gesundheitlich Geminderten gegen Not. So sehr hat sich dieser Sinn umgekehrt, daß wir heute nicht den einzelnen sichern müssen aus dem Überfluß der Gesamtheit, sondern auch die Gesamtheit schützen zu müssen meinen gegen die andrängende Not und die Ansprüche der einzelnen. Längst betrachtet der einzelne Patient den Arzt in der Klinik nicht mehr als den Vermittler dieses Schutzes, sondern als Vertreter des Interesses des „Kapitalismus“, des „Klassenstaats“, der „Gesellschaft“ oder wie immer er sich ausdrücken mag. Das öffentliche Recht auf Sicherung hat daher die Selbsterfahrung der Kranken gänzlich umgebildet. Der Kranke erfährt seine Krankheit zugleich als eine Rechtsquelle: als Rechtsgrund auf Sicherung, als Rechtsgrund auf Wiederherstellung. Und er erfährt es sogar als umstrittenes und oft bestrittenes Recht. Damit wird eine tiefste Erfahrung jedes Kranken verschüttet, eine Erfahrung, die für seine Entwicklung grundlegend sein müßte und

wahrscheinlich integral für seine Gesundheit ist: das Gefühl eines Zustandes, der nicht sein sollte. Diese Urfahrung im Kranken überkrustet sich ja nun mit der Einstellung: ich habe etwas, was mein Recht ist. Der klassische Fall dafür ist die Neurose des Versicherten und Entschädigungsberechtigten. Aber auch unzählige Organkranke und besonders Leichtkranke bekommen diese Einstellung.

Bei abklingender Ulcuskrankheit, Polyarthritis, Ischias, Commotio cerebri oder Fraktur kann sich so eine „zweite Krankheit“ einstellen. Sie zeigt sich so, daß der Patient den Zustand nicht wiedererreicht, in dem er bei veränderter Situation wieder Arbeit leisten könnte. Er ist beim Wiedereintritt in die Kategorie „arbeitsfähig“, wie sie das Urteil des Arztes ausspricht, nicht mehr in derselben Situation wie vor der Erkrankung: er ist jetzt nicht so sehr organkrank als situationsgeschädigt. Diese „zweite Krankheit“ kann sehr verschieden zustande kommen. Häufig besteht sie darin, daß noch etwas weh tut, daß man noch rasch müde wird, Kopfweh, Schwindel, Schwäche, Schweiß, Elendigkeit spürt. Ist dann die Arbeitsform im Betrieb eine stark tempomäßige, welche keine Anpassung gestattet (z. B. auch Gruppenakkord), so ist der Leistungsraum für den Rekonvaleszenten bald so verengert, daß er versagt, und zwar in einem Stadium, wo die Erregbarkeitsprüfung der Funktionen keine objektiven Ausfälle mehr zeigt. Umgekehrt: wenn zwar die Arbeitsfähigkeit aber kein Verdienst erreicht wird, weil keine Arbeit oder nur eine geringere wie vorher zu haben ist, dann kann sich ein Einfluß auf das Gemütsleben und ein scharfes Drängen auf Erhaltung der Krankheit einstellen; weil das Krankengeld höher ist als die Unterstützung durch Arbeitslosenversicherung und Fürsorge, tendiert der Instinkt zum Kranksein.

Man mache sich die schiefe Ebene eines auf dem Wege über Unfall oder Krankheit arbeitslos Werdenden in Zahlen klar: z. B. Monatseinkommen 200 M., Krankengeld 160 M., Arbeitslosenunterstützung 60 M., Krisenfürsorge 40 M. Auf dieser Skala entwickelt sich bei jedem „Normalen“ eine Psychologie der Insuffizienz, Scham, Angst und dann von Hadern, Zorn, Bitterkeit.

Die „zweite Krankheit“ ist also Situationskrankheit und das pathophysiologische Problem lautet bei ihr nicht: welche Organe und Funktionen haben Defekte, Ausfälle, Minderung, sondern es lautet: was kann ein solcher Mensch mit seinen vorhandenen Funktionen leisten — eine völlig andere Frage.

In der Praxis stellen sich die Dinge gewöhnlich so, daß der Internist, Chirurg, Ohrenarzt usw. bei Patienten, die entweder organkrank waren oder noch einen Defekt haben, den Eindruck gewinnen, der Kranke bekunde verhältnismäßig zu viel Beschwerden. Es entsteht dann die

differentialdiagnostische Trias: organisch, neurotisch oder Simulation? Diese Frage, weit entfernt von der Mehrzahl der Ärzte scharf gestellt und sicher beantwortet zu werden, führt dann zum Entschluß, den Neurologen oder Psychiater zu Rate zu ziehen. Es ist aber keineswegs klar, daß diese situationsbedingten Zustände völlig mit dem identisch sind, was in der Klinik vor den Zeiten der Sozialpolitik und ihren sozialmedizinischen Auswirkungen als Hysterie, Psychoneurose, Neurasthenie usw. bezeichnet wurde. Und es ist organisatorisch auch nicht gut, wenn ein Stück der Beurteilung einer so verbreiteten Störung in das Spezialistentum des Nervenarztes verwiesen wird und die eventuelle Therapie ebenfalls geteilt wird. Ich möchte sagen: an dem Beispiel der reinen Neurosen und den neuen Erkenntnissen der Psychologie der Neurosen ist uns zuerst klar geworden, daß diese Art von Einstellungen zur Krankheit und Verarbeitung der Krankheit tatsächlich heute, d. h. zur Zeit der Sozialversicherung und der Arbeitslosigkeit, der Wirtschaftskrise und der Gesellschaftskrise ein allgemeinmedizinisches Problem ist, weil ein großer Teil aller Kranken einer derartigen Entwicklung ausgesetzt ist. Daraus folgt, daß jeder Arzt Einsicht in ein Problem haben muß, welches man so formulieren kann: Wie kommen derartig gesteigerte Beschwerden, subjektive und objektive Leistungsinsuffizienzen bei allen Krankheiten und zumal in der postmorbiden Phase eigentlich zustande; worauf ist hier zu achten, was kann man tun? Diese Fragen kann nur eine ausdrückliche Lehre von der Auswirkung der physiologischen Funktionsstörungen in den Leistungen des konkreten Lebens beantworten. Eine solche allgemeine Pathologie der konkreten Leistungen sieht ein weites und kaum bearbeitetes Feld vor sich. Es wird sich dabei aber zeigen, daß eine ganz andersartig orientierte Beschäftigung mit den Kranken hier nötig ist als die des objektiven Status. Die tätige Beziehung von Arzt und Patient wird ebenso wichtig wie die technisch vollkommene Untersuchung und man wird die These sich bestätigen finden, daß die Beurteilung erst durch die Behandlung zustande kommen kann, so daß sich die klassische Reihenfolge: zuerst Diagnose, dann Therapie umkehrt in die neue: zuerst Behandlung, dann Beurteilung. Ich wiederhole aber: daß wir die stark neurotisch imponierenden Fälle herausgreifen, liegt daran, daß bei ihnen geschichtlich und methodisch am frühesten diejenige Einstellung des Arztes zum Kranken entdeckt und vervollkommenet wurde, die hier nötig wird. Voraussetzung der Situationstherapie ist sie bei jeder Krankheit, weil jede Krankheit im Gefüge einer Situation an uns herantritt.

Ein gutes Beispiel für die Urteilsbildung aus dem Verlauf einer Behandlung ist nun gerade die Situationsneurose, die in der gesamten Ärztwelt am meisten zum Verständnis der Neurose beitrug: die Kriegsneurose. Denn wir wissen, daß es gerade die Heilbarkeit der Kriegsneurosen war, aus welcher man paradoxerweise die Ablehnung eines Rechtsanspruches folgerte. Man sagte: wenn die Symptome durch eine psychotherapeutische Sitzung zu beseitigen sind, so ist bewiesen, daß sie nicht Folgen traumatischer Gewalt im Gehirn sein können. Die Verweigerung von Renten an Kriegsneurosen wurde anerkannter Grundsatz. Man darf aber nicht vergessen, daß diese Neurosen nicht nur heilten, weil man sie behandelte, sondern weil die Patienten nicht mehr in die Front mußten, und dann weil der Krieg aufhörte. Die Situation hatte das Verdienst. Nicht anders, wenn sie heilten, nachdem man die Rente wegnahm: die Notlage brachte Heilung — nämlich dann, wenn die Notlage auf anderem Wege zu beseitigen war: durch Arbeit und Verdienst. Es ist aber sonderbar zu glauben, daß die Not half: nicht sie, sondern ihre Überwindung auf anderem Wege heilte. Die klare Folgerung schien erstens, daß diese Neurose eine Tendenzneurose war und zweitens, daß man ihre Beseitigung dem freien Spiele des Lebens anheimgab: das Leben ist dazu da, dem Neurotiker das Aufgeben seiner Neurose abzuwingen.

Die Frage ist, ob diese Stellungnahme heute noch befriedigt. Neurosen und neurotische Organkranke sehen wir in ständiger Zunahme. Statt Krieg — Arbeitslosigkeit. Statt Flucht in die Heimat — Flucht in die Versicherung des Staates. Die Sicherung durch den Verdienst aus Arbeit kann heute nicht dasselbe nützen wie damals die Sicherung durch das Wörtchen d. u. — das ist der ganze Unterschied. Damit ist aber auch gesagt: der Zwang zur Arbeit, der bei der Rentenentziehung von 1919 bis etwa 1925 sinnvoll war, ist es heute nicht, wenn keine Arbeit zu haben ist. Daran, wird man folgern, kann Medizin und Psychotherapie aber nichts ändern; andere Mächte müssen eingreifen: Wirtschaft und Staat, Gesellschaft und Geschichte.

So einfach diese Überlegungen sind, so unzulänglich sind sie auch — durch ihre Einfachheit. Die Hypothese der Tendenzneurose und ihrer Motivierung durch Faulheit, Geldbegehren und Sicherungsbestreben ist in diesen Formen nicht zu halten und ihre praktische Konsequenzen gleichfalls nicht. Die praktische Folgerung ist nämlich, daß diese Neurosen nicht nur kein Entschädigungsrecht haben, sondern auch nicht behandelbar sind. Selbst wenn man, unlogisch gegen die Theorie, ein Behandlungsrecht bei Tendenzneurosen zugestünde, wäre, so wird ge-

sagt, die Behandlung aussichtslos, solange Aussicht auf Rente besteht. Die Behandlung würde in den Augen des Neurotikers den Rechtsanspruch legitim machen und seine Neurose fixieren. Und so hat sich z. B. der Lehrgang im Reichsarbeitsministerium vor einem Jahr mit der Behandlungsfrage schon gar nicht mehr ernstlich befaßt. Und selbst die, welche selbst Neurosen behandeln, wie z. B. Nonne, Kronfeld halten die Aussichten für praktisch zu gering, andere wie z. B. Wilmanns¹ halten die im Krieg noch gegebenen Bedingungen für nicht mehr erfüllbar. Auf der Seite derer aber, welche mit Riese Behandlung oder Psychoanalyse fordern, gewahren wir noch nicht, daß sie praktisch Ergebnisse vorzulegen haben. Es gilt also das Dogma von der Unbehandelbarkeit dieser Neurosen zu prüfen.

3. Die Situationstherapie.

Es gibt meines Erachtens Gegenstände der Erkenntnis, welche nur zu erkennen sind durch Akte des Handelns. Im Grund ist jedes Experiment ein solcher Fall, und vielleicht ist das ganze neuzeitliche naturwissenschaftliche Erkennen ein solcher Fall. Den ersten Versuch, im Stadium des unerledigten Streits stehende Neurosen zu behandeln, habe ich an etwa 20 Fällen Privatversicherter und zivilrechtlich zu Entschädigender gemacht. Wenn Stier sagt, daß Einigung der Parteien die Neurose meist hindert oder heilt, so ist das richtig. Aber bekanntlich erfolgt häufig die Einigung eben auch nicht, weil den Beamten der Versicherung das Talent dazu ebensooft fehlt wie den Ärzten. Und gerade mein Bericht², daß Privatversicherte nach Einigung gesund wurden, ist angefochten worden, weil die Einigung in der Mitte zwischen den Parteien erfolgte und einen eigentlich ganz unberechtigten Anspruch doch teilweise befriedigte, also zwar gut wirkte, aber nicht objektiv gerecht sei. Privatversicherungen, Post und Eisenbahn haben mehr Interesse an

¹ Wilmanns in Arbeit und Gesundheit H. 13, S. 82 (Berlin: R. Hobbing 1929): „Etwas Unerfreulicheres als die Heilbehandlung des Neurotikers gäbe es kaum. Die während des Krieges angewandten Heilmethoden seien zwar sogar bei Unfallrentnern, die seit Jahren Renten von 100% bezogen hätten, wirksam gewesen; auch sie seien damals in 5 Minuten geheilt worden. Heute aber seien diese Methoden nicht anwendbar. Bei akuten Fällen lasse sich vielleicht bei geeigneter Behandlung etwas erreichen, nicht aber bei alten Fällen. Diese möge man durch lange Zeit in Ruhe lassen und dann erst nach eingehenden Ermittlungen nachuntersuchen.“

² Über Rechtsneurosen. Nervenarzt 1929, H. 10, S. 569.

ihrer öffentlichen Beliebtheit als an der strengsten Rechtsanwendung und gehen darauf leichter ein, als der Staat es darf, der auf öffentliche Beliebtheit angeblich nicht reflektiert. Ich fürchte allerdings, auch er wird immer auf öffentliche Beliebtheit reflektieren. Ich schloß ebenfalls aus diesen Fällen bürgerlicher Privatversicherter, daß die Einigung verdächtig ist, wenn sie Vorteil bringt. Aber dann muß ich fragen, warum erfolgte sie, nachdem fruchtlose und zum Teil mehrmonatige oder mehrjährige kostspielige Kämpfe vorangegangen waren, erst nach einer ärztlichen Behandlung? Außerdem ist ein pekuniärer Vorteil nicht immer ein Beweis für moralische Defekte¹. Oft bekam der Patient mehr und bezahlte die Versicherung weniger, als beide befürchtet hatten. Es heißt den Erfolg dieses Experimentes auf den Kopf stellen, wenn man schließt: also lag nur unrechtmäßige Tendenz und nicht eine pathologische Situation vor. Oder: also lag gar keine Therapie sondern Verschaffung eines Vorteils vor. Natürlich lag eine pathologische Situation vor, und daß man sich jetzt einigen kann, beweist, daß sie beseitigt ist. Ihr Wesen ist ein Kriegszustand mit Übertragung und Gegenübertragung von Haß und Aggression. Ich werde mit Vergnügen zur Abgrenzung dieser Art von pathologischen Situationen gegen Organerkrankungen auf einen Vorschlag eingehen, statt pathologisch ein anderes Wort zu wählen; man könnte von pathischen Zuständen sprechen. Viel wesentlicher ist: dieser Zustand ist die vorgeordnete Bedingung der physiologischen und psychologischen Phänomene des Neurotikers. Diese bürgerlichen Neurotiker hatten ja auch viel mehr bei einer Beseitigung der Neurose zu gewinnen, weil ihre gewinnbringenden Geschäfte daniederlagen, und von ihrer Arbeit auch eine Anziehungskraft ausgeht, die den meisten Arbeitern völlig versagt ist. So war der nächste Schritt der, das Experiment am neurotischen Arbeiter zu wiederholen. Wir haben eine besondere Behandlungsstation eröffnet und verfahren folgendermaßen: wir anerkennen

¹ Ich erinnere etwa an den Fall, wo ein Kaufmann oder ein Erfinder in dem Augenblick einer Konjunkturkrise durch monatelanges Krankenlager aus dem Konkurrenzkampf ausscheidet oder einen Rückgang des Geschäftes erleidet, der in Jahren nicht wieder gutzumachen ist. Eine Berechnung derartiger Verluste ist objektiv ausgeschlossen. Wo das formale Recht auf schicksalhafte Zusammenhänge dieser Art angewendet werden muß, darf man nicht erwarten, daß das Gerechtigkeitsgefühl der Betroffenen sich vor dem Rechtspruch innerlich beugt. Der seelische Schaden der Verbitterung wäre nicht durch eine Rechtsgerechtigkeit, sondern durch die Erzeugung einer schiedlichen Einigung gutzumachen — der materielle Schaden bleibt für alle Ewigkeit problematisch. Ich meine, daß es Aufgabe des ärztlichen Beraters sein soll, über die Idee des Rechts hinweg dem seelischen Schaden vorzubeugen.

diesen Patienten ihren Leidenszustand. Aber wir behandeln von vornherein nach dem Grundsatz einer Psychotherapie, die sich alles zunutze macht, was klinische, analytische und psychagogische Erfahrung bieten kann. Denn es gibt schließlich heute noch andere Heilmethoden als die seinerzeit in den militärischen Heimatlazaretten geübten Überrumplungs- und Überwältigungsmethoden, welche gegenüber den Anforderungen der Front zu jener Zeit keine übertriebene Zumutung bedeuteten, zumal die Geheilten nicht mehr in die Front mußten. Grundsätzlich bleiben die Kranken nur 3—4 Wochen, innerhalb deren die kathartische Entscheidung oder die schrittweise Zermürbung des neurotischen Widerstandes erfolgen muß. Es ist nun einfach nicht wahr, daß die Gewährung der Behandlung die Neurose fixiert. Dann könnte man überhaupt keine Neurosen behandeln. Es ist mir unverständlich, daß Psychotherapeuten sich dieser Deduktion bedient haben. Wir haben, und ich gestehe zu unserer eigenen nicht geringen Überraschung, gefunden, daß die primitiver gebaute Rechtsneurose des Arbeiters rascher zusammenbricht als die des gesicherten Bürgers; daß er zur Vernunft verführbarer, durch Güte bezwingbarer, durch erzieherische Härte formbarer sich erweist als der Neurotiker anderer Stände. Die Situation des Arbeiters und Angestellten in der Neurose ist heute oft der nackte Existenzkampf, während der Neurotiker der Privatpraxis bekanntlich oft an der Abwesenheit dieser nackten Not krankt. Unser Verfahren ist ziemlich so, wie ich es in meiner Arbeit über Rechtsneurosen von Bürgerlichen beschrieben habe (l. c.). Aber vieles ist auch anders. So das Zusammenleben der Neurotiker in einer Gemeinschaft. Es gibt keine Visite, es gibt auch keine Suggestivmedikamente und kein unehrliches und halbes pseudomedizinisches Gerede. Mit jedem Mann wird seine Lage menschlich und sachlich durchgesprochen, werden die Fehler der anderen wie die eigenen erklärt, wird der Mangel des Systems der Sozialversicherung, die objektive Schwierigkeit unserer nationalen und wirtschaftlichen Lage erörtert, die Berechtigung und die Begrenztheit jedes Parteistandpunktes beleuchtet. Das ist menschlich, natürlich und vernünftig und es spielt sich im Rahmen gemeinsamen Lebens ab, in dem Lektüre, Sport, Spiel und Grammophon, freier Ausgang und beliebige Privatbeschäftigung nicht fehlen. Jede internistische oder chirurgische Affektion wird sorgfältig beachtet und behandelt¹.

¹ Die Erwartung, daß das Zusammenwohnen und -leben die gegenseitige Ansteckung erhöhe, hat sich in keiner Weise bestätigt. Wenn zwei Schüttelneurosen einander am Eßtisch begegnen, wird das geheime Element der Komik

Das zweite ist die umfassende Ergründung der Situation. Es stellt sich der Konflikt mit dem Vorarbeiter oder Meister, Berufsgenossenschaftsbeamten oder Hausherrn, mit der Frau oder den Schwiegereltern, dem Vater oder der Geliebten heraus. Man hört die politische oder moralische Ideologie der Partei oder die Phraseologie des Anwaltes oder Arztes, die die Neurose kultiviert haben. Wo Phobien eine Rolle spielen, wie bei Kranken, die ein Eisenbahnunglück mitmachten, die von Leitern und Gerüsten gefallen sind, da reproduzieren wir die Situation: der Arzt geht mit dem Kranken auf eine Bahnfahrt, auf eine exponierte Stelle am Heidelberger Schloß, und es ergeben sich eigentümliche Übertragungspänomene, die ich in meiner Mitteilung angedeutet habe. Das dritte und wichtigste ist dann von Anfang an, daß das Kräftespiel der Realität einsetzt. Wir verschweigen es keinen Augenblick, wenn nach Lage der Gesetze oder rechtsverbindlichen Entscheidungen keine Aussicht auf Rente besteht. Wir zögern nicht, den Affekt zu entfesseln und scheuen nicht das Risiko des Bruches. Wir setzen mit diesem Risiko ein, sobald wir eine gute Übertragung spüren und haben erfahren, daß kein Patient uns davonlief, wenn wir diese Krisis provozierten. Ohne scharfen Kampf geht es in einigen Fällen nicht ab, und wir schonen keine Empfindlichkeit oder Sentimentalität. Der Kranke lernt schnell, daß die Entscheidung jetzt da ist, und er ahnt daß wir seine

lebendig: „so also sehen wir aus ...“ Das Lächerliche, Dumme und Böse ist nicht unbedingt ansteckender als das Lachen, das Vernünftige und das Würdige. Vieles was wir sahen, erinnert an die hochinteressanten Schilderungen von Aichhorn (Verwahrloste Jugend). Entscheidend ist erstens, daß der Arzt lebendig im Erleben der Abteilung steht und neben der dienstlichen Gebärde menschlich vorhanden ist und zweitens daß Infektionsherde rechtzeitig bemerkt und ausgerottet werden. Zur Entlassung aus diesem Grunde waren wir unter etwa 40 Fällen bisher nur zweimal genötigt. Es liegt nahe, daß eine gewisse Art von politischem Radikalismus in einem Unternehmen wie diesem nichts anders als die raffinierteste Form der „Rentenquetsche“ sieht. Man kann als Arzt auch den politischen Standpunkt auf sich beruhen lassen, der lieber steigendes Elend und steigende Konfliktspannung sieht, als die halbe Maßnahme der sozialisierenden Therapie; denn als Arzt dient man nicht der Politik sondern dem Menschen und darf nicht nur, sondern muß die politische Konsequenz ignorieren. Der Neurotiker ist kein zur Politik fähiger Mensch, sondern einer, den jede Politik mit Vorteil benutzen kann. Insofern ist der Widerspruch zwischen Arzt und Politiker unauflösbar — man muß sich zu einem von beiden entscheiden und die Spannung zwischen beiden ertragen. Praktisch gesprochen: Wir versuchen in gleicher Intensität mit dem Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer Verständigung über unsere Absichten herbeizuführen. Wir versuchen ihren Kampf nicht zu schlichten, sondern wir erlauben uns, ihm ein Niveau und gesunde Kämpfer zu verschaffen, soweit es an uns liegt.

letzte Gelegenheit sein werden, sich zu sanieren. Dafür treten wir aber für alle seine berechtigten Ansprüche ein. Und man muß uns glauben, daß die Berufsgenossenschaften und Kassen recht oft fehlen, mit halbem Nachgeben spielen, zu wenig, zu spät zahlen usw. Wir gewannen das Vertrauen und eine völlige Umstellung eines Kranken, weil wir einen Aufschlag von 20 Pf. pro Tag, auf den seine Familie Anspruch hatte, für ihn durchsetzten. Wir gehen zum Arbeitgeber, sprechen und schreiben persönlich um Wiedereinstellung usw. Das scheint mühsam, erspart aber wochenlanges Behandeln. Immer ist das Ziel, daß der Kranke einen vermeinten Anspruch aufgibt, seine Symptome verliert und arbeiten kann.

Die persönliche Haltung des behandelnden Arztes ist aber schlechthin der Kern der Therapie und durch nichts zu ersetzen. Wir müssen sie gewissen anderen möglichen Haltungen ganz scharf gegenüberstellen. Eine jeden Erfolg verhindernde Haltung ist die obrigkeitliche. Sie besteht darin, daß der Arzt in der Form des Verhörs fragt, dabei den Kreis des als wichtig Anzusehenden also einseitig von sich aus zieht, das Urteil über den objektiven Zustand teils aus objektiven Körperuntersuchungen, teils aus rein subjektiver Einschätzung der vorgebrachten Klagen (bzw. ihres Wahrheitswertes) ableitet. Der Patient ist also hier rein Objekt einer Erkenntnis. Es bedarf noch gar nicht der Vorgesetztenmanier, um doch den Kranken in das Gefühl zu versetzen, er sei mit seinem Willen und seiner Erkenntnis von der Urteilsbildung ausgeschlossen. Auch bei freundlichem Verhalten des Arztes fühlt er sich als totes Objekt oder als in die Kindesrolle zurückgedrängten „schlechthin Abhängigen“. Die zweite, ebenfalls die Behandlung ausschließende Haltung ist die scheinbar viel liberalere und humanitäre, darum aber wegen eines bestimmten Scheins therapeutisch noch ungünstigere — man könnte sie als Haltung der wohlwollenden Distanzierung bezeichnen. Sie ist unter den Psychiatern besonders geläufig, weil sie sich im Verkehr mit Psychosen automatisch ausbildet, wenn man nicht mit der Psychose etwa in ein „induziertes Irresein“ selbst hineingeht. Geht man nicht hinein, so muß man distanzierende Haltungen einnehmen und in ihnen sog. objektive, in Wirklichkeit distanzierende Begriffe wie den des Wahns bilden. Diese Distanzierung ist noch gefährlicher für die Therapie der Neurose, weil der Neurotiker diese Distanz im Wohlwollen gerade dort empfindet, wo seine entscheidende Wunde ist: am Ort seines Rechtsanspruchs und seiner neurotischen Taktik. Gerade dieses Wohlwollen ohne Identifizierung mit seiner wesentlichen Einstellung isoliert ihn

mehr als ein offener Widerspruch. Diejenige Haltung, welche allein geeignet ist, die Neurose nicht zu isolieren (und damit zu konservieren), sondern zu brechen, nennen wir die umfassende¹. Sie besteht darin, daß der Arzt von Anfang an durch Eröffnung einer Arbeitsgemeinschaft mit dem Kranken mit ihm sozusagen an den Tatort der Neurose geht, als ob er selbst in derselben Situation stünde und so, was die Erkenntnis- und Urteilsbildung anlangt, sich ihm hinsichtlich der Ebene gleichstellt. Dabei bleibt seine Autorität als Kenner der Krankheit und auch als eventuell besserer Kenner der tatsächlichen Rechtslage unangetastet. In der Sacherkenntnis Autorität wird er doch im Vorgang der Erkenntnis-anwendung der gleichstehende Kamerad. Dieser Unterschied ist so wesentlich, weil nur unter Voraussetzung dieser Art von Haltung der Therapeut selbst von der Dynamik der Neurose, ihren Affekten, ihren inneren Kämpfen berührt wird und nun selbst in diesem Kampf Kämpfer wird, wobei gerade sein Affektleben nicht durch intellektuelle Distanzierung neutral erhalten, sondern im Gegenteil aktiviert wird. Kampfgegner ist aber jetzt nicht der Patient, sondern gemeinsamer Gegner für Arzt und Patient wird die neurotische Einstellung. Diese Mischung koordinierter und autoritärer Haltung soll das Wort „umfassen“ ausdrücken. Nur wem es gelingt, diese Haltung rein zu realisieren, dem wird die Erfahrung zuteil, wie rasch zunächst die verklemmten, bissigen, resignierten, dumpfen, verschlossenen oder die lamentierenden, querulatorischen, demonstrativen und affektierten Haltungen bei den Patienten aus dem Bild verschwinden, selbst wenn die Symptome fortbestehen. Man sieht dann sehr bald, wie der Gesichtsausdruck sehr natürlich wird und also die Produkte der gedrückten Situation sich von einem Bilde ablösen, welches offenbar eine Mischung aus Situationsdruck und neurotischer Symptombildung im engeren klinischen Sinne dargestellt hatte.

Es wird nützlich sein, auch die Unterschiede unsres Verfahrens gegenüber dem in der privaten Psychotherapie verschiedener Schulen geübten nochmals herauszustellen. Das erste ist die Benutzung eines gemeinsamen Lebens in der Abteilung der Klinik zur Erzielung gewisser Gemeinschaftserlebnisse, die sich den Kranken auch für später stark einprägen (s. o.). Das zweite ist die reichliche Einbeziehung der Umwelt zur Herstellung therapeutisch günstiger Situationen in Anwesenheit des Arztes: nicht vorstellungsmäßig, sondern in der Wirklichkeit des äußeren Raumes reproduzierte analoge Situationen auf dem Gerüst, in der Bahn

¹ Vgl. M. Buber: Das Erzieherische. *Kreatur* 1, H. 1, 1926, 31 ff.

haben, gute Übertragung vorausgesetzt, kathartische Bedeutung. Das dritte ist die (im Gegensatz zu Freuds Ratschlag) möglichst vollständig erstrebte Beeinflussung der Personen und Verhältnisse, mit und in denen lebend der Kranke seine Neurose gebildet hat. Ich habe (Nervenarzt l. c.) diese Kombination als Dreieck (Arzt-Patient-Situation) bezeichnet und den Ausdruck Situationstherapie dafür gebraucht in der Annahme, daß eine Abgrenzung gegen reine Psychotherapie erwünscht ist. Zur Einbeziehung der nicht nur psychologisch sondern auch realistisch erfaßten Situation gehört bei dieser Betrachtungsform auch die medizinische Behandlung der Organveränderungen, die viele Neurotiker haben.

4. Auszüge aus der Krankengeschichte behandelter Fälle. Folgerungen.

(Von Karl Müller und V. v. Weizsäcker.)

Wir beabsichtigen hier keine umfassende Beschreibung der Patienten und der therapeutischen Methode. Einiges Eindringendere darüber ist in dem Aufsatz „Über Rechtsneurosen“ (l. c.) darzulegen versucht worden und soll nicht wiederholt werden. Andererseits ist es verfrüht, aus dem Grundgedanken, daß diese Zustände aus einer Dynamik und Erkrankung der Gesellschaft (nicht nur des Individuums) hervorgehen, eine neue psychologische Theorie abzuleiten. Wir begnügen uns daher mit einer rohen Skizze, in der aber das soziale und situative Moment möglichst scharf hervortreten soll und verzichten auf charakterologische und typologische Forschung. Es soll nicht hervortreten, wie der Patient ist, sondern was und wie es aus ihm wird. Dabei soll nicht verschwiegen werden, daß gerade charakterologische und typologische Bezeichnungen in Krankenblättern und Gutachten uns als ein sehr gefährliches, weil allzu statisches Element der Beurteilung erscheinen. Als Beispiel diene nur die Haupteinfahrung, daß die allermeisten Patienten beim Eintritt in die Klinik den Eindruck „typischer Renten neurotiker“ machen. Sind sie aber einige Tage in die Atmosphäre der Behandlungsabteilung versetzt, so erscheinen gänzlich andere individuelle Züge der Persönlichkeit, und wir zweifeln heute sehr an dem früher (l. c.) noch mitgeführten Satz, daß im rechtsneurotischen Zustand eine spezifische Konstitution oder Disposition zum Rechtsstreit mit einer spezifischen schicksalmäßigen Situation zusammentreffe. Dies scheint uns heute nicht beweisbar. Das Rechtsgefühl sollte dem Begriffe der Konstitution nicht untergeordnet werden. Andererseits fällt damit auch der Einwand,

unsere Fälle seien, dies beweise schon der günstige Heilerfolg, keine „typischen Rentenneurotiker“ gewesen. Sie waren es! Und sie waren es (fast immer nachweislich) geworden in Reaktion auf die typische Ablehnung von seiten anderer Personen, deren Psychologie Hoche¹ sehr zutreffend schildert: der Rechtsgegner, Gutachter usw.

Wir wiederholen also in den folgenden Auszügen nicht das aus der Krankengeschichte, was allgemein bekannt und in der Literatur hinlänglich niedergelegt ist, sondern wir heben die Punkte in Stichworten hervor, die nach unserer Meinung für die dynamischen Bewegungen der sozialneurotischen Einstellungen materiell und energetisch entscheidend waren.

Wir trennen die „bürgerlichen“ Fälle von den Sozialversicherten und scheuen uns nicht, einen Klassenbegriff in die medizinische Frage hineinzubringen. Freilich birgt diese Gegenüberstellung kompliziertere Beziehungen, denn der „Bürgerliche“ schöpft im Streitfalle aus dem Privatrecht, der öffentlich Versicherte ist Objekt der Sozialgesetzgebung. Der Unterschied ist, wie man sehen wird, vor allem darin begründet, daß im Falle der Privatversicherung und des zivilrechtlichen Anspruchs der Antragsteller sich freiwillig an seiner schiedlichen Einigung beteiligen kann, während der öffentlich Versicherte passives Objekt einer Entscheidung ist, welche Gutachter und Behörde fällen, wobei ein Schiedsverfahren oder eine freiwillige Einigung nicht in Betracht kommt. Dadurch steht die Neurose unter einem anderen Stern: die Momente der Willensbildung verschieben sich in charakteristischer Weise immer auf das Gebiet, auf dem ein Spielraum der Freiheit verblieben ist. Beim „bürgerlichen“ Fall genügt die Taktik der neurotischen Symptombildung, ja sie muß genügen, wenn, wie bei den meisten Privatversicherungen, ein Prozeß statutenmäßig nicht in Frage kommt. Beim Sozialversicherten dagegen verschiebt sich das Schwergewicht auf die Taktik des Rechtsstreites, da hier z. B. je nach der Kategorie „unfallgeschädigt“, „krank“ oder „invalide“ ganz verschiedene materielle Chancen bestehen.

Wir beginnen mit einigen Fällen der bürgerlichen Gruppe.

Wir bemerkten schon früher (l. c.) bei den bürgerlichen Fällen, daß die Kranken öfters den größten Teil ihrer Symptome in der Behandlung verloren, aber einen kleinen Rest, sagen wir 5—10%, hartnäckig bis zur Einigungsverhandlung festhielten. Sofort nach der Unterschrift konnte auch dieser Rest verschwinden. Dasselbe wiederholt sich auch zuweilen

¹ In Arbeit und Gesundheit H. 13 (hrsg. von Prof. Dr. Martinek). Berlin: R. Hobbing 1929, S. 65.

beim Arbeiter. Wir hatten dort wie hier zuerst geglaubt, daß der Rest eben der Rest der Sicherungstendenz sei, bis wir sahen, daß gerade solche Patienten nach der Entlassung prompt zur Arbeit gingen und dann erst ganz frei wurden. Daraus folgt dann eine andere Deutung. Jede Behandlung einer Neurose durch den Arzt bedeutet eine Art von Unterwerfung, und eine völlige Unterwerfung würde eine Selbstaufgabe sein. Eine „gesunde“ Selbstbewahrung des Neurotikers liegt darin, daß er ein Stückchen Therapie sich selbst vorbehält. Er würde sonst sein Selbstgefühl bedrohen. Diese Lage kann bei stolzeren Naturen bedingen, daß das geschilderte Verfahren anschwillt zu einer negativen Übertragung und einen Abgang mit „Schlußknall“. Gerade solche Patienten sahen wir ganz gesund werden und arbeiten. (Vgl. Fall b 6.) Diese Herstellung des Selbstgefühls ist erwünscht und wir sind gegen die Symptomreste bei der Entlassung jetzt weniger mißtrauisch. Sie können Gutes verheißen. Übrigens nehmen wir an, daß, was hier für das Verhältnis zum Arzt gilt, ganz ebenso für die Beziehung des Kranken zu sich selbst gilt: auch vor sich selbst darf er eine Distanz nicht ganz aufgeben, die ihm gestattet, weder ganz in Selbsthaß noch ganz in Selbstbejahung aufzugehen — er würde in beiden Fällen nicht existenzfähig bleiben. Die Hörigkeit zu sich selbst ist die Gefahr, der der Neurotiker sich durch neue Verdrängung entziehen muß.

a) Bürgerliche Fälle.

Wir bringen einige wenige Fälle dieser Kategorie zur Ergänzung der früheren Mitteilung und als Gegensatz zur Arbeiterneurose. Die mit der Behandlung beendete Krankheitsdauer bewegt sich zwischen 5 und 12 Monaten. Der fünfte von den 5 Fällen ist Beispiel eines unvollständigen Behandlungserfolges. Bürgerliche Fälle sind in gewissem Sinne auch Nr. 1, 12 und 13 unter den unten mitgeteilten.

1. S. T. 26 Jahre. Bardame mit wechselndem aber gutem Verdienst. Behandlungsdauer 3 Wochen.

Unfall: Vor einem Jahr durch Hauseinsturz Commotio cerebri und Lähmung beider Beine, wahrscheinlich von vornherein funktioneller Art. Eine ganz geringe Skoliose der Lendenwirbelsäule ohne jede Destruktion wird ärztlicherseits als Wirbelfraktur fehlgedeutet und Patientin 4 Monate im Bett gehalten. Dann Stützkorsett, mit dem Patientin einige Schritte gehen kann. Wegen heftiger Schmerzen völlig arbeitsunfähig seit 1 Jahr. Bei Aufnahme außer diesem Status und einer Operationsnarbe (Adnexitis) kein organischer, insbesondere kein neurologischer Befund.

Konflikte und Milieu: Leidet unter sozialer Zurücksetzung; glaubt sich ihres Berufs schämen zu müssen; angeblich daher auch Heiratsmißerfolg. Glaubte sich dauernd geschädigt. Glaubte, daß man ihr zuwenig Entschädigung bot

(Privatversicherung). Verschafft sich Armenrecht und nimmt auf Gemeindegeldkosten Rechtsanwalt, der 15000 M. fordert. Angst, sie werde als Barmädchen ungünstig beurteilt und nichts bekommen.

Therapie: Nach 14tägiger Psychotherapie völlig symptom-, korsett- und beschwerdefrei. Bereit sich mit 2500 M. abzufinden, was sofort geschieht. Dauererfolg.

2. V. N. 28 Jahre. Ehefrau. Mann Reisender. Kunstgewerblerin. Behandlungsdauer 4 Wochen.

Unfall: Vor einem halben Jahr Eisenbahnzusammenstoß, wobei 1 Paar Ski ihr auf den Kopf fielen. Keine Commotio. Seitdem heftigste Kopfschmerzen. Kann ihre kunstgewerbliche Tätigkeit, auf der die Existenz der Ehe beruht, nicht mehr ausüben. Zerstört und nervös. Unfähig den Haushalt zu führen. Keinerlei Organbefund. Gelegentlich zwangsneurotische Symptome.

Konflikte und Milieu: Flucht vor Stiefmutter in die Ehe; später sehr unglückliche Ehe mit beiderseitiger Hörigkeit auf schlechter wirtschaftlicher Basis. Brutaler, unsolider Mann. Benutzt Unfall, um ehelichen Verkehr zu verweigern und den Mann zu soliderer Arbeit zu zwingen, worauf der Mann im Prozeß gegen die Reichsbahn übertriebene Forderungen stellt (30000 M.!).

Therapie: Rasche Einsicht in die Nebensächlichkeit des Unfalls und die Genese der Beschwerden aus dem Ehekonflikt. Weitere innere Entfernung vom Manne; die vorher latente Scheidungsfrage wird aktuell. Abfindung wird erzielt (2000 M.). Beschwerdefrei. Ehekonflikt besteht fort.

3. L. I. 44 Jahre. Kaufmannsfrau. Behandlungsdauer 18 Tage.

Unfall: Vor 6 Monaten an einem sehr schweren Eisenbahnunglück (Dinkelscherben) beteiligt. Nicht verletzt. Bildete typische Schreckneurose. Stereotypträume, Angstträume. Kopfschmerzen, Hitzewallungen, Ängstlichkeit und Schreckhaftigkeit; kann nicht allein sein, läuft in der Stadt umher. Unfähig sich zu konzentrieren und wie bisher einen Hauptteil des Geschäfts für den Mann zu besorgen (ist kaufmännisch begabter als dieser). Normaler Organbefund. Dysbasie; in der Bahn Angstanfälle besonders beim Halten des Zuges. Erholungskur und sonstige Behandlung auf Reichsbahnkosten bisher erfolglos.

Konflikte und Milieu: Die Neurose präsentiert sich zunächst als ausgesprochene Angstneurose. Von der Entschädigungsfrage will die Patientin nicht berührt sein. Später zeigt sich: der Mann sucht ganz übertrieben viel von der Reichsbahn herauszuschlagen. Dies erklärlich, da ohne Mitwirkung der ihm überlegenen Frau sein Geschäft stark zurückgeht. Sucht die Frau zu bevormunden und trägt eine unehrlich-süßliche Zärtlichkeit ihr gegenüber zur Schau. Frau wagt nicht seine übertriebenen Ansprüche einzuschränken und wird in ihrer Neurose fixiert durch den offenbar aussichtslosen Streit mit der Reichsbahn. Die Rechtsneurose des Mannes fixiert so die Angstneurose der Frau.

Therapie: Besteht mehr in Situationstherapie als in eingehend explorierender Psychotherapie. Fahrt mit dem Arzt auf der Bahn; dabei Angstanfälle, die vom Arzt unmittelbar aufgefangen werden. Rückfahrt macht Patientin bereits allein. Ähnliches beim Besuch der (schwindelerregenden) Scheffelfertasse. Eingehende Bearbeitung des Mannes in Gegenwart der bereits symptomfrei gewordenen Frau. Wiederaufnahme der Tätigkeit im Geschäft mit ambulanter Nachbehandlung. Völlig geheilt. Einigung mit dem Vertreter der Reichsbahn auf eine sachgemäße Entschädigung, die beide Teile zufriedenstellt. Dauererfolg.

4. U. Q. 34 Jahre. Versicherungsinspektor (!). Behandlungsdauer 24 Tage.

Unfall: Vor 5 Monaten fällt eine schwere Kiste beim Ausladen aus dem Gepäckwagen gegen die linke Kopfseite. Keine sichtbare Verletzung, keine

Bewußtlosigkeit. Funktioneller Dauerspasmus und Tic des linken Facialis. Schwere Sprachstörung, hochgradige Dysbasie. Depression. Völlig arbeitsunfähig. Organbefund normal. Nervenfacharzt anerkennt Unfallfolgen („Wortfindungsstörung“) und empfiehlt Behandlung.

Konflikt: Der Unfall wird vom Bahnhofsvorstand abgeleugnet. Patient behauptet, sehr verletzend behandelt worden zu sein; die Zeugen hätten gelogen, um sich zu entlasten. Schon zu Beginn sagte er daher zu seiner Frau: „Dann wird prozessiert.“ Gesichtskrampf und Sprachstörung sind erst 5 Wochen nach dem Unfall aufgetreten. Typische Rechtsneurose.

Therapie: Starker Widerstand, Übertragung gering. Schließlich gelingt es, den Hauptteil der Symptome zu beseitigen und Bereitschaft zu einem vernünftigen Ausgleich mit der Reichsbahn herzustellen. Dieser erfolgt. Patient ist unmittelbar nachher völlig symptomfrei. Wiederaufnahme der Geschäfte.

5. R. H. 49. Jahre. Weinhändler. Behandlungsdauer 8 Wochen.

Unfall und Krankheit: Vor 5 Wochen durch eine Bananenschale auf dunkler Treppe des Rathauses ausgerutscht. 8 Stunden bewußtlos, Bluterguß am Hinterkopf. Am folgenden Tage völlige Lähmung der rechten Körperhälfte, rechtes Auge sieht nicht, rechtes Ohr schwerhörig, rechte Körperhälfte anästhetisch. „Dysarthrische“ Sprachstörung. Entwicklung weinerlich-depressiver Stimmung und dauernd schwerkranken Verhalten. Bei Einlieferung kein organischen Herd am Nervensystem beweisendes Symptom. Bild schwerer Hysterie. Folgende Tage: Fieber, sichere Symptome eines Lungeninfarktes (wahrscheinlich Thrombose im rechten Bein). Ausheilung des Infarktes und unter Psychotherapie völlige Beseitigung der hysterisch-neurologischen Erscheinungen. Wiederaufnahme des Berufs in geringem Umfang. Kreuzschmerzen, Zeichen leichter Phobie und Ängstlichkeit, Erregtheit bleiben bestehen. Deutlicheres Hervortreten querulierender, rechtsneurotischer Einstellung.

Konflikt und Milieu: Starkes Sicherungsbestreben wegen ungünstigen Geschäftsganges. Klage gegen Stadtverwaltung auf Schadenersatz wegen Verschulden (schlechte Beleuchtung). Prozeß zwischen Stadt und Privat-Unfallversicherung des Patienten.

Therapie: s. o. Völliger Heilerfolg bleibt aus, weil bisher (nach 1 Jahr) der Rechtsstreit noch nicht beendet ist.

b) Sozialversicherte, Arbeiter.

1. Q. H. 25 Jahre. Kaufmännischer Angestellter mit 285 M. Monatsgehalt. Behandlungsdauer 26 Tage.

Unfall: Vor einem Jahr als Insasse eines Straßenbahnwagens Kontusion der Gegend der Lendenwirbel und Schreckerlebnis beim Zusammenstoß mit einem anderen Wagen. Gehunfähigkeit, 3 Wochen Krankenhaus. Bildet hysterische Dysbasie mit Einknicken (Reproduktion der traumatischen Situation). Durchfälle, Schweiße, Nasenbluten. Seit einem Jahr arbeitsunfähig. Von der Fürsorge überwiesen.

Konflikte und Milieu: Mißlingen einer zur Zeit des Unfalls geplanten Selbständigmachung. Abstieg der Familie und Vernachlässigung der jüngeren Kinder aus erster Ehe nach Wiederverheiratung des Vaters des Patienten. Streit mit Vater und Stiefmutter, die, obwohl besser situiert, Geldhilfe verweigern. Minoritätsgefühl gegenüber Vater und Bruder, die auf sozial höheren Stufen. Prozeß gegen Straßenbahn bzw. Stadt, die keine Entschädigung zahlen wollen. Wird mittellos und ist seit Monaten Empfänger von 50 M. monatlich aus städtischer Fürsorge.

Therapie: Beseitigung der Phobie durch Fahrt mit dem Arzt in der Straßenbahn, bei der unter Erschütterungsreaktionen eine kатарthische Abreaktion erfolgt. In der folgenden Nacht Traum mit vollständiger Reproduktion des Unfallerebnisses und mit Wiederholung eines Stereotyptraumes, der die Beziehung zwischen dem Vater und dessen beiden Ehefrauen darstellt. Am nächsten Morgen völlig symptomfrei; Durchfälle, Schweiß und Dysbasie verschwunden. Geheilt entlassen. Seit 3¹/₂ Monaten völlig geheilt. Aussöhnung mit dem Vater, sucht Arbeit, führt Prozeß um Anerkennung des Lohnausfalles bis zur Behandlung. Prozeßaussichten stehen schlecht; trotzdem gesund. Schreibt regelmäßig.

Nachtrag: Einige Monate später schweres Schädeltrauma mit Verletzung von Hirnnerven. Pat. erscheint in der Rekonvaleszenz völlig neurosefrei; führt dies selbst auf die Therapie zurück. Prozeßlage unverändert ungünstig.

2. R. Y. 38 Jahre. Elektromonteur. 250 M. Arbeitsverdienst im Monat. Behandlungsdauer 46 Tage.

Unfall: Vor einem halben Jahr beim Errichten eines Mastes Schlag mit einem Hebel gegen die linke Kopfseite. Schädelbasisfraktur (Fissur durch Felsenbein zur Sella hin mit Querfrakturen) links mit schweren Acusticus- und Vestibularisstörungen. 8 Tage Krankenhausaufenthalt. Als Hysteriker entlassen. Bildet hysterische Dysbasie und Zittern des linken Armes und Beines. Geht nur, indem er sich an Wänden und Tischen weitertastet (Reproduktion des Zitterns während des Krieges). Seit dem Krieg bis zum Unfall stets gearbeitet. Seit dem Unfall arbeitsunfähig.

Konflikte und Milieu: In erster Instanz Kampf um Anerkennung des Unfalls. Durch Hausbau in finanzielle Schwierigkeiten geraten, unglückliche Ehe mit geistig nicht gleichstehender Frau, Nichterkennen der Schwere seiner Verletzung durch den behandelnden Arzt, der ihm nach dem Erwachen erklärt, er sei hysterisch.

Therapie: Lösung seiner Ehekonflikte unter Hinzuziehung der Frau, Anerkennung seiner Unfallfolgen durchgesetzt. Die Berufsgenossenschaft wird veranlaßt, einen zu Unrecht vorenthaltenen Zuschlag zum Familienzuschuß von 20 Pf. pro Tag zu bezahlen. Darauf völlige Beseitigung der hysterischen Symptome. Arbeitet seit 2¹/₂ Monaten als Magazinaufseher. Drohender Prozeß mit der Berufsgenossenschaft verhindert. E. M. für Basisfraktur und Vestibularisstörung 50% durch Fachklinik anerkannt auf ein Jahr. Dauerschädigung auf 20% geschätzt. Kommt noch sich vorzustellen und zur Beratung.

3. Q. F. 26 Jahre. Weber mit 180 M. monatlichem Arbeitsverdienst. Behandlungsdauer 36 Tage.

Unfall: Vor 5 Monaten Commotio cerebri durch Fall einer schweren Schraube auf den Kopf beim Errichten eines Bohrturmes. Kopfhautverletzung mit halbstündiger Bewußtlosigkeit und mehrmaligem Erbrechen. 4 Wochen Krankenhaus, entlassen mit heftigen Kopfschmerzen und feinschlägigem Zittern der Hände. Erregungszustände. Depressiv. Seit dem Unfall arbeitsunfähig. Organischer Befund: große substernale Struma mit thyreotoxischen Erscheinungen und Herzveränderung.

Konflikte und Milieu: Im Prozeß Entscheidung erster Instanz: reine Neurose, kein Organbefund. Nervenheilanstalt empfohlen. Zur Zeit des Unfalls als Hilfsarbeiter nach mehrmonatiger Arbeitslosigkeit vorübergehend beschäftigt. Keine Aussicht auf neue Arbeitsstelle (Betriebseinstellung). Leidet darunter, außereheliches Kind zu sein. Ehekonflikt wegen ungewollter Schwangerschaft der Frau (in 4jähriger Ehe fünfte Schwangerschaft).

Therapie: Behandlung des organischen Leidens, verknüpft mit psychischer Beeinflussung, Besserung der organisch-bedingten Beschwerden und Beseitigung der Kopfschmerzen durch die Therapie. Bezieht zur Zeit Arbeitslosenunterstützung, da Arbeit nicht beschaffbar. Erhebt keinen Anspruch mehr auf Unfallrente. Nicht krank. Bereit zu geeigneter Arbeit (z. B. Weberarbeit). Kommt sich vorzustellen.

4. Z. S. 36 Jahre. Polizeibeamter mit 320 M. Monatsgehalt. Behandlungsdauer: ambulant 16 Sitzungen in 6 Wochen.

Krankheitsbeginn: Vor einem Jahr mit Herzbeschwerden, Kopfschmerzen. Seit dieser Zeit arbeitsunfähig bzw. beschränkt dienstfähig. Kommt zur Beurteilung seiner Dienstfähigkeit zwecks Pensionierung. Zu Beginn des Leidens Badekur in Nauheim ohne Erfolg. Bietet schwerstes neurotisches Zustandsbild. Organischer Befund: Aortendilatation, substernale Struma, Linsentrübung nach perforierender Verletzung des rechten Auges, Innenohrschwerhörigkeit beiderseits, pruriginöse Dermatose.

Konflikte und Milieu: Unzufriedenheit mit seiner Stellung als Polizeibeamter ohne Aussicht auf Beförderung. Streit mit den Vorgesetzten, die zum Teil vor 7 Jahren begannen wegen Krankmeldung bei kommunistischen Unruhen (Vermerk in Personalakten). Hoffnung auf Kapitalentschädigung nach 10jähriger Dienstzeit zerstört durch Änderung der betreffenden Verordnung. Enttäuschung in Beförderungsfrage. Haßinstellung gegen Vertrauensarzt, der eine zu starke Parfümierung des Kopfes als Minderwertigkeitszeichen in den Akten vermerkt. Mißtrauisch-paranoide Beziehung aller dieser Vorkommnisse auf die ungerechte Beurteilung vor 7 Jahren. Darüber hinaus wird auch schon Kriegsschaden mit Verschlimmerung durch den Polizeidienst ventiliert. Ehekonflikt (Frage der Kindererziehung).

Therapie: Behandlung der organischen Beschwerden und analytische Besprechung seiner Konflikte. Streichung der schlechten Stellen aus den Personalakten wird durchgesetzt. Völlig beschwerdefrei trotz unverändertem organischem Befund. Dienst zur vollkommenen Zufriedenheit der Vorgesetzten seit 3 Monaten durchgeführt. Gilt jetzt als erstklassiger Beamter laut Aussage der Direktion.

5. M. W. 47 Jahre. Meister im Baugewerbe. 320 M. Monatsverdienst. Behandlungsdauer 27 Tage.

Krankheitsbeginn: Vor einem Jahr mit Herzklopfen bei angestrengter Arbeit. Zunehmend nervöse Störungen (Kopfschmerzen, Schwindel, Mattigkeit und Müdigkeit). Seit $\frac{3}{4}$ Jahren arbeitsunfähig.

Konflikte und Milieu: Abbau vom Meister zum Arbeiter (seit 10 Jahren Meister) wegen Betriebseinschränkung. Unglückliche Familienverhältnisse (Frau und beide Kinder sind an offener Tuberkulose in fortgeschrittenem Stadium erkrankt), drohende Not durch den verminderten Arbeitsverdienst (höchstens 150 M.), kämpft um Pensionierung als Meister, diese jedoch abgelehnt. War früher als Meister sehr hart und fürchtet jetzt die Rache der Kollegen.

Therapie: Behandlung der leichten Myokarditis verbunden mit Besprechung seiner Konflikte. Völlig beschwerdefrei, arbeitet laut Mitteilung seit $1\frac{1}{2}$ Monaten als Tagelöhner in scheinbarer Meisterposition. Fabrikfürsorge für die Kinder wurde durchgesetzt, ebenso Anerkennung der Pensionsberechtigung durch den Arbeitgeber (was D. aber nicht weiß; trotzdem Heilerfolg).

6. S. H. 28 Jahre. Schlosser. 200 M. Monatsverdienst. Behandlungsdauer 22 Tage.

Unfall: Vor 3 Monaten, seither arbeitsunfähig. Commotio cerebri durch Umfahren, äußere Verletzungen ohne Fraktur. Heftigste Kopfschmerzen, Er-

regbarkeit, keine demonstrativen hysterischen Symptome. Vor 2 Jahren wegen Ulcus duodeni auf ärztlichen Rat Berufswechsel.

Konflikte und Milieu: Fühlt sich benachteiligt, hofft auf Dauerrente wegen Unfallfolge. Beabsichtigt Prozeß. Ehekonflikt wegen Untreue der Frau. Pessimistische Krankheitsauffassung durch Ärzte bestärkt.

Therapie. Nach eingehender Durchsprechung der Zusammenhänge keine Besserung, keine Zugeständnisse. Entlassen wegen des als unbesiegt beurteilten Widerstandes gegen Behandlung. „Schlußknall.“ Nach 3 Tagen erscheint Patient: er hat die Arbeit aufgenommen, ist beschwerdefrei und einsichtig. Kein Prozeß. Seit 3 Monaten geheilt in Arbeit laut Erhebung.

7. M. P. 17 Jahre. Spenglerlehrling. Behandlungsdauer 16 Tage.

Unfall: Vor 4 Wochen bei einem Streit Hieb mit Mistgabel über den Schädel. Comotio mit Acusticus- und Vestibularisstörungen (Ohrenklinik). Ménière-Anfälle. Babinski. Weichteilverletzungen am Kopf. Eingeliefert mit typischer Pseudodemenz.

Konflikte und Milieu: Angeblich Sittlichkeitsvergehen an 5jährigem Kind, daher der erwähnte Überfall durch den Vater, der schon zuvor im Familienzwist mit Familie des Patienten. Angst vor Prozeß mit weiteren Enthüllungen.

Therapie: Klärung der Prozeßlage, die sich als günstig erweist. Psychotherapie. Heilung. Arbeitet trotz unerledigtem Prozeß seit 3 Monaten beschwerdefrei. Kommt alle 14 Tage zur Vorstellung.

8. R. Q. 28 Jahre. Karrenführer. 160 M. Monatsverdienst. Behandlungsdauer 4 Wochen.

Krank an Magen- und Darmbeschwerden; seit $\frac{3}{4}$ Jahren arbeitsunfähig. Kein organischer Befund. Stuhlverstopfung, Magenschmerzen, weinerlich-depressiv.

Konflikte und Milieu: Unverheiratet, starke Mutterbindung. Onanie, wegen deren er ausgelacht wird. Infantil-insuffizientes Verhalten führt zu Verlust einer Ehrenstellung im Gesangsverein. Darauf Erkrankung. Insuffizienzgefühl auch in der Arbeitsstelle.

Therapie: Psychotherapie. Arbeitet an der alten Stelle seit 3 Monaten. Beschwerdefrei. Geht in den Verein. Erscheint ambulant alle 3 Wochen.

9. J. S. 42 Jahre. Zimmermann. 150 M. Monatsverdienst. Behandlungsdauer 4 Wochen.

Krankheitsbeginn: Vor 4 Jahren mit Luftmangel und Erbrechen, aufgetreten abends im Bett, später nach jeder Mahlzeit. Mit kurzen Arbeitsperioden meist krank, zuletzt seit 26 Wochen, so daß Aussteuerung eben vermieden wurde. Mürrisch, depressiv, kritisch.

Konflikte und Milieu: Zehn lebende Kinder zu Hause; vor 4 Jahren mit Coitus interruptus begonnen und dabei Krankheitsbeginn. Hat 2 Zimmer. Drei arbeitslose erwachsene Kinder. Wirtschaftliche Not. War meist arbeitslos. Parteipolitisch tätig.

Therapie: Nach psychotherapeutischer Aufklärung völlig symptomfrei nach 14 Tagen. Obwohl arbeitslos, geheilt geblieben.

10. U. D. 50 Jahre. Zigarrenarbeiter. Behandlungsdauer 4 Wochen.

Krankheit: 1916 verschüttet, Schüttelneurose; an deren Stelle später Erregungszustände. Militärrente trotz Prozessierens bis zum Reichsversorgungsgericht stets abgelehnt (endgültig vor 2 Jahren). Sofort darauf über Nacht Bildung hysterischer Armlähmung. Blutdruck 180 mm Hg. Sonst kein Organbefund. Seit 2 Jahren deswegen dauernde Beanspruchung der Krankenkasse und Invalidenrentenantrag.

Konflikte und Milieu: Ausgesprochener Rechtsneurotiker; vom Reichsbund beraten; Kommunist. Zur Zeit des definitiven Entscheides des Reichsversorgungsgerichtes Geburt des zehnten Kindes und drohende Verpfändung des eigenen Hauses. Lebt von der Arbeit der Frau. Bei Einweisung Gesamteinkommen der Familie aus Verdienst und Fürsorge 40 M. pro Woche. Hindert durch ständige Ansprüche selbst die Frau an der Arbeit.

Therapie: Anfänglich völlig unzugänglich; isoliert sich auch gegen die Gemeinschaft der übrigen Patienten. Einzige Beschäftigung Theoretisieren über die ungerechte Besitzverteilung usw. In Gegenwart der anderen Patienten seiner Inkonsequenz (Untätigkeit, Hausbesitz) überführt, bricht Patient unter Weinen zusammen. Katharsis. Anschließend Armlähmung beseitigt. Arbeitswillig und beschwerdefrei.

11. U. Q. 39 Jahre. Straßenbahner. Früher 260 M. Monatsverdienst. Behandlungsdauer 3 Wochen.

Unfall: Vor 13 Monaten vom Wagen gestürzt. Schädelbasisfraktur mit Facialis- und Abducenspareesen, die sich zurückbildeten. Nach 3 Monaten Wiederaufnahme der Arbeit. 4 Wochen später wegen großer Reizbarkeit und zahlreichen Konflikten wieder ausgesetzt und seither arbeitsunfähig. Früher stets guter Arbeiter. Jetzt dauernd Kopfschmerzen. Sonst ohne Befund.

Milieu und Konflikte mit Arbeitskollegen, die ihm seine Arbeitswilligkeit trotz Unfall vorwarfen. Streit mit Schwiegermutter und Ehefrau infolge wirtschaftlichen Niedergangs usw. Durch seine etwas schwache Begabung nicht in der Lage sich zu wehren. Es droht Entlassung. Hat als Zugezogener den Betriebsrat gegen sich. Bisher 30% Unfallrente. Hat Vollrente beantragt; noch kein Prozeß.

Therapie: Klarlegung der Konflikte. Ordnung der Arbeitsverhältnisse durch Rücksprache mit Direktion und Vorgesetztem. Von Berufsgenossenschaft Kapitalabfindung auf 20% für das kommende Halbjahr erlangt. Arbeitet seit 5½ Monaten beschwerdefrei.

12. D. Y. 29 Jahre. Schlossermeister und Gasthofbesitzer. Hat Kapitalvermögen von 40000 M. Im Sommer als Straßenbauunternehmer tätig. Behandlungsdauer 5 Tage.

Unfall: Vor 5 Monaten mit *Commotio cerebri*. Bewußtlosigkeit und Erbrechen. 4 Tage später Streit mit der Frau wegen Wirtschaftsführung. Gibt der Frau Ohrfeige. Von da an Zitterer. Kommt mit schwerer Zitterneurose, Kopfschmerzen und Konflikt mit Berufsgenossenschaft, die für Neurose keine Entschädigung bewilligt.

Konflikte und Milieu: Zur Zeit des Unfalls lief ein Bürgschaftsprozeß, damals unentschieden, später zu seinen Gunsten erledigt. Fortgesetzter Ehestreit um Wirtschaft usw. unter Eingreifen der Schwiegermutter (daher Ohrfeige!). Dazu Ungewißheit darüber, ob das geplante Straßenbauunternehmen ihm übertragen würde. Versucht Rente oder Abfindung zu erlangen, da er ja arbeitsunfähig sei.

Therapie: Ist einsichtig in die Zusammenhänge. Am zweiten Tage kommt die Zuweisung jenes Auftrags. Darauf ausdrücklicher Verzicht auf alle Ansprüche, Verschwinden aller Symptome. Geheilt entlassen.

13. N. Q. 35jähriger Vorarbeiter. 4—500 M. Monatsverdienst und freie Wohnung. Behandlungsdauer 6 Wochen.

Unfall: Vor einem Jahr Sturz auf den Rücken, Kompressionsfraktur des 1. Lendenwirbels (völlige Zertrümmerung). Keine neurologischen Ausfälle. Schwerste hysterische Abasie, später Dysbasie an zwei Stöcken; zuletzt ohne Stöcke 2—300 m weit gehend. Keine psychoneurotischen Züge.

Konflikte und Milieu: Wurde nach dem Unfall chirurgischerseits nach vierwöchentlicher Bettruhe zum Aufstehen gezwungen, wobei er hinfällt und eine Haßinstellung gegen den Arzt bildet. Nach 3 Monaten mit hysterischer Abasie uns übergeben und halb geheilt. Später Einflüsse anderer Ärzte, welche die Anklage gegen die erste Behandlung unterstützen. Orthopädisches Korsett auf unseren Rat abgelehnt, weil unseres Erachtens keine ausreichende Indikation, da völlig konsolidiert. Später wird von ihm ein Korsett trotzdem durchgesetzt. Darauf Verschlechterung des Zustandes. Privater Konflikt; ist mit älterer Frau durch Zwangsheirat (nach Schwängerung) unglücklich verheiratet. Die äußerst uneinsichtige Frau schürt die Neurose und den Rentenprozeß, bei dem Patient um Kapitalabfindung mit 20% kämpft, die aber von der Berufsgenossenschaft abgelehnt wird. Daher keine Einigung. Erhält 40% Rente. Kämpft jetzt um 100%. Die Neurose besteht fort. Arbeitet nichts, obwohl seine Stelle für ihn frei steht. Hat nebenbei Teilhaberschaft an einer kleinen Fabrik.

Therapie: Scheitert an dem Widerstand aller Beteiligten: Versicherter, Versicherungsträger, Ehefrau, Orthopäde.

14. R. J. 25 Jahre. Elektromonteur. 200 M. Monatsverdienst. Behandlungsdauer 3 Wochen.

Unfall: Vor 9 Monaten Starkstromverletzung am Schaltbrett ohne Verbrennung. $\frac{1}{4}$ Stunde bewußtlos. Starkes Zittern, Gangstörung, Kopfschmerzen und Herzbeschwerden. Seit dem Unfall arbeitsunfähig. Früher immer gut gearbeitet.

Konflikte: 1. Patient beschuldigt den Meister, eine neu eingerichtete Schaltanlage absichtlich nicht genügend erklärt und gesichert zu haben aus Hochmut gegen die Arbeiter. Schwerer Wortwechsel und Beschwerde, Drohung. Daher sei der Unfall geschehen. Der Betrieb behauptet dagegen eigenes Verschulden des Patienten. Daher 2.: Die Berufsgenossenschaft bestreitet die Möglichkeit des Unfalls und läßt die Behandlung abrechnen. Vom Elektrotechnikerverband (den Patient anruft) dagegen wird der Unfall bestätigt und die Berufsgenossenschaft zur Anerkennung gezwungen. Nun ärztliches Gutachten: 100% wegen Schreckneurose.

Therapie: Zunächst durch Psychotherapie völliger symptomatischer Erfolg. Ist beschwerdefrei und arbeitswillig. Gibt Rentenanspruch auf. Unser Gutachten lehnt weitere Ansprüche ab. Firma aber lehnt Wiedereinstellung ab. Darauf Rezidiv. Einflüsse von seiten des Patienten Nr. 13, sowie eines Schwagers (Gewerkschaftssekretär) usw., die auf Durchkämpfen des Prozesses dringen. Unsere Behandlung sei eine Rentenquetsche. Versucht auch andere Patienten in diesem Sinne zu beeinflussen. Ungeheilt entlassen. Schlußgutachten: Ansprüche aus Unfall werden abgelehnt. Steht in der Fürsorge.

15. U. L. 34 Jahre. Ausläufer. Behandlungsdauer 25 Tage.

Unfall: Vor 21 Jahren, Fall auf die Stirn. Verzichtet auf jeden Anspruch, weil nach 14 Tagen beschwerdefrei und arbeitsfähig. Wegen Myopie im Krieg g. v. reklamiert. Beschwerdefrei und gut verdient bis 1923. Damals Krankmeldung mit Kopfschmerzen. Der Arzt fragt sofort nach Unfall und chirurgischerseits wird eine Verdickung des Os occipitale als „entzündliche Knochengeschwulst und Gehirncyste“ festgestellt und dem Kranken gegenüber als solche bezeichnet. Neißersche Punktion und Bestrahlung während 5 Jahren. Keine Zuziehung eines Neurologen. Seit 7 Jahren vermindert erwerbsfähig. Anerkennung von 50% Unfall folgt. Arbeitet mit großen Unterbrechungen, nur leichte Arbeit. 1930 Anerkennung, daß wahrscheinlich nur angeborene

Anomalie vorliegt, da keine Befundveränderung eintritt. Aberkennung der Unfallrente von 50%. Klagt dauernde Kopfschmerzen, Schwindel- und Ohnmachtsanfälle. Kein organischer Befund.

Konflikte: Drohende Entlassung, weil nicht mehr „Schwerbeschädigter“ und wegen geringer Arbeitsleistung. In der Familie äußerst reizbar. Kämpft um Erhaltung der Rente.

Therapie: Gibt zu, daß ein Irrtum vorkommen kann. Aber er sei durch Operation und falsche Behandlung geschädigt und mache dafür haftbar. Arbeitsfähigkeit im wesentlichen unverändert. Kein Erfolg.

Von diesen 15 mitgeteilten Fällen sind also 12 als geheilt und 3 als ungeheilt zu betrachten. Unsere Statistik bis Mitte Juli 1930 umfaßt in der Gruppe b 33 abgeschlossene Fälle. 26 von diesen 33 sind symptomfrei und geheilt. 18 von diesen konnten Arbeit finden und arbeiten seit ihrer Entlassung aus der Klinik. 8 Patienten sind arbeitslos, aber geheilt geblieben. D. h. also, daß die Behandlung in 78% aller Fälle erfolgreich gewesen ist. Die der Behandlung vorangegangene Periode der Arbeitsunfähigkeit liegt in den meisten Fällen etwa zwischen $\frac{1}{2}$ Jahr und 1 Jahr. Einige wenige Fälle sind frischer, mehrere noch älter. In diesem Bereich, läßt sich sagen, kommt es für den Behandlungserfolg auf das Alter der neurotischen Störung wenig an. Daraus schließen wir, daß die Behandlung auch in den ersten 2—3 Monaten denselben Erfolg gehabt hätte und hieraus wiederum lassen sich die unnötig vergeudeteten Summen berechnen. Wir werden über diesen Punkt später unsere Erhebungen mitteilen. Im Fall Nr. 15 z. B. beträgt diese Summe in den letzten 7 Jahren etwa 7000 M. Man kann also nicht sagen, daß die Behandlung bei richtigem Verfahren „unerfreulich“ ist. Sie ist auch nicht uferlos in zeitlicher Hinsicht. Mit zunehmender Erfahrung kamen wir von 5—6 auf 2—3 Wochen Behandlungsdauer. Die psychische Umstellung kann noch viel schneller erfolgen. Aber wir wünschen sie auch zu befestigen und beeilen uns mit der Entlassung daher nicht. Die Beanspruchung des Arztes war außerordentlich hoch, solange eine Atmosphäre noch nicht geschaffen, eine psychische Tradition auf der Abteilung noch nicht gebildet war. Auch wurde zunächst viel Wert auf fast tägliche und etwa einstündige therapeutische Sitzung im Einzelzimmer gelegt. Später zeigte sich, daß eine Konversation mit Gruppen oder mit der Gesamtheit der Patienten einer Kollektivtherapie nahekommen kann, und damit ergab sich die erwünschte Entlastung des behandelnden Arztes. Es darf erhofft werden, daß diese „Rationalisierungen“, in Wirklichkeit: diese Ringbildungen der Gemeinschaftsarbeit, noch eine weitere Vereinfachung und Leistungssteigerung bringen, wodurch der Einwand, es sei ein Luxusunternehmen (den wir nie sehr ernst nehmen konnten), völlig hinfällt.

Es kommt uns hier vor allem darauf an, einen Weg zur praktischen Lösung einer dringenden Aufgabe zu finden. Die wissenschaftlichen Ergebnisse zu formulieren ist verfrüht. Die von Freud und seinen Nachfolgern entwickelte Psychologie und Psychotherapie der Neurose war für uns Ansporn und unvergleichliches Hilfsmittel zur Vermeidung von Fehlern — nicht methodisches Handwerkszeug. Wir denken und handeln noch mehr klinisch, soziologisch und sozialpsychologisch als analytisch-psychologisch. Statt in dieser Richtung Grundsätzliches auszusprechen, werden wir uns hier auf einige Einzelbemerkungen beschränken. Einen überwältigenden Eindruck erhielten wir vor allem anderen von dem Umfang der gemachten und vermeidbaren Fehler in der Lenkung des neurosebedrohten Unfall- oder Krankheitsbetroffenen 1. durch sich selbst, 2. durch den Arzt, 3. durch den Versicherungsträger. Mehr als je sind wir überzeugt, daß diese Neurosen Produkte eines Wirkungszusammenhanges prinzipiell doch übersehbarer und erfassbarer Momente sind — wie wäre sonst ein solcher Erfolg der Situations-therapie möglich! Aufklärung der Arbeiterschaft über das Wesen der Neurose, Ausrottung der falschen „internistischen“ (in Wirklichkeit: wirklichkeitsfremden) Behandlungsmethoden aus der Medizin, Umformung des sozialpolitischen Gesetzes und des sozialbürokratischen Erledigungsverfahrens durch den Versicherungsträger — dies sind die drei notwendigen Forderungen, die sich ergeben. Sie sind nicht neu, aber sie werden nicht realisiert infolge der fortbestehenden Herrschaft bestimmter ärztlicher und sozialpolitischer Ideologien.

Jeder der skizzierten Fälle hat seine Besonderheit, die hervorsteicht und als dynamischer Drehpunkt der Situation erkennbar ist. Es empfiehlt sich kaum, daraus Einteilungen und Typen zu entwickeln. Es liegt nahe, charakterologisch z. B. den Haderer, den Spieler, den Unglücklichen, den Geschäftemacher herauszuheben. Es ist offenkundig, daß die schiefe Ebene der sozialen Hierarchie z. B. in den Fällen 1 und 5, die Druckgeschwüre der dienstlichen Subordination in den Fällen 4 und 14, die Verlockung den Irrtum oder das Unrecht des Arztes auszukosten oder auszunutzen in den Fällen 2, 13, 14 und 15 eine entscheidende Rolle spielen, während der sexualneurotische Konflikt selten, z. B. bei 9 und wahrscheinlich 7 im Mittelpunkt steht. Derartige Akzente waren für die Behandlung und innerhalb der Grenzen, welche sich unsere Behandlung ziehen mußte, von großer Bedeutung. Damit ist aber eine theoretische Einstellung zur Neurose nahegelegt, welche von ihrer psychoanalytischen Erklärung abzuweichen scheint. Dem situativen,

dem traumatischen, dem institutionellen, aber auch dem objektiv-rechtlichen, objektiv-gesellschaftlichen Moment wird hier ein höherer Rang zuerkannt, als es in den Lehren der Psychoanalyse, aber auch der klinischen Psychiatrie zu geschehen pflegt. Der psychogenetischen Kindheitsentwicklung einerseits, der sog. Konstitution andererseits, fielen damit eine unerwartet geringe Rolle zu. Wir neigen in der Tat zu der Ansicht, daß die Sozialneurose erstens heute außerordentlich viel verbreiteter ist, als sich viele Ärzte und Kliniker klarmachen — sie steckt in einer großen Zahl als nur organisch betrachteter Fälle — und daß sie zweitens eben um der beschriebenen situativen Bedingtheit willen, doch von dem Erfahrungsmaterial, auf dem die modernen psychotherapeutischen Schulen gebaut haben, sehr merklich abweicht.

Vom klinisch-pathologischen Standpunkt seien noch zwei Beobachtungen hervorgehoben; die erste ist von speziellem, die zweite von sehr prinzipiellem Interesse. Mehrere Male ergab sich, daß aus sicherer Beobachtung oder eindeutiger anamnestischer Erhebung gefolgert werden mußte, die hysterische Symptombildung habe sich ganz unmittelbar und übergangslos an ein schwer-mechanisches Kopftrauma angeschlossen (vgl. Nr. 5 der bürgerlichen Fälle, Nr. 2, 12 der zweiten Gruppe). Mannigfache klinische Beobachtungen und allgemein-psychologische Erwägungen weisen darauf hin, daß dies unmittelbare Folgen von neurotischer Symptombildung auf mechanisches Trauma nur eine besonders greifbare und anschauliche Anwendung einer psychologischen Grundregel ist, nämlich, daß in der Neurose ein Symptom niemals direkt auf das bewußte Erleben seines Sinnes, Zwecks oder seiner Tendenz folgt. Sondern das Symptom bricht stets als „zufälliges“, etwa als Fehlhandlung oder Anfall, in den sinnhaft bisher gelebten Zusammenhang ein; genauer: es wird als Überfall oder Einbruch der bisher gewußten und erfahrenen Ordnung erlebt und daher als ichfremd, als „Es“ erlebt, auch im Gebiete der physiologischen Funktionen. Man darf daraus nun auf eine hervorragende Abhängigkeit der Funktionen von zur Zeit nicht manifesten Einstellungen schließen, die auch im Augenblick des Trauma und sogleich nachher wirksam sind. Viele der unter der Rubrik „Konflikte“ angeführten Momente dürften nicht erst nach, sondern auch vor dem Unfall oder der Krankheit latent oder sogar manifest gewesen sein.

Ist eine solche Abhängigkeit der Funktionen in der Neurosenentstehung zugestanden, dann muß sie auch für die Wiederherstellung von Bedeutung sein. Und nichts scheint uns von vielen Klinikern heute

verhängnisvoller übersehen zu werden, als daß es bei Wiederherstellung und Beurteilung eines organisch Kranken doch nicht auf den Befund eines Defektes oder objektiven Symptoms oder einer Funktionsminderung ankommt, sondern darauf, was ein Mensch aus seiner Einstellung (die normal oder pathologisch sein kann) mit seinen Organen zu leisten vermag. Ein schlagendes Beispiel ist der zweite Fall der Gruppe b): Trotz Felsenbeinfraktur und otiatrisch bestätigten objektiven Anomalien der Funktion, ist Patient sofort arbeitsfähig und beschwerdefrei, nachdem wir seine neurotische Einstellung und seine ökonomischen Angelegenheiten in Ordnung hatten bringen können. Ebenso durchschlagend ist Patient 4, bei dem ein wahrer Cumulus von Organbefunden völlig belanglos wird, sobald die Bedingungen freudiger und überzeugter Dienstleistungen wiederhergestellt sind. Die Einzelbefunde der objektiven und Spezialklinik erweisen sich in diesen (sehr häufigen) Fällen geradezu als Verhängnis, wenn sie statt nur als untergeordnete Momente als Ausgangspunkt der Beurteilung dienen. Psychophysisch formuliert heißt dies aber: die Leistung eines Menschen im Leben hängt nicht von den klinisch-methodisch bestimmten Funktionen ab, sondern die Funktionen und ihre Grenzen hängen von der Leistungsfähigkeit eines bestimmt eingestellten Menschen in einer bestimmten Arbeit ab. Dieselbe „Vestibulariserregbarkeitsstörung“ bedeutet für die Leistung des Neurotischen alles, nämlich Arbeitsunfähigkeit und für den Nichtneurotischen gar nichts, nämlich eine kaum beachtete Belästigung. Diese Auffassung steht im Einklang mit der unter dem Namen der „bedingten Reflexe“ entwickelten allgemeinen Funktionstheorie moderner Physiologie.

5. Entsteh- und Verschwindbedingung der Sozialneurose. Behandlungsrecht – nicht Berentungsrecht.

Man kann fragen, ob es erlaubt sei, nach der relativ kurzen Beobachtungszeit von 2—6 Monaten, diese mit der Skepsis der meisten Psychiater wenig harmonierenden Ergebnisse auch theoretisch festzunageln. Aber diese Fragen sind aktuell genug, und sie sind dringend. Und wir möchten Betrachtungen anknüpfen, die unabhängig davon sind, wie unsere Erfolge aussehen, wenn wir eine viel größere Erfahrung erlangt haben werden. Es kommt überhaupt hier nicht in erster Linie darauf an, Erfolge zu berichten. Wir möchten vielmehr sagen: diese Erfolge sind unerwünscht, wenn sie jemand zu der Meinung bestimmen,

daß also die Schäden unseres Systems der Sozialversicherung durch Psychotherapie auszugleichen sind, daß also am System und an den Auslegungen besonders durch die grundsätzliche Entscheidung von 1926 nichts zu tadeln sei. Das Gegenteil ist unsere Meinung. Der Zweck unseres Unternehmens ist festzustellen, wo denn eigentlich die Reform vom ärztlichen Standpunkt aus einsetzen muß. Denn ich behaupte, daß die Theorie der Tendenzneurose, so wie sie jetzt aufgebaut ist, nicht zu langt. Es ist uns also ebenso lieb, wenn wir Mißerfolge sehen und nur erfahren, wo die Stelle des geringen Widerstandes ist, an der der Hebel zur Sanierung kranker Zustände der Sozialversicherung einzusetzen ist.

Die Dialektik unserer Situation begann eigentlich mit der Kostenfrage. Wie soll man z. B. vor der Berufsgenossenschaft rechtfertigen, daß wir die Neurose zwar auf ihre Kosten behandeln wollten, gleichzeitig aber dem Kranken das Zugeständnis abringen, daß er fürderhin keinen Anspruch auf Rente hätte. Denn wie schon bisher, so wünschten wir auch künftig darin an dem Bonhoeffer-Hisschen Grundsatz festzuhalten, daß ein Rechtsanspruch auf Dauerrente der Sozialneurose nicht zugebilligt werden könne. Eine abweichende Ansicht hatten wir nur über das Wesen der Neurose und ihre ätiologische Herkunft vom Trauma. Wir sagen uns nämlich, daß darin der Kranke nicht so ganz unrecht hat, wenn er sagt: vor dem Unfall war ich doch gesund, also kommt mein Zustand vom Unfall. Ganz dasselbe sagt er auch nach organischen Krankheiten zuweilen. Er soll nun plötzlich entdecken, er sei schon immer ein latenter Psychopath gewesen. Aber die Neurose folgt nicht auf den Unfall, wie die Blutung auf die mechanische Gewalt. Sondern sie folgt auf ihn wie das Traumleben auf das Wachleben. Nicht die mechanische Gewalt ist die Ursache der Neurose, wie auch das Einschlafen nicht die Ursache der Träume ist. Aber die traumatische Gesamtsituation enthält doch eine adäquate Zuordnung zur neurotischen Situation. Zu dieser Gesamtsituation gehört außer dem psychophysischen Trauma auch der Verlust einer Stelle, einer geschäftlichen Konjunktur, eines familiären Gleichgewichtes. Sagen wir, dies alles zusammen sei eine adäquate Entstehbedingung der Neurose, so fordern wir für das Verschwinden der Neurose eine adäquate Verschwindbedingung. Die Neurose ist ja nun kein Zustand, sondern eine Einstellung. Wenn wir sie behandeln, so müssen wir also eine Einstellung umstellen. Die Neurose ist, als Einstellung, daher überhaupt nicht eine Realität in der objektiven, extensiven Raumzeitlichkeit, sondern eine historische; eigentlich ist ihr Bestehen nur das historische Mißgeschick,

daß der adäquaten Entstehbedingung in einem folgenden Zeitraum keine adäquate Verschwindbedingung zugeordnet wurde, und dieses Fehlen der Verschwindbedingung ist eine ganz und gar historische Realität. Nun ist Brom und Elektrizieren freilich keine adäquate Verschwindbedingung neurotischer Einstellung, sondern diese Bedingung ist eine bestimmte ärztliche Einstellung.

Fordern wir also, es sei im Sinne der Sozialgesetzgebung, dem Sozialneurotiker eine adäquate Verschwindbedingung zu bieten, so folgt, daß diese nicht in Entschädigung bestehen kann, sondern darin, daß der Einmaligkeit des Traumas auch die Einmaligkeit einer adäquaten Therapie wirklich gegenübergestellt werde. Jedem Neurotiker soll die Chance der Heilung einmal angeboten werden, aber sie muß adäquat sein. Es ist nicht der Sinn der Sozialversicherung, daß im Falle des Mißerfolges eine Dauerrente bezahlt wird, wie es nicht das Wesen der Neurose ist, ein unhistorischer Dauerzustand zu sein. Ein verlorenes Bein wächst nie wieder, aber eine Neurose kann durch viele andere Schicksale verschwinden, die dem Neurotiker nicht verschlossen sind; Glückzufälle und Unglückzufälle können ihm den Dienst tun und tun es häufig. Es ist aber im Sinne der Sozialpolitik, daß den Versagenden so weit möglich, Hilfe zu leisten sei. Wenn wir dieses „so weit möglich“ bei den Neurosen eine Station vorschieben können, dann müssen wir es tun. Ich verkenne keinen Augenblick die ökonomische Seite; aber die hier auftauchende Frage ist doch: wird das ganze Erledigungsverfahren denn nicht viel rationeller, billiger und für uns alle gesünder, wenn wir statt endloser Gutachten, verzetzelter Kontroversen und Prozesse ein für allemal wirk-same Heilverfahren ohne Rekursrechte bekommen? Alles spricht dafür, daß dies der Fall ist.

Ich fasse zusammen: die soziale Neurose ist als nicht kausale, sondern historische Folge des einmaligen Unfalls oder einer Krankheitssituation eine Einstellung. Es ist der Sinn der historischen Konsequenz und der Sozialversicherung, daß dem Neurotiker ebenso einmalig eine adäquate Verschwindbedingung angeboten werde. Erlischt die Neurose dabei nicht, so liegt höhere Gewalt vor — ein Mangel, der durch eine Dauerrente nicht ausgeglichen werden kann. Einem rentenbeziehenden Neurotiker ist ja mit Rente von der Ebene der menschlichen Würde aus gesehen auch gar nicht geholfen. Es ist ihm aber im Durchschnittsfalle auch für sein Leiden nicht nur nicht geholfen, sondern die Heilung erschwert. Nicht der Versuch der Therapie fixiert das Leiden — wenn die Therapie richtig gemacht wird —, sondern die Rente. Der Neurotiker

wird durch Rente in diesem Sinne nicht entschädigt, sondern geschädigt. Andere Heilungschancen — und es gibt solche — werden ihm durch die Rente eher verbaut als eröffnet. Es ist zwar keineswegs genau bekannt, aber doch aus vielen Einzelfällen gar nicht zu bezweifeln, daß viele Sozialneurosen, denen die Rente entzogen wurde, im Kräftespiel des Daseinskampfes ihre Neurose verlieren. Daraus folgt aber keineswegs, daß dieser Weg der zu erstrebende ist oder volkspädagogisch beste ist. Allerdings wird dies von manchen Seiten empfohlen. Hier sollen daher nochmals die Gründe diskutiert werden, welche man gegen die Behandlung überhaupt anführen kann.

1. Wenn gesagt wird, daß die Entziehung der Rente ein wirksames Mittel ist, so müssen wir korrigieren: „sein kann“. Die Erfahrung aller veralteten Fälle beweist, daß es sehr viele Ausnahmen gibt. Um diese handelt es sich. 2. Man kann ferner sagen, der Unfall spiele nicht die kausale Rolle, die nötig ist, um einen Rechtsanspruch auf Behandlung durch die Berufsgenossenschaft zu begründen. Darauf ist zu erwidern, daß die Berufsgenossenschaft mit Recht aufhört, auf die Definition der Kausalität zu pochen, wenn sie durch Beschleunigung und Verbilligung des Erledigungsverfahrens ihren Vorteil findet. 3. Man kann einwenden, es sei logisch inkonsequent, die Behandlung zu gewähren und die Rente (z. B. im Falle des Mißerfolges) zu verweigern. Darauf ist zu erwidern, daß diese Logik eben von der Logik des Ursachensbegriffs getragen ist. Die historische Logik aber verlangt die Zuordnung von Entsteh- und Verschwindbedingung, nicht die Folge von Ursache und Wirkung. Es ist klar, daß die Einführung historischer logischer Denkform einen Ansturm auf die naturwissenschaftliche (und naturrechtliche) Denkform bedeutet. Eben diesen Angriff wünschen wir ohne Furcht vor den weiteren Folgen zu vollziehen. 4. Man kann aus dem Geist der Medizin einwenden, es sei unärztlich, dem Kranken in einer Therapie das Sichabfinden mit einer Situation abzurufen, welche seinem Standesgefühl¹, seinem Rechtsgefühl², seinem Ehrgefühl³ oder seinem politischen Gefühl⁴

¹ Wenn die Neurose z. B. bei der sozialen „Degradierung“ vom Kaufmann zum Arbeiter oder vom Meister, Vorarbeiter zum bloßen Arbeiter, vom Qualitätsarbeiter zum Tagelöhner eintritt — heute einer der verbreitetsten Fälle. Auch die Stufen: arbeitend — arbeitslos — ausgesteuert werden als solche Degradierung erfahren.

² Wenn er die Anwendungsform der Sozialgesetze (Entscheidung von 1926) bestreitet.

³ Neurose nach Beleidigung durch Vorgesetzte, durch eine Frau u. dgl.

⁴ Wenn er die gegenwärtige Staatsform ablehnt.

widerspricht. Dieser Einwand hält es für unärztlich, eine Anpassung an eine wirkliche Not herbeizuführen, welche damit doch gar nicht behoben wird — die Therapie tue so als ob sie dem Menschen etwas geben könnte, was ihm die Wirklichkeit versagt hat, und was doch nichts mit Gesundheit oder Krankheit zu tun hat¹. Dieser Einwand ist vielleicht der am tiefsten gehende, insofern er eine weltanschauliche Entscheidung herausfordert. Ich antworte auf ihn, daß dem Patienten frei steht, die Behandlung abzulehnen, wenn er sie so empfindet, wie der Einwand sie empfindet. Es kann nicht als objektive Verführung bezeichnet werden, wenn der Patient die Notlage akzeptiert und statt sie durch Neurose oder Gewalt zu bekämpfen, sich ihr anpaßt. Die Definition der Ärztlichkeit unseres Handelns fließt, wie ich früher ausgeführt habe², aus der Tatsache, daß ein Kranker sich dem Arzte um Hilfe zuwendet, nicht aus einem objektiv faßbaren Begriffe der Gesundheit oder Krankheit. Wir versichern uns bei Beginn der Behandlung stets der freiwilligen Zustimmung des Patienten. Niemals bedienen wir uns der bekannten Formel, die auf die Kranken wie eine Drohung zu wirken pflegt, daß sie, wenn sie sich nicht bereitfinden, ihres Rechtsanspruches verlustig gehen. Ferner ist der Kranke in der Neurose nicht mehr sondern weniger imstande, die Wahl zwischen Verzicht und Kampf zu vollziehen, als nach beseitigter Neurose. Endlich darf auf die sehr einfache praktische Tatsache hingewiesen werden, daß eben körperliche und seelische Beschwerden verschwinden und der Patient nun auf den Arzt verzichtet. Ich betone ferner, daß das Ziel der Therapie nicht die „Sozialisierung“, nicht die Wiederaufnahme der Arbeit ist, sondern daß der Kranke wieder ohne Hilfe leben, wieder arbeiten kann. Ob er es tut, ist seine Sache. Gewöhnlich tritt automatisch ein, daß er arbeitet. Dies ist aber nur ein Indicator für den Behandlungserfolg, nicht sein Ziel. Damit glauben wir auch die mögliche Einwendung abzuwehren, diese Behandlung sei eine ganz besonders raffinierte Rentenquetsche. 5. Es wird gefragt, was mit dem Patienten geschehe, der nicht geheilt werden kann. Ich postuliere nicht, daß es a priori dann bei der Verweigerung der Rente bleiben muß. Gerade in der Behandlung erfahren wir über die Besonderheit des Einzelfalles so viel mehr als in einer kurzen gutachtlichen Beobachtung, daß sehr viel besser entschieden werden kann, ob eine „schwere konstitutionelle (oder

¹ Dr. Zutt in der Diskussion zu meinem Vortrag in Berlin, Juni 1930.

² Siehe *Kreatur* I, H. 1, S. 69. 1926 (bei Lambert Schneider, Berlin): *Der Arzt und der Kranke*.

konditionelle) Psychopathie“, ob eine gemeine Drückebergerei, ob eine durch den Unfall wesentlich gesetzte Dauerschädigung, etwa des Gehirns, vorliegt. Im ersten Fall ist Unfallfolge abzulehnen, Krankheit zu bejahen; damit geht der Patient in andere Zweige der Sozialversicherung oder Fürsorge über. Im zweiten Falle wird er arbeitsfähig geschrieben. Jeder Kenner der Verhältnisse weiß, daß mindestens in gegenwärtiger Zeit die drei genannten Kategorien die Ausnahme, die eigentlich hier gemeinte Sozialneurose die Regel ist. Diesen Sinn hat es, wenn wir generell die Entscheidung in Bonhoeffer-Hisscher Stellungnahme festhalten, ohne uns im Einzelfalle daran zu binden. Wir haben daher auch Fälle, in denen die Behandlung mit Rentenankennung endet, und solche, in denen der von der Neurose geheilte Patient doch seinen Prozeß um nicht erfüllte berechnete Entschädigung für die organische Unfallfolge, Kosten, Verdienstaustausch u. dgl. fortführt.

Alle diese Formulierungen sind ganz unabhängig von der Vexierfrage „psychisch oder somatisch“; sie sind überhaupt zunächst nicht von irgendeiner psychologischen Theorie her bestimmt und lassen frei, ob der neurotische Zustand somatisch oder psychogen verursacht sei, was beim Kopftrauma ja auch recht oft fraglich ist. In diesem Sinne halte ich daher Hoche's Formulierung für einen Fortschritt, wenn sie sagt, nicht aus der Vorstellung krank zu sein stammende Zustände, sondern aus der Tatsache versichert zu sein stammende Zustände seien nicht rentenberechtigt¹. Aber ich schließe anders weiter als Hoche, indem ich folgere: die solche Zustände begleitende Einstellung ist zwar nicht rentenberechtigt, aber therapieberechtigt. Ich meine, diese Form des Rechtsanspruchs ist auf der Ebene der gegenwärtigen Sozialversicherung erfüllbar, aber wahrscheinlich nicht befriedigend so wie diese ist, sondern so wie sie werden muß.

Die logische Paradoxie ist also: jemandes Krankheit kann nur durch Behandlung, nicht durch Unterstützung ausgeglichen werden. Eben darum kommt Rente nicht in Frage. Diese Paradoxie hat aber nicht die Medizin erfunden, sondern sie ist aus der so gänzlich paradoxen Gleichsetzung von Krankheit und Erwerbsunfähigkeit entstanden, welche uns Ärzten die Sozialpolitik aufzwang. Damit möchte ich nicht sagen,

¹ Die Entfernung einer falschen Psychologie ist ein Vorteil; aber die Hoche'sche Formulierung involviert noch Psychologie, und es ist nicht richtig und von Hoche auch nicht gemeint, daß die Neurose nur auf der Tatsache des Versichertseins beruhe, so wenig es richtig ist, daß sie auf der Vorstellung krank zu sein beruht.

daß dabei der Krankheitsbegriff einer Veränderung unbedürftig ist. Es wäre schlimm für unsere Lage, wenn es bei dem non liquet bliebe und wir das tägliche Opfer der Intelligenz fortsetzen müssen, welches ein sog. objektives Gutachten uns auferlegt. Es ist nicht wahr, daß ich objektiv feststellen kann, ob ein Mensch Kopfweh hat oder nicht, es ist nicht wahr, daß ich objektiv urteilen kann, ob er deswegen arbeiten kann oder nicht, und es ist nicht wahr, daß ich objektiv wissen kann, ob das Trauma die Ursache dieses Zustandes ist oder nicht. Es ist nicht wahr, daß dies alles aus der Methode der objektiven Medizin zu entscheiden ist, und wir sind es der Laienwelt ebenso schuldig wie dem Geiste objektiver Forschung, daß wir es auch bekennen, daß es nicht wahr ist. Ob bessere Methoden in Kürze erfunden sein werden, wissen wir noch nicht. Wohl aber läßt sich zeigen, daß aus bestimmten richtigen Behandlungsmethoden Arbeitsfähigkeit hervorgeht, wo es bei bestimmten falschen Methoden nicht gelang. Daraus folgt: es gibt eine gute Methode der Feststellung der Arbeitsfähigkeit schon heute: eine richtige Behandlung, die sie herbeiführt. Es ist nur formallogisch unlogisch, daß ein Nichtrentenberechtigter therapieberechtigt sein soll. Wir haben nicht gefunden, daß die Landesversicherungsanstalten, Krankenkassen und Berufsgenossenschaften, wir haben namentlich nicht gefunden, daß die Neurotiker an der Scheinlogik klebten, zu der diese Logik wird, wenn sie das Leben meistern will. Berufsgenossenschaften und Patienten gehen mit, wenn man praktische Ergebnisse sieht, nicht wenn man logisch verfährt. Wir fanden, daß auch wir selbst jahrelang geklebt hatten an der Pseudologik, jemand, der wegen Krankheit Rechtsanspruch auf Behandlung habe, müsse es auch auf Versorgung haben, wenn die Behandlung nicht hilft. Diese Angst vor der Logik hemmt den Arzt am meisten, der sich gebunden fühlt an den logischen Rechtstitel seiner Bemühung. Dies ist nun überhaupt sein Anteil an dem rechtsneurotischen Zustand, in dem wir alle uns in Sachen des Erledigungsverfahrens der Sozialversicherung befinden. Wir streiten, ob die Neurose vom Unfall kommt oder nicht. Sowohl die Leidenschaft der Zusammenhangsleugner wie die der Zusammenhangsbejaher ist bestimmt durch ein Pathos der Korrektheit und Gerechtigkeit, und Jossmann wie Riese¹ haben ihren

¹ Die Berechtigung zu diesem Urteil gewinne ich aus der Tatsache, daß beide den springenden Punkt meiner ersten Mitteilung in der Diskussion fast völlig überhört haben, nämlich, daß die Erledigung der Kausalfrage wie der Rechtsfrage in der Beseitigung der Neurose durch Behandlung auffindbar ist: die Form, in der Kausal- und Rechtsfrage vom Neurotiker, Gutachter und Richter gestellt werden, ist gar nicht wesentlich verschieden, aber in der erfolgreichen Be-

Anteil an der bürokratischen Überreichtung, der juristischen Hypertrophie unseres Denkens und Fühlens. Sie ist ein Geschenk, das der Sozialismus sich vom Liberalismus hat machen lassen. Es ist aber notwendig, daß in diesen Fragen die bewußte und unbewußte Rechts- und Gerechtigkeitsfrage selbst Gegenstand der Therapie werde. Der Rechtsentscheid soll Ultima Ratio bleiben und es gibt keinen anderen Weg zur Entgiftung als über eine Revision der Grundbegriffe im Verein mit der praktischen Haltung, die wir vorhin geschildert haben. Sonst bleibt diese praktische Haltung eine vielleicht menschlich sympathische Geste, aber sie ermangelt der Grundlagen und der Macht. Es handelt sich, wenn wir Rechtsneurosen behandeln, nicht um einen karitativen Ausfluß unserer Hilfsbereitschaft, sondern um einen Kampf gegen einen Schein. Denn wir handeln an einem Neurotiker ebensowenig ärztlich, wenn wir eine Neurose mit Hilfe einer Rente verewigen, wie wenn wir durch Abkennung einer Rente ihn in den Kampf treiben. Es ist übrigens nicht selten, daß der Gutachter in beiden Fällen die Geschäfte einer von ihm mißbilligten Politik besorgt, indem nun der Neurotiker passiv als unproduktives Element die volkswirtschaftliche Kalamität vermehrt, oder indem er aktiv seine Neurose in extremistische „Politik“ umsetzt. Eine scheinbare Enthaltung von Politik durch abstrakte Objektivität wirkt sich erst recht politisch aus; das ist nicht unsere Absicht. Unsere Absicht ist sinnvoller Dienst in der Sozialversicherung und ihre sozialpolitische Fortbildung. Sozialpolitik kann im Versicherungswesen ihrem Sinne nach nicht nur Exekutive von Rechtsnormen sein, sondern sie muß Prophylaxe gegen den Rechtsprozeß überhaupt sein. Zweifellos ist diese Aufgabe bei der Inaugurierung der Sozialversicherungspolitik 1882 nicht vorausgesehen worden. Zweifellos sind wir akademischen Ärzte in unserem Gutachten Opfer unserer amtlichen und bürgerlichen Abhängigkeit auf Kosten

handlung hört man auf so zu fragen, um zur „Tagesordnung“, d. h. zu dem rechtsunberührten Leben und Arbeiten überzugehen. Der Mensch hat ja doch nicht ein Recht auf Recht, sondern ein Recht auf gewisse Lebensgüter — eben in dieser Verwechslung bewegen sich Neurotiker und neurotische Richter und Gutachter. — Vgl. Jossmann: Über einige Grundbegriffe der Rentenneurose, *Nervenarzt* 1930, H. 2, S. 68. — Riese: ebenda S. 65 und *Schweiz. Arch. Neur.* **25**, S. 300, 1930, ferner: Die Unfallneurose und das Reichsgericht, S. 57, Hippokrates-Verlag 1930. Auch Lottig (*Nervenarzt* 1930, H. 6, S. 321) und Erwin Straus (*Geschehnis und Erlebnis*, S. 106. Berlin: Julius Springer 1930) verkennen, daß der Tenor meiner Stellungnahme nicht Entscheid sondern Prophylaxe der Verreichtung ist. Zustimmender ist (wenn wir die Beurteilung der Psychoanalyse übergehen) A. Hoche: *Zbl. Neur. u. Psych.* **55**, S. 206, 1930 (Referat meiner Arbeit).

unserer ärztlichen Aufgabe geworden, die sich der Idee nach weder gegen noch für bestimmte staatliche Gegebenheiten auswirken soll. Welche Illusion aber, daß dies im konkreten Fall stets erreichbar ist! Es wäre dem, was Hoches Ironie und Selbstkritik über die Gutachter gesagt hat, noch mancherlei hinzufügen. Aber seine Ironie entspannt uns zwar subjektiv, läßt aber objektiv alles beim alten: der Neurotiker ist nach ihm zwar nicht ein Gesunder „im Sinne der Pathologie“, wie Jossman will, aber er ist doch das Opfer der Tatsache der Sozialversicherung. Gäbe es diese nicht, so gäbe es keine Rechtsneurose — ergo? Die Neurose kommt von der Sozialversicherung und folglich haftet die Sozialversicherung auch für die Neurose? Das ist eine juristisch falsche und eine sozialpolitisch richtige Folgerung. Denn Sozialpolitik heißt wohl nicht ein juristisches Soll oder Sollteeigentlich definieren, sondern Tatsachen konstatieren und für praktische Entschlüsse verwerten.

6. Arbeitswilligkeit und kanalisierter Bewegungsraum. Rechtswille und Rechtserkenntnis.

Hier also berührt sich der Entschluß, soziale Arbeiterneurosen individuell zu behandeln, mit einem möglichen Entschluß sozialpolitisch zu handeln. Und hier liegt auch ein ganz einzigartiger Fall in der Geschichte der Neurosenlehre vor, insofern als eine klassische Grundfrage der Neurosenlehre (darüber hinaus aber der medizinischen Ätiologie überhaupt) in einem Massenexperiment studierbar wird. Es handelt sich um nichts Geringeres als die Frage nach dem Verhältnis innerer und äußerer Krankheitsfaktoren. Während nämlich in der psychologischen Neurosenforschung die äußeren Faktoren derartig individuell von Fall zu Fall verschiedene sind, daß keine Vergleiche zu ziehen sind, ist im Institut der Sozialversicherung der äußere Faktor in unübertrefflicher Weise scharf und geradezu für alle Fälle identisch charakterisiert. Es sieht so aus, als ob wir hier zu fassen bekommen, daß Neurose nicht nur ein Verhalten der Person ist, sondern auch ein Verhalten der Gesellschaft. Genauer: Das Verhalten der Person ist nur die innere Anwendung des äußeren Verhaltens der Gesellschaft: das eine ist nur der Spiegel des anderen, die mikrokosmische Darstellung einer makrokosmischen Struktur. Es ist bekannt, daß Freud in einer Studie über Massenpsychologie nach Beispielen von Gesellschaftsneurose gesucht hat und es ist kein Zufall, daß ihm auf der Suche nach der sozialen Formel der Psychoanalyse Heer und Kirche begegnen mußten. Das Studium der sozialen Rechtsneurosen

führt aber, wie ich glaube, zu anderen Folgerungen als denen Freuds. Während Freud nämlich von den Sicherungen, welche die katholische Kirche dem einzelnen gewähren kann, annimmt, daß sie diesen vor den Gefahren der individuellen Freiheit und damit vor der Neurose bewahre, sehen wir bei der Sozialversicherung gerade umgekehrt, daß dieser Schutz die Neurose zu provozieren scheint: um ihn zu erlangen, produziere der Versicherte die Neurose. Offenbar lehrt der Vergleich dieser beiden Fälle, daß eine Sicherung sowohl die Bindung wie die Entfesselung der Neurose mit sich führen kann, und daß uns also der Schlüssel noch fehlt, um den Eintritt des einen oder des anderen Falles zu verstehen. Offenbar ist die göttliche Macht in der Kirche mehr oder anderes als eine bloße Fiktion oder Projektion des infantilen Anlehnungsbedürfnisses, welches sich in seinem Gott wenigstens eine kräftige Illusion schafft, und offenbar bedeutet die Rechtsidee des sozialen Staates mehr oder anderes als eine infantile Sicherung. Worauf also kommt es hier eigentlich an?

Zunächst bemerke ich nochmals, daß die genaue ökonomische Analyse unserer Fälle beweist, daß die meisten Arbeiterneurotiker sich infolge ihrer Neurose absteigend auf schiefer Ebene befanden. Neurose haben, hieß immer: weniger einnehmen als in der Arbeit und mehr als in der Arbeitslosenversicherung, welche bekanntlich 14 M. pro Woche bedeutet, d. h. biologischen Grenzzustand.

Die Patienten wissen in der Regel über nichts so genau Bescheid, wie über die Bezüge und Rechte auf Bezüge im Falle der Krankschreibung, der Unfallversicherung, der Arbeitslosenversicherung, der Aussteuerung, der Krisenfürsorge, der Invalidisierung usw. Es ist selbstverständlich, daß sie sich genauestens orientieren und die Lage ist für sie nicht die eines Ruderers auf einem See, der hinfahren kann, wo er will, sondern die eines Schiffers in einem engen Kanalsystem, der ganz bestimmte Kurven fahren muß. Die Arbeiter- und Angestelltenneurose findet einen kanalisierten Bewegungsraum vor, und hier liegt der Grund eines Mißverständnisses: es ist nicht eine psychologische Qualität, sondern eine situativ vorgegebene ökonomische Gesetzmäßigkeit, die das Verhalten erzeugt, welches man mit „Rentenneurose“ oder „Rentenbegehren“ bezeichnet hat. Es ist eine vollkommen aus einseitig bürgerlicher Mentalität entsprungene Deutung, daß „der“ Neurotiker der besitzlosen Stände Geld ohne Arbeit begehre. Er muß, wenn er nicht arbeiten kann (wegen Insuffizienz oder Arbeitslosigkeit) die sozialpolitisch möglichst beste Sicherungskategorie aufsuchen; will er nicht weiter sinken oder hungern, so muß er wie jeder von uns eine Sicherungsaktion unternehmen. Jemand der eine Direktorstelle, ein Wahlmandat, eine Professur erstrebt, handelt darin nicht anders als wer die Erhaltung des Körpergewichts seiner Familie oder die Erhaltung seines gewohnten Quantum an Kautabak erstrebt. Auch ergibt sich von hier aus allein die wissenschaftlich einwandfreie Definition des Begriffs „Arbeitswillen“. Man kann diese Größe nicht psychologisch-moralisch

allgemeingültig definieren, sondern muß sie, wenn man von einer sozialen oder ökonomischen Gruppe zur anderen übergeht, selbstverständlich transformieren. D. h. man muß die Proportion zwischen Anziehungskraft der besonderen Handlung „Arbeit“ und der Willensintensität sie zu tun jeweils ad hoc bestimmen (Näheres hierüber s. u.). Es ist also falsch, das Geldbegehren als Motiv des neurotischen Verhaltens zu bezeichnen. Sondern: daß im neurotischen Verhalten der Sozialversicherten das Geldbegehren Inhalt der Willensrichtung wird, liegt nicht an der Moralität der Person, auch nicht an ihrer Neurose, sondern an ihrer äußeren Situation. — Es ist tatsächlich eine Gruppe vorhanden, die man ganz mit Recht als „Rentenjäger“ bezeichnen kann. Es sind das Leute, die sehr geschickt Unfall-, Invaliden- und Kriegsrente mit irgendeiner Pension und einem Grünkramladen zu einer Gesamtökonomie zu vereinigen wissen. Diese Gruppe ist klein, denn die dazu nötigen Talente sind, wie alle Talente, selten. Hätten wir lauter solche Menschen, so würden die sozialökonomischen Lehrgebäude anders aussehen.

Nun ist es also nicht sinngemäß, wenn man diese Neurosen von der Wunschtendenz aus betrachtet, ohne die Objekte der Wünsche zu betrachten, und es ist nicht zulässig, die Wunschbildung nur von der Gewinnseite und nicht von der Verlust- und der Gefahrseite her zu betrachten. Die Schicht der Arbeitslosen ist am Rande der biologischen und inmitten der seelischen Gefahr — darum steigt unter ihnen nicht nur die Tüchtigkeit, sondern auch die Neurose; die Kranken- und Unfallrente ist ökonomisch besser als die Arbeitslosen- und Krisenfürsorge, aber schlechter als der Verdienst aus Arbeit; die Neurose verhindert eventuell zwar den Abstieg zu den 14 M. Arbeitslosenunterstützung aber auch den Aufstieg zu den 50 M. Arbeitslohn pro Woche. Was soll hier aus der Wunschtheorie werden? Aus dem Wunsch nach Geld ist nicht abzuleiten, daß Neurose besteht, sondern nur in welchen Bahnen die Aktion des Neurotischen sich notwendig bewegen muß. Daß sie besteht, dafür ist in unseren Fällen beides verantwortlich: eine Realangst vor weiterem Abstieg und eine Unfreiheit zu wollen, ein Bann. In dieser Konstellation von Angst und Bann taucht als drittes der Hader mit der Umwelt auf, die Projektion der inneren Insuffizienz in die äußere Umgebung: ich kann mir nicht helfen, ich habe ein Recht auf Hilfe. Diesem Hader kommt nun das Sozialgesetz entgegen, und ist dieses nicht selbst in die Idee des Rechts gebunden? Der Hader wird zum Rechtsanspruch. Erwin Straus fragt mich (l. c.), ob das Recht-haben-wollen von der Neurose oder die Neurose vom Recht-haben-wollen komme. Man könnte ebensogut fragen: kam die Sozialgesetzgebung von einem neuen Rechtsempfinden oder das neue Rechtsempfinden von den Sozialgesetzen. Natürlich ist die Sozialgesetzgebung die zeitliche Folge eines neuen Rechtsanspruchs der Gesellschaft. Aber das Rechtsempfinden, das zur

Gesetzgebung führt, und das, welches durch ihre Einführung entsteht, ist nicht dasselbe. Aus einer Sehnsucht wird ein Besitz und aus einem politischen Ziel wird eine Macht. Die Folge ist aber, daß im gleichen Augenblick die Rechtsidee selber sich wandeln muß. Ganz dasselbe aber im einzelnen: der Schutz, den der Versicherte erwartet, ist etwas anders als der, welchen er genießt, denn die Situation ist eben dadurch eine andere. Das Sicherheitsgefühl, welches ihm das Sozialgesetz in gesunden Tagen gab, verliert er nach dem Unfall, obwohl man für ihn sorgt. Es kommen jetzt noch andere Sorgen und Angst aus anderen Quellen: Werde ich gesund? Wird nichts nachkommen? Verliere ich meine Stelle? Was wird aus meinen Angelegenheiten? Lauter Objekte, die gar nicht Gegenstand der Versicherung sind. Um auch hier zu sichern, bedürfte es eines ganz anderen Gesetzes, einer Versicherung gegen Notstand aller Art. In diesem Zustand verliert der Kranke sehr leicht das Erkenntnisvermögen für die Grenzen seines Rechtes, wie sie die Versicherung festlegt. Unwillkürlich verbreitet sich sein Schutzbedürfnis über den Gegenstand der Versicherung hinaus. Ich möchte daraus schließen, daß Neurose und Recht-haben-wollen hier insoweit dasselbe ist, daß man sagen kann: Neurose ist hier ein pures Recht-haben-wollen ohne die Fähigkeit zur Rechtserkenntnis, die zum Rechtsvollzug gehört. Nicht so ist zu fragen: ob die Neurose vom Recht-haben-wollen kommt oder umgekehrt; sondern wir müssen fragen, wie kommt es zur Unfähigkeit, das Wollen mit dem Erkennen zu verbinden. Der Neurotische ist sozusagen die reinste Inkarnation des Rechtswillens, welcher nur noch Partei ist; ein reiner Protest, eine rein kontradiktorische Haltung, die blind ist für das Schiedliche des Rechts. In ihr macht sich also die Partei zum Richter und benimmt sich, als sei sie im Besitz von dessen höherer überparteilicher Gerechtigkeit.

Analysieren wir aber diesen Status zu Ende, so dürfen wir nicht übersehen, daß eine höhere Gerechtigkeit auch über der jedes Richters denknotwendig ist. Wir kennen Rechtsneurotiker, in deren Ideologie diese Denknötwendigkeit zum Ausdruck kommt. Sie appellieren religiös an Gott oder politisch an den Zukunftsstaat. Ich sehe gar nicht ein, was gegen den Appell an höhere Gerechtigkeit und gegen die psychologische Haltung des Rechtsunfriedens an sich zu sagen wäre. Sie ist normal in jedem ehrlichen Menschen vorhanden und sei es nur, daß er die Unvollkommenheit alles Irdischen beseufzt. Finde ich diese Haltung im Neurotiker neurotisch, also krankhaft oder unberechtigt, so stehe ich selbst in derselben kontradiktorischen Position wie er, und es gibt

keine abstrakte Rechtslogik zur Entscheidung, wer recht hat. Dann müssen wir hier mit Rudolf v. Jhering sagen: „Das Recht ist kein logischer sondern ein Kraftbegriff. Darum führt die Gerechtigkeit neben der Waagschale in der einen Hand, mit der sie das Recht abwägt, in der anderen das Schwert, mit der sie es behauptet.“ Den (vergeblichen) Versuch zur Logisierung oder Psychologisierung des Rechts aber konnte Lassalle aussprechen: „Die alleinige Quelle des Rechts ist das gemeinsame Bewußtsein des Rechts, der allgemeine Geist.“ Der Neurotiker nun ist in der Tat ein Phänomen logisierten Rechts ohne das Schwert und ohne gemeinsames Bewußtsein. Aber der Arzt ihm gegenüber hat gleichfalls weder das Schwert zu führen noch die Gnade eines gemeinsamen Bewußtseins auszugießen. Wir kämpfen mit dem Patienten, gewiß, und wir versuchen ein gemeinsames Bewußtsein mit ihm von dem, was rechtlich zusteht, herbeizuführen, gewiß, aber nicht im Namen des Gesetzes oder der Gerechtigkeit, sondern um den Neurotischen gegen die Ultima Ratio des Rechtsverfahrens mit dem Schwert zu schützen; also nicht für ein Recht sondern gegen die Verrechtung seines menschlichen Zustands. Denn diese Verrechtung und Überrechtung ist, auch wo sie nicht deskriptiv-psychologisch das Feld beherrscht, wie beim Querulanten, doch potentiell und situationsmäßig der invariable Rahmen der Sozialneurosen und darum formgebend für die objektive Gesamtgeschichte dieser Kranken im Verbands der Gesellschaft. Dies war mit dem Ausdruck „Rechtsneurose“ gemeint. Von hier aus ist ja auch das Problem der Neurosenzüchtung durch die Sozialversicherung immer und mit einigem Grunde aufgeworfen worden. Mit Unrecht nur insofern, als man in der Theorie der Neurose die objektive Gefahr des neurotischen Proletariers nicht einbezog; da es keine Rechtsfrage ist, ob jemand sich vor dem Krieg oder dem Hunger fürchtet oder nicht, so wurde dies nun zu einer moralischen Frage und zu einer Frage seiner Willensbildung.

Ich fasse kurz dahin zusammen: die Sozialneurose ist nicht, wie Freud es am Beispiel von Kirche und Armee darstellt, ein Ausdruck der infantilen Unsicherheit, welche einsetzt, wenn der fiktive Schutz eines fingierten Gottes oder eines vermeinten Rechtes versagt, sondern sie ist der Ausdruck einer objektiven Situation wirklicher Gefahr (wir alle sind in solcher Gefahr), die durch eine Fiktion bewältigt werden soll. Weil nämlich Gott jedem Menschen gefährlich ist, kommt sein Unglaube an ihn einer Fiktion gleich; weil das Recht nicht parteiisch ist, der Neurotiker aber parteiisch einen Alleinbesitz des Rechts fingiert,

hat er eine Neurose; denn es kommt die Parteilichkeit im Rechtsstreben einer Fiktion gleich. (Letztes Beispiel: Weil Wissenschaft keine Fiktion ist, kommt der Fiktionalismus in ihr einer Neurose gleich.) Eben darum kann aber der Arzt den Neurotiker nicht behandeln, wenn er bewußt oder unbewußt parteiisch so handelt, als hätte er aus besserer Rechtskenntnis das Recht mit zu verwirklichen. Eben darum ist die therapeutische Haltung nicht bestimmt, ein Recht zu verwirklichen, sondern die Rechtsfrage aus der Situation zu entfernen. Der Rechtsneurotiker wird nämlich rechtsfähig, wie ich überzeugt bin, erst dann, wenn er nicht mehr neurotisch ist. Die Erfahrung lehrte uns, daß dieser Zustand zu erreichen ist.

Ich sagte schon mehrfach, daß wir die Situation nicht rechtlich und nicht formal-logisch auflösen können; solange sie neurotisch ist, kommt es nicht auf Rechtsentscheidung, sondern auf Bewegung der Situation an. Einfacher ausgedrückt: wir behandeln, ohne zu entscheiden, ob der Kranke recht hat. Wir machen nur z. B. klar: so wie die Rechtsprechung jetzt ist, besteht keinerlei Aussicht auf Rente. Ob sie gerecht ist, wissen wir nicht, da wir alle nicht Träger höherer Gerechtigkeit, sondern alle Gefangene eines Rechtszustandes sind. Wenn wir so das Schwert vermeiden und an der Herbeiführung — nicht des „allgemeinen Geistes“ — sondern der Erkenntnis geltenden Rechtes arbeiten, so folgt daraus nicht, daß wir dieses nicht kritisieren und wiederum aus neuem Rechtsempfinden neues Recht erarbeiten. Der Weg dazu ist aber nicht die Beugung geltenden Rechtes durch Einzelentscheidung, sondern er ist Politik. In der Praxis kann man auch heute schon sich von dem Prinzip einer Rechtsanwendung zu dem einer Therapie der Überrehtung wenden. Wer das Bedürfnis fühlt, statt Heilbehandlung in diesem Fall ein anderes Wort zu wählen, mag statt von Therapie von Aktivierung, von Aktivierung eines Situationswandels sprechen. Wenn ich nicht irre, so entspricht dies überhaupt der modernen Bewegung vom Rechtsverfahren zum Schlicht- oder Schiedsverfahren, von den naturrechtlichen Begriffen zu den historisch-rechtlichen Positionen. Wenn es nämlich gelingt, in der Therapie von dem leidenschaftlichen Verlangen nach prozessualer Entscheidung zu einer neuen Einsicht zu gelangen, welche aus einer neuen Erkenntnis, was nach Lage der Dinge rechtlich zusteht, den Prozeß überflüssig macht, dann darf man diesen Vorgang als ein Beispiel „lebendiger Rechtserkenntnis“ bezeichnen. Statt bloßer Rechtsableitung ist Rechtserkenntnis gebildet worden, an Stelle derivativer ist kognitive Rechtsbildung erfolgt. Für den Zustand der Rechtsneurose

bedeutet dies aber auch, daß an Stelle des anonymen Rechtsgegners im Arzt ein lebender Einzelmensch erscheint, mit dem zusammen allein eine solche Lebensbewegung vollziehbar ist. Die Anonymität des Versicherungsträgers ist ja eine Hauptursache der Rechtsneurose und des seelischen Schadens, der in ihr gesetzt wird.

Es soll freilich nicht übergangen werden, daß z. B. nach einer Statistik von Levy-Suhl¹ die privatrechtliche Erledigung von Ansprüchen aus Unfall usw. sehr viel mehr Streitneurosen im Gefolge habe, als die im Rahmen der Sozialgesetze erfolgende. Gerade der eindeutig öffentlich-rechtlich festgelegte Anspruch der Sozialversicherung ist als entlastend, streitmildernd und gesund empfunden worden. Wir wollen dies nicht bestreiten. Aber wir dürfen auch nicht verkennen, daß der Schutz auf diese Weise ungeheuer weit, bis auf die kleinsten Bagatellschäden und bis zur Ausschaltung des kleinsten Stückchens Schicksal im Gebiete der physischen Integrität ausgedehnt wurde. Es ist, von hier aus betrachtet, kein Verdienst der Erziehungskunst, wenn das Kind nicht schreit, nur weil ihm die Flasche stets pünktlich gereicht wird. Kein Vernünftiger wagt heute noch, darum die Sozialversicherung in Bausch und Bogen wegfegen zu wollen. Aber in ihrer Durchführung sind zwei Dinge anders als bei ihrer Einführung vor 50 Jahren: einerseits das Anschwellen der Verwaltungsbürokratie und andererseits die psychisch-soziale Wandlung des Versicherten. Der deutsche Arbeiter von 1930 ist, es läßt sich hier nur andeuten, im Wandel begriffen und erträgt die obrigkeitliche Erledigungsform zwar in seiner Partei, aber nicht ebensogut aus den institutionellen Organen des Staatsganzen. Und es ist manches, was wir Sozialneurose hier nennen, erst recht verständlich als Entwicklungs-krankheit einer ganzen Schicht und eines Typus, in dessen Psyche die Lebensformen von Arbeiter und Bürger im Kampfe liegen. Die Betrachtung liegt nahe, und wir müssen diese Folgerung ziehen: was die Klinik Neurose, was die Sozialmedizin Rechtsneurose nennt, das ist nur eine spezielle Anwendung, eine notwendige, aber doch eine untergeordnete Szene aus dem großen Geburtsakt einer neuen Gesellschaft.

Wir haben den rechtsneurotischen Zustand als einen definiert, in dem das Rechthabenwollen ohne die Fähigkeit der Rechtserkenntnis gegeben ist, wobei die unauflöslische Spannung zwischen bestehendem Recht und höherer Gerechtigkeit uns mahnt, den Fluß des Lebens nicht in ein reines Rechtsgeschehen einzuzwängen. Man darf aber erwarten,

¹ In „Die Unfallneurose“, herausgegeben von Riese (Hippokrates-Verlag 1929).

daß wir unsere Ansicht von der Neurose auch in der Richtung entwickeln, welche durch dieses Auseinanderfallen von Wollen und Erkennen bereits angedeutet ist: auch die Kluft zwischen Wollen und Vollbringen ist beim Neurotiker schwerer zu verstehen und zu deuten als beim Gesunden. Dies wurde schon bei der Frage des Arbeitswillens gestreift, und die zwei Verhaltensweisen: Rechtswille und Arbeitswille gehören gerade bei der Arbeitsneurose eng zusammen. Die geläufigen Sätze, mit denen der Neurotische seine Selbstauffassung ausdrückt, und mit denen er charakteristischerweise oft ungefragt vorbricht, sind: „ich würde arbeiten, wenn ich könnte“; „ich will mich doch nicht drücken von der Arbeit“; „früher, vor dem Unfall, war ich doch gesund“. Die medizinische Psychologie setzt dem entgegen — je nach der Stellungnahme des Gutachters zum Problem —: „er könnte, aber er will nicht“; „er will Geld, ohne dafür zu arbeiten“ oder „er hat einen Mangel an Gesundheitsgewissen“ oder „sein Wille ist gespalten in eine Tendenz zum Nichtstun oder zum Kranksein oder zur Rente und eine Tendenz zur Gesundheit und Arbeit“ oder „er hat (mehr oder weniger) unbewußte Wünsche der ersten Art“ oder „er könnte, wenn er wollte, aber er kann nicht wollen“. In jedem Falle also liegt eine moralische oder psychologische Kritik der Aussage des Neurotikers vor, und von hier aus wird auch dessen Vorpellen mit Selbstverteidigung als eine Regung von Selbstkritik (*qui s'excuse s'accuse*) beurteilt. Wogegen wieder zu fragen ist, ob der Neurotiker in diese Verteidigungsstellung nicht eben durch die Kritik seiner Mitmenschen gedrängt wurde. Nicht nur Ärzte und Gutachter, auch seine Kollegen unter den Arbeitern sehen nicht selten in ihm nur den Drückeberger. Er aber findet immer auch Gesunde, welche seine Selbstauffassung nicht kritisieren, sondern teilen, so z. B. Ehegatte, Hausarzt, Rechtsanwalt, Parteigenosse, Reichsbund. Gewiß ist, daß in dieser Frage der Arbeitswilligkeit fast immer schon ein Verhältnis von Druck und Gegendruck vorgegeben ist, welches, wo nicht schon im Entschenden, so sicher im weiteren Verlauf, in ein moralisches oder moralisierendes Kämpfen ausläuft. Und der größte Moralist ist gewöhnlich der Neurotiker selbst. Unter diesen Umständen kommt es dahin, daß viele Ärzte die Arbeitsunfähigkeit nicht aus der Neurose ableiten, sondern die Diagnose Neurose (oder Simulation) aus der fehlenden Arbeitswilligkeit ableiten. Da es den meisten gesunden und ungefährdeten Menschen versagt ist, sich in die Bildung hysterischer Symptome einzufühlen und das neurotische Verhalten einigermaßen zu verstehen, so ist nun die soeben geschilderte Kampfsituation gar nicht überraschend. Aber sie ist auch nicht harmlos.

Politische Kraftlinien ziehen von dieser Kontroverse über Arbeitswille und Arbeitsmoral hinein in die gesetzgebenden Körperschaften und in die Gerichtssäle. Unnützlich, zu leugnen, daß auch die Stellungnahme der Ärzte und der Gutachter aus einer bald mehr weltanschaulichen, bald mehr politischen Grundhaltung beeinflußt ist. Dazu kommt, daß für zahlreiche Ärzte aus der Gutachtertätigkeit eine wesentliche Einnahmequelle fließt. Auch wo der Arzt in strengster Unabhängigkeit zu urteilen sich bestrebt, ist es ihm doch schwer gemacht, das ganze System des Erledigungsverfahrens anzugreifen, von dem er nun einmal lebt.

Alle diese Momente müssen, da sie selbst willensmäßiger Natur sind, dahin wirken, daß eine Diskussion der Begriffe „Arbeitswille“, „freie Willensbestimmung“, „adäquate Ursache“ hier schwer in Fluß kommt. Andererseits ist die Erörterung gerade in der Sozialpolitik noch relativ weniger belastet als auf dem Gebiete des Straf- und des Zivilrechtes, wo die traditionelle juristische Begriffsbildung eine lange Geschichte und eine unverhältnismäßige Sprödigkeit besitzt. Immerhin stammen auch die Denkformen der meisten Psychiater deutlich aus jener überlieferten Psychologie ab, die ganz ebenso wie die der Rechtslehre letzten Endes säkularisierter Theologie entstammt¹. So kommt es, daß, was ursprünglich das Verhältnis des Menschen zu Gott ausdrückte: die Möglichkeit des Wunders, die Möglichkeit des freien Hineinwirkens göttlicher Akte in den Menschen und die Möglichkeit seiner freien Willenserhebung zu Gott, nun zu einer rein anthropologischen Bestimmung wurde: der in Raum und Zeit gebundene Mensch hat Vernunft, besitzt als Person den freien Willen. Besitzt er ihn nicht, so ist er ein Stück Natur und nicht mehr Person im juristischen oder psychologischen Sinne². Dem entspricht das scharfe Entweder-Oder der „Zurechnungsfähigkeit“ und die Unmöglichkeit, die empirisch gegebenen Zwischenstufen zwischen Vollbesitz des freien Willens und Verlust dieses freien Willens in Psychologie und Rechtsbegriff anders einzugliedern, als durch Schaffung eines dritten, wiederum abgesonderten Typus „verminderter Zurechnungsfähigkeit“. Für eine dynamisch lebendige Willenslehre, welche den menschlichen Willen als eine in beständigem Wandel sich bewegende Funktion betrachtet, ist hier kein Platz übrig. Und doch ist die ganze Breite der Normalität wie Abnormalität nun gerade als ein

¹ Vgl. Carl Schmitt: Politische Theologie S. 37, 1922: „Alle prägnanten Begriffe der modernen Staatslehre sind säkularisierte theologische Begriffe“.

² Eugen Rosenstock: Industrierecht, S. 107ff., 1926. Berlin und Breslau: H. Sack Verlag. Dort besonders auf S. 170ff.: Begriff des Kraftrechts.

Zustand veränderlich-beschränkter Willensfreiheit zu bestimmen. Die Folge ist, daß im Sollbegriff des Richters und im Istbegriff des wahrhaft psychologischen Gutachters zwei inkommensurable Reiche einander gegenüberstehen, die überhaupt niemals auf intellektuellem Wege einander koordiniert werden können, sondern stets nur durch einen Akt der praktischen Vernunft, was so viel heißt wie: durch vernunftbestimmte Praxis.

Wir können in physischer Lebensgefahr mehr in einer und weniger in anderer Richtung wollen, als wenn wir in keiner solchen Gefahr sind. Es gibt aber nicht nur physische, sondern auch moralische oder geistige Lebensgefahr, und jede dieser Situationen bringt für den in ihr Befangenen ein neues Verteilungsbild dessen, was er wollen kann, und dessen, was er nicht wollen kann. Wenn es im Hause brennt, kann man einen Sprung in 10 m Tiefe wollen, was man sonst nicht wollen kann. Ich kann höchstens imaginieren, ich könnte es immer wollen; aber der Wille als Akt entsteht nicht in mir. Andererseits kann man, wenn es brennt, kein Gedicht auswendig lernen wollen, was man sonst kann. Das situative Verteilungsbild des Wollenkönnens erfährt nun in denjenigen Fällen, die wir mit Erfolg behandeln, jene charakteristische Umgestaltung, der zufolge ein Mensch eventuell sogar trotz gleichbleibender äußerer Situation etwas wollen kann, was er vorher nicht wollen konnte, und zwar im Gefolge einer Umgestaltung seiner inneren Situation in Richtung auf Beherrschen oder Ertragen der äußeren Situation. Hieraus ergibt sich, daß die Willensverfügung jedes gesunden Menschen eine funktionale Beziehung zu seiner jeweiligen Situation hat; nur für eine gegebene Situation läßt sich überhaupt eine durchschnittliche Verfügungsgrenze zwischen dem Bereiche des Wollenkönnens und Nichtwollenkönnens angeben. Insofern kann man sich so ausdrücken, daß man sagt, der normale Mensch sei ein im Zustande „beschränkter Willensfreiheit“ Befindlicher: was für die forensische Psychiatrie sozusagen juristisch erfunden werden mußte, enthält gerade das, was für jeden wirklichen Menschen gilt, sei er gesund oder krank. An der Neurose oder Psychiatrie mußte das entdeckt werden, was eigentlich den wirklichen Menschen charakterisiert im Gegensatz zu seiner idealistischen oder naturalistischen Idee. Weder indeterministisch noch deterministisch ist der konkrete Mensch konstruierbar: sein Wille ist nur als gleitende Funktion darstellbar.

Für eine Bestimmung der Arbeitswilligkeit eines Menschen kann daher niemals von einer Alternative wie: willig oder unwillig, ausgegangen

werden, wenn nicht jedesmal hinzugesetzt wird: wer und zu welcher Arbeit. Um die Arbeitswilligkeit zweier Arbeiter zu vergleichen, bedürfte es gleichsam einer Transformationsgleichung, welche zwei verschiedene Situationen erst vergleichbar macht. Dabei ist seine Situation aber immer eine Relation von äußerer (psychischer) und innerer Situation. Ich darf hier anknüpfen an den Unterschied, den Bonhoeffer dahin formuliert, daß die sog. Rentenhysterie nicht schicksalmäßig wie organische oder traumatische Prozesse zustande kommt, sondern als verständlich psychologische Reaktion auf Lebensverhältnisse. Genau an diesem Punkte setzt nun die Auffassung ein, daß eben auch dies letztere, das hysterische Reagieren auf Lebensverhältnisse, in den Umkreis ärztlicher Aufgabe einbezogen werden kann und darf, wenn nämlich ein Erfolg zu erhoffen ist. Die verständlich-psychologische neurotische Reaktion auf Lebensverhältnisse enthält ebenfalls ein bestimmtes Quantum Unverständlichkeit und Schicksalhaftigkeit. Ob dieses Quantum physiologisch oder psychologisch zu definieren sei, ist eine untergeordnete Frage, wenn es sich darum handelt, in einem halb sozialisierten, halb manchesterlich-liberalen Staatsgefüge einer Krankheit entgegenzutreten, die heute für das Volksganze schwerer wiegt und das Individuum mehr belastet als die von der Hygiene zurückgedrängten bakteriellen Seuchen. Dies gehört hierher, weil diejenigen, welche die hysterische Reaktion nicht Krankheit nennen wollen, ihren Standpunkt damit verteidigen, daß es eine Privatangelegenheit sei, eine hysterische Reaktion zu haben. Ich würde umgekehrt sagen, daß dieses Reagieren überhaupt nur als eine aus den zwischenmenschlichen Beziehungen herzuleitende Krankheit, zu Ende gedacht überhaupt eine Krankheit nicht der Individuen, sondern der Beziehungen von Individuen, also ein gesellschaftliches Phänomen erster Ordnung sei und damit auch öffentlicher als irgendeine andere Krankheit. Das neurotische Verteilungsbild des Wollenkönnens ist also überhaupt in erster Linie ein soziologisches, und zwar sozial-pathologisches Phänomen. Unsere Neurotiker sind in der Tat ein Phänomen gesellschaftlicher Krankheit, und eben darum müssen ja die individual-psychologischen Begriffe an ihnen scheitern¹.

¹ An diesem Punkte tritt der Unterschied der heutigen Lage von der der Vorkriegsdiskussion scharf hervor. Für diese vergleiche man die ausgezeichnete Schrift von Ludwig Bernhard: Unerwünschte Folgen der deutschen Sozialpolitik (Berlin: Julius Springer 1912). Dort auch zahlreiche Hinweise auf die ältere medizinische Literatur.

7. Ärztliche und sozialpolitische Folgerungen.

Wenn es also juristisch falsch, aber sozialpolitisch richtig sein kann, diese Krankheiten auf Kosten der Versicherung zu behandeln, so ist doch nicht zu übersehen, daß der Gegenstand der Behandlung nicht nur die Krankheit des Individuums, sondern die der Sozialpolitik selbst und ihrer bürokratischen Handhabung sein muß. Und es ergibt sich die Frage, in welcher Weise der Aufbau des Gesetzes der Sozialversicherung selbst Gegenstand werden kann. Soviel scheint gewiß: die individuelle Therapie würde, auch wenn sich ihre Durchführung sehr weit ausdehnen, verbilligen und vereinfachen ließe, sich zur Sanierung der Sozialpolitik verhalten wie die individuelle Pestbehandlung zur Hafens- und Grenzkontrolle gegen Pesteinschleppung. Nur liegen bei der Sozialneurose die Verhältnisse anders: die beiden wichtigsten Entstehungsbedingungen äußerer Art sind gewissermaßen ubiquitär: die Form der Sozialversicherung und die falsche Behandlung durch Ärzte.

Als Ergebnis unserer Untersuchungen ergibt sich zu dem ersten dieser Punkte folgendes:

1. Das heute übliche Verfahren der Beurteilung und Begutachtung Sozialversicherter ist auf eine Feststellung des Krankheitsstatus und der Krankheitsursachen aufgebaut. Das dem Sinne des Gesetzes entsprechende Urteil müßte aber auf eine Feststellung der Arbeitsfähigkeit aufgebaut sein. Es ist aber objektiv unmöglich, aus einem Krankheitsstatus auf eine Arbeitsfähigkeit zu schließen. Folglich bedarf es der Ausarbeitung von Methoden zur Feststellung der Arbeitsfähigkeit eines Menschen; wir besitzen bisher keine solche.

2. Die Beurteilung der Krankheitsursache bei Unfällen rein nach den Veränderungen des Körpers und der Seele aus der Kausalität des Trauma entspricht nicht dem Geiste einer Sozialpolitik, welche dem Versagenden und Arbeitsunfähigen helfen will. Denn einmal sind diese Veränderungen kein Maßstab der Arbeitsunfähigkeit (sub 1) und zweitens wirkt sich ein Trauma über diese Kausalfolgen hinaus in der Herbeiführung einer Notlage aus, welche nicht kausal, sondern sozial entsteht (Stellenverlust, neurotische Umstimmung, Konflikte usw.), ohne daß in der Mehrzahl der Fälle der Verletzte dafür verantwortlich ist.

3. Das adäquate Verfahren zur Behebung dieser Notlage kann niemals in einer Geldzuwendung bestehen, sondern in einer Behebung der seelischen Umstimmung zusammen mit einer Wiederherstellung der angemessenen Arbeitsgelegenheit — nicht einer Ausgleichung der ge-

minderten Arbeitsfähigkeit durch Geld. Wir müssen also statt die sozialneurotische Insuffizienz zu berenten, ihr eine Gelegenheit zur Umstellung durch Behandlung, statt eines Ausgleichs durch Rente ihr eine Gelegenheit zur Arbeit geben.

4. Wenn eine dieser beiden Erledigungen oder beide versagen, so hat die Behandlung zu ergeben, daß entweder 1. fortdauernde Arbeitsunfähigkeit oder 2. Arbeitsunwille oder 3. Arbeitsfähigkeit mit Arbeitslosigkeit vorliegt. Im ersten Falle ist Rente zu gewähren, im zweiten Falle hat ein Zwangsverfahren einzusetzen, im dritten aber eine Arbeitslosenunterstützung. Eine gesunde Sozialpolitik kann keine dieser drei Formen der Erledigung entbehren. Aber sie kann sie auch nicht richtig durchführen, wenn Unfall-, Kranken- und Invalidenversicherung und Erwerbslosenversicherung nicht durch eine Organisation (z. B. Arbeitsgemeinschaft) zusammengefaßt sind; jedenfalls so zusammen arbeiten, daß ein Gegeneinanderarbeiten der Institute ausgeschlossen und dadurch ein Zwangsverfahren, wo nötig, eingeschlossen ist. Eine Sozialversicherung ohne Zwangsverfahren ist ebenso unhaltbar, wie ein Zivil- oder Strafrecht ohne Exekutive.

5. Es ist also sozialpolitisch sinnlos, die körperlichen Krankheitsveränderungen und nicht die Arbeitsunfähigkeit zur Grundlage der Versicherung zu machen. Es ist ferner sozialpolitisch sinnlos, der körperlichen Insuffizienz einen Vorzug vor der Realinsuffizienz der Gesamtperson zu geben. Es ist sozialpolitisch sinnlos, die Arbeitsunfähigkeit mit Geld auszugleichen, statt die verbliebene Arbeitsfähigkeit zu nutzen. Es ist endlich sozialpolitisch sinnlos, einen schlechthin unberechtigten Versicherungsanspruch in einem Institut zu negieren, wenn er im anderen Institut wieder bejaht wird; es ist eine Versicherung sinnlos, wenn ihre Limitierung nicht durch gesetzliche Exekutive auch verwirklicht wird. Die Exekutive muß in einer unbedingt vollstreckbaren Entziehung von Unterstützung und in einem Arbeitszwang bestehen.

Wir glauben in dieser Abhandlung definiert zu haben, wo diese Exekutive einsetzen darf und wo nicht. Wir halten den Neurotischen für kein geeignetes Objekt eines Zwangsverfahrens, glauben aber, daß der gegenwärtige Mangel an gewissen Exekutivmöglichkeiten Neurose mehr erzeugt als verhindert. Wir verlangen daher einerseits eine sehr starke Exekutive, zugleich aber mit ebenso großem Nachdruck Maßnahmen, welche die Exekutive unnötig machen.

Die falsche Behandlung der irgendwie bedingten Insuffizienz durch den Arzt ist die den Mängeln der Sozialgesetzgebung und ihrer Hand-

habung ebenbürtige Entstehungsbedingung der sozialen Krankheit. Wenn ein Ergebnis unserer Untersuchungen eindeutig ist, so ist es nicht nur die Überlegenheit der psychotherapeutischen und situationstherapeutischen Methode, sondern auch die Schädlichkeit der „internistischen“, der physikalischen und chemischen Therapieformen bei Sozialneurosen. Es kann heute als eine der schwerwiegendsten Irrtümer der Medizin bezeichnet werden, daß sie diese ihre Therapieform ausgedehnt hat auf das Gebiet, welches hier erörtert wurde. Zwar ist auf die iatrogenen Neurosen und die Krankheitszüchtung durch den Arzt von vielen Seiten hingewiesen worden. Aber durch die weitgehende Ablehnung der Psychoanalyse und ihrer Abzweigungen durch die akademische Welt und namentlich die Psychiatrie und die so entstehende Spaltung der Ärztwelt ist eine konsequente und allgemein anerkannte Umstellung der Behandlungsmethoden vorläufig verhindert worden, was durch die pessimistische Beurteilung oder Ablehnung jeder Behandlung nicht ausgeglichen wird.

Schwerer Schaden wird einem der Neurose zuneigenden Unfallkranken oder sonst organisch kranken Rekonvaleszenten zugefügt, wenn auf dem Wege über Krankheitsattest, Bromverordnung, Baden, Elektrisieren, Erholungsheim, „Schonung“, Gewährung von Invaliden-, Kranken- und Unfallrente usw. der Weg in die Neurose geebnet, ja suggeriert und manchmal aufgezwungen wird. Die Ermutigung zum Rentenantrag, zum Prozessieren ist an der Tagesordnung. Und während das Haftpflichtgesetz oft mit übertriebener Schärfe gegen den sog. ärztlichen Kunstfehler des Chirurgen oder Internisten vorgeht, ist die Schädigung des Patienten durch Neurosenzüchtung und die des Staates und der Versicherungsträger durch falsche Rentenbewilligung haftpflichtfrei. Dies liegt daran, daß es dem System der medizinischen Wissenschaft nicht gelungen ist, rechtzeitig das Wesen der Neurose nicht nur zu erkennen, sondern rechtzeitig auch eine soziale Situations-therapie vor das letzte ärztliche Urteil einzuschieben und so die richtige Behandlungsweise zu fordern. Man mag diese unglückliche Entwicklung historisch begreiflich finden: die Tatkraft, aus ihr die Folgerung zu ziehen, wird durch solches Begreifen abgeschwächt. Die Klage über die bedauerliche Auswirkung der Sozialpolitik genügt nicht, um dieses Verhängnis einer falschen Therapie, die eine Antitherapie ist, zu beseitigen. Sicher wird mit dem Eindringen des psychotherapeutischen Prinzips in die Gesamtmedizin eine ganz durchgreifende Umformung, ja ein teilweises Verlassen bestimmter Methoden der Psychoanalyse und

Psychagogik eintreten. Aber eines wird nicht verschwinden — und damit kehrt diese Darlegung zu ihrem Ausgangspunkt zurück —, es wird nicht mehr erlaubt sein, die Gesundheit eines Menschen zu verwechseln mit anatomischer und physiologischer Normalität von einzelnen Organen und Funktionen. Diese recht eigentlich hypochondrische Betrachtungsform verbündet den Kleinspezialisten einerseits mit einer einstmals großartigen wissenschaftlichen Idee, andererseits mit dem Patienten, der um jeden Preis ein Symptom behandelt haben will, um nicht die tiefere Wandlung seines Menschseins ertragen zu müssen, deren Signal das Symptom ist.

Kein Satz wurde daher so falsch angewandt, wie das alte „*mens sana in corpore sano*“. Er wurde zum Evangelium der Lebensängstlichen. Auf ihn einigen sich der der Naturwissenschaft hörig gewordene Arzt und der seinem Symptom hörige Patient mit dem Erfolge gegenseitiger und unbewußter Ausbeutung. Soll jener Satz einen Sinn behalten, so doch nur den, daß nur in einem gesunden, das heißt menschlich belebten und beseelten Leib die Leistungen des Verstandes, Gemütes, der Sinne und der Muskeln gesund sind. Das bedeutet aber das gerade Gegenteil der Interpretierung, wonach man dadurch geistig oder seelisch schon gesund sei, daß Verdauung und Sekretion normal sind. Die Gesundheit eines Menschen ist eben nicht ein Kapital, das man aufzehren kann, sondern sie ist überhaupt nur dort vorhanden, wo sie in jedem Augenblick des Lebens erzeugt wird. Wird sie nicht erzeugt, dann ist der Mensch bereits krank. Man kann den Sozialkranken daher auch als einen Menschen bezeichnen, bei dem die beständige Erzeugung der Gesundheit nicht mehr richtig erfolgt¹.

¹ Vgl. hierzu meine Darstellung der Allgemeinen Krankheitslehre der Neurosen in Krehl-Mehrings Lehrbuch der inneren Medizin, 16. Aufl., Bd. 2, S. 354—394. Vgl. hierzu ferner die in vielem verwandten Gedankengänge und praktischen Versuche von Pearse und Williamson, *The case for action*. London 1930. Dr. W. hat es von ähnlichem Standpunkt aus unternommen, die verloren gegangene Funktion des Hausarztes in einem Londoner Arbeiterbezirk in einer der Zeit angepaßten Form wieder herzustellen.