

Aus der Militär-Nervenklinik des VII. Armeekorps
„Mariahilf“ in Crefeld.

Zur Frage der Simulation bei Soldaten.¹⁾

Von Dr. G. Voss, Fachärztl. Beirat für Nervenkrankheiten.

Von verschiedenen erfahrenen ärztlichen Beobachtern wird übereinstimmend festgestellt, daß Simulation bei unseren Soldaten selten ist. Im großen Widerspruch dazu steht die Häufigkeit, mit der der Verdacht bewußter Uebertreibung und Vortäuschung von militärischen Vorgesetzten, aber auch von Aerzten ausgesprochen wird. An der Hand des Materials der Kölner Psychiatrischen Klinik und der Nervenklinik des VII. Armeekorps in Crefeld habe ich eine Zusammenstellung einer gewissen Zahl von Fällen versucht, die mit dem Verdacht der Simulation zur Beobachtung eingeliefert wurden.

Unter Simulation verstehe ich nur die zweckbewußte, entweder auf Dienstbefreiung oder auf Rentenerschleichung gerichtete Vortäuschung krankhafter Störungen durch ein psychisch gesundes Individuum. Aggravation ist dementsprechend bewußte Uebertreibung im Gegensatz zur krankhaften, der wir ja täglich bei sämtlichen Nervösen begegnen. Ich übergehe absichtlich die großen Schwierigkeiten dieser nicht immer einfachen Unterscheidung und verzichte auch auf jede Erörterung der einschlägigen Literatur.

Unter unseren Beobachtungsfällen lassen sich leicht drei Gruppen unterscheiden: 1. Psychosen, 2. Neurosen, 3. Organische Hirn- und Nervenkrankungen. Nicht selten finden sich Mischungen dieser Krankheitstypen.

Reine Psychosen bereiten der Beurteilung durch den Psychiater bei genügender Beobachtungsmöglichkeit meist geringe Schwierigkeiten.

Unter unseren Fällen, die zu Unrecht der Vortäuschung beschuldigt wurden, fand sich ein Hypomanischer, der durch Nörgeln und freches Auftreten sich unliebsam bemerkbar machte, dann ein beginnender Paralytiker, ein 43jähriger Mann. Wegen erhöhten Tätigkeitsdrangs, Andeutung von Größenideen usw. war er für einen Simulanten und Schwindler gehalten worden. Auch in der Klinik bereitete die Diagnose anfänglich Schwierigkeiten, klärte sich aber später einwandfrei. Ein wegen verschiedener Delikte zur Beobachtung eingelieferter Mann wurde von der Heimatbehörde als „großer Simulant“ bezeichnet, der nur darauf ausginge, seine Familie zu berauben und im Stiche zu lassen. Er erwies sich als stumpfer, schwachsinniger Mensch, bei dem die Diagnose mit großer Wahrscheinlichkeit auf Dementia praecox gestellt werden konnte.

Weit schwieriger gestaltet sich die Beurteilung angeborener oder erworbener moralischer Defekte bei pathologischen Schwindlern, degenerativen Hysterikern u. dgl.

Ein vielfach, auch mit Zuchthaus, vorbestrafter Querulant L. war beim Militär eingestellt, aber bald wieder entlassen worden wegen Tuberkulose. Auf eigenes Betreiben und mit Hilfe von Fälschungen wieder angenommen, kam er zur Fliegertruppe, mußte aber gleich wegen Lungenbeschwerden und Gehstörungen ins Lazarett aufgenommen werden. Er führte nun seine Gehstörung auf einen Sturz mit dem Flugzeug zurück und behauptete, der Flugzeugführer sei dabei zu Tode gekommen. Es ließ sich nun mit größter Wahrscheinlichkeit nachweisen, daß L. nie ein Flugzeug betreten hatte. Der Lazarettarzt hielt seine Gehstörung für simuliert. Die Beobachtung ergab ein organisches Rückenmarksleiden mit aufgelagerten hysterischen Symptomen neben einer querulatorisch-psychopathischen Anlage. In einem ähnlich liegenden Falle hatte ein Mann mit Lügensucht auf Grund angeborener degenerativ-hysterischer Anlage versucht, sich mehrfach nach angeblichen Unfällen Renten zu erschwindeln. Sein sonstiger Lebensgang bewegte sich zwischen offensichtlichen Betrügereien, mehr oder weniger groben Aufschneidereien (er hatte sich das Eisene Kreuz I. und II. Klasse zugelegt!) und nicht völlig aufgeklärten verbrecherischen Handlungen (Bigamie, Blutschande?). Hier konnte, trotz zweifellos bestehender krankhafter Anlage, doch der Nachweis geführt werden, daß er nicht triebartig, sondern durchaus zielbewußt log und schwindelte.

Bei anderen Fällen nachgewiesener Simulation fällt die Häufigkeit des gleichzeitigen Bestehens eines Schwachsinnes mäßigen Grades auf. Ich erinnere daran, daß wir auch bei traumatischen Neurosen nicht selten auf leichtere Formen von Schwachsinn stoßen. Hierin liegt der Grund für die Unfähigkeit dieser Neurotiker, die Nachteile des Rentenkampfes gegenüber den Vorteilen der Arbeit zu erfassen.

Ich wende mich zu den organisch Hirn- und Nervenkranken. Es ist eine traurige Tatsache, daß Schädelverletzte besonders häufig der Simulation oder Uebertreibung beschuldigt werden. Wie bitter ihnen Unrecht geschehen kann, lehren folgende Fälle:

M. erlitt eine Granatsplitterverletzung am Kopf, einen Bruch beider Arme und eines Unterschenkels. Nach Heilung der Verletzungen bestanden noch erhebliche nervöse Beschwerden, Kopfschmerz und Schwindel. Auf Grund längerer Beobachtung wurde von psychiatrischer Seite Uebertreibung angenommen und M. als feldfähig zur Front geschickt, wo er sofort wieder im Lazarett landete. Später kam er zur Beobachtung nach Köln wegen Simulationsverdachts. Es fand sich einseitige Steigerung der Sehnenreflexe, Pulsbeschleunigung, auf psychischem Gebiet Merkstörung, erschwerte Wortfindung, lange Assoziationszeiten. Außerdem psychogener Schlottergang. Die Röntgenaufnahme ergab zwei Splitter im Schädeldach. Von bewußter Uebertreibung konnte bei dem schwer geschädigten Manne keine Rede sein.

Krankheitsvortäuschung und Rentenerschleichung wurde dem Soldaten Sch. vorgeworfen. Er war angeblich nach einer Schädelverletzung ertaubt und hatte nachgewiesenermaßen versucht, auf dem anderen gesunden Ohr Schwerhörigkeit vorzutäuschen. Nach Ausmeißelung einer im Schläfenbein festgestellten Schrapnellkugel änderte sich der Charakter des vorher als verschlossen und unwahr geschilderten Kranken völlig, doch bestanden Schwindelanfälle und Kopfschmerzen fort, sodaß der Mann als dienstuntauglich entlassen werden mußte. Auf diese Charakteränderung infolge von Schädelverletzung und ihr Schwinden nach Operation möchte ich besonders hinweisen.

Noch tragischer berührt der Fall eines kriegsfreiwilligen Unterprimans K., der im Dezember 1914 durch Granatsplitter an der linken Gesichtshälfte verletzt und verschüttet wurde. Das linke Auge erblindete und mußte wegen Gefahr sympathischer Ophthalmie enukleiert werden. Nach allmählicher Besserung kam er zum Ersatz-Truppenteil, dort ließ er sich allerlei dienstliche Vergehen zuschulden kommen, lief ohne Erlaubnis aus der Kaserne fort usw. Erst wurde er mehrfach bestraft, dann zur Beobachtung in die Kölner Klinik geschickt. Hier zeigte das Röntgenbild 16 Splitter in der Augenhöhle und den benachbarten Teilen (Stirnhirn!). Er litt an periodischem Kopfschmerz und hatte keine klare Erinnerung an sein Fortlaufen. Wegen Verdachts auf sich entwickelnde Epilepsie wurde er dienstuntauglich entlassen.

Bei der Beurteilung der reinen Neurosen ist zu beachten, daß auch hier bei eingehender Untersuchung die Psyche sich oft als verändert erweist.

Ein 18jähriger Kriegsfreiwilliger V. hatte kurz vor dem Kriege einen Sturz erlitten, wobei er anscheinend den Schädel verletzte. Im Dezember 1914 hatte er sich eine Verletzung des linken Vorderarmes zugezogen; seine Angaben darüber lauteten sehr widersprechend: bald wollte er beim Sturmangriff in einen Graben gestürzt sein und dabei den Arm gebrochen haben, bald hatten Steine von einem zusammenstürzenden Hause seinen Arm zerschmettert. Seit der Zeit bestand eine Lähmung des linken Vorderarmes mit Kontraktur in Pfötchenstellung. Das Röntgen-

¹⁾ Vortrag, gehalten in einer Versammlung der nervenärztlich tätigen Militärärzte des VII. Armeekorps am 24. VI. 1916 zu Bonn.

bild zeigte einen völlig intakten Knochen. Bei meiner ersten Untersuchung im Mai 1915 fand ich nur eine leichte Herabsetzung der Empfindung an der Ulnarseite, sodaß ich damals an eine Ulnarisverletzung dachte, obwohl keine erheblichen Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit bestanden. Sechs Monate später wurde V. uns unter dem Verdacht der Simulation überwiesen. Die Kontraktur hatte sich inzwischen gelöst, es bestand eine typisch hysterische Lähmung mit allen Zeichen der Neurose. Da alle Heilversuche scheiterten, leitete ich das Entlassungsverfahren ein. Erst sechs Monate später ist anscheinend die Entlassung erfolgt, nachdem V. noch verschiedentlich kommissarisch untersucht worden war. Hier hatten die offenbar unrichtigen Angaben über die Entstehung der Lähmung den Verdacht der Simulation wachgerufen, er war aber objektiv nicht begründet, denn es lag Hysterie vor.

Ein anderer Hysterischer, der seit Monaten in verschiedenen Lazaretten mit psychogener Gehstörung herumgelegen hatte, wurde uns als simulationsverdächtig zugewiesen. Bei der ersten Untersuchung behauptete er, weder gehen noch stehen, auch die Arme nicht heben zu können. Auf energisches Vorhalten schwanden alle diese „Lähmungen“, es blieb aber eine geringe Bewegungsbeschränkung des einen Beines, die durch Reflexherabsetzung und Umfangsverminderung sich als organisch bedingt erwies. Das rasche Verschwinden der Störungen braucht nicht, wie in diesem Falle, auf absichtliche Uebertreibung hinzudeuten, es kann eine Folge der hysterisch-hypochondrischen Vorstellung vom Nichtkönnen entspringen, die manchmal durch unzweckmäßige Behandlung geradezu großgezogen wird.

Der Wehrmann M., seit Beginn des Krieges im Felde, wurde im September 1915 verschüttet, seitdem litt er an Ohnmachtsanfällen, lag in verschiedenen Lazaretten, machte in Lindau einen anfänglich für hysterisches Fieber gehaltenen Typhus durch, kam dann zu uns ins Heimatlazarett. Er war nicht imstande zu stehen, fiel in typisch hysterischer Weise hin, wenn man ihn zum Gehen zwang. Nach eingehender Untersuchung wurde ihm energisch erklärt, es sei kein Grund vorhanden, die bisher durchgeführte Bettbehandlung fortzusetzen, er könne stehen und gehen. Das wirkte wie ein Wunder, — vom zweiten Tage seines Lazarettaufenthalts bei uns ging er nicht nur umher, sondern putzte unermüdlich Türen und Fenster. Wenn man aber annehmen wollte, daß er infolgedessen etwa als genesen anzusehen sei, so wäre das ein schwerer Irrtum: die psychische Untersuchung ergab schwere Defekte des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, er litt an Schließmuskelschwäche, sodaß er mitunter nicht imstande war, den seit dem Typhus noch immer dünnflüssigen Stuhl zurückzuhalten. Hier ließ sich also ein sehr im Vordergrund stehendes Symptom leicht durch Wachsuggestion beseitigen, die schwere Erkrankung der Gesamtpersönlichkeit blieb aber bestehen. Das hebe ich hervor gegenüber den Mitteilungen Kaufmanns, die bestechend klingen, aber einer strengen Nachprüfung kaum standhalten werden. Wunderheilungen kennen wir schon von Lourdes her, darin ist die Hysterie unserer Krieger genau der Hysterie vor dem Kriege gleich.

An einigen Beispielen habe ich versucht, Ihnen unsere Erfahrungen zu schildern. Wie bei der Zivilbevölkerung im Frieden, so kommt auch jetzt im Kriege bei Soldaten Simulation und Aggravation vor. Um sie zu erkennen, bedarf es gründlicher Untersuchung und meist auch Beobachtung. Man sollte sich hüten, den Verdacht der Simulation ohne sehr schwerwiegende Gründe auszusprechen. Das endgültige Urteil sollte nur auf die Kenntnis der Gesamtpersönlichkeit des Untersuchten sich stützen. Es gibt keine Methoden, die eine sichere Erkennung der Simulation ermöglichen, denn Hysterische und Simulanten verhalten sich den üblichen Proben gegenüber gleich. Noch weniger leistet das tatbestandsdiagnostische oder „psychoanalytische“ Verfahren. In der Hand des Nichtpsychiaters führt es zu gefährlichen Trugschlüssen. Auf Grund zehnjähriger Erfahrung mit dem Assoziationsverfahren kenne ich die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit und betrachte es nur als eine der vielen Methoden, die uns Einblick in den komplizierten Mechanismus seelischen Geschehens verschaffen.

Wenn nur eine sachgemäße Untersuchung und Beobachtung die Annahme der Simulation erweisen kann, so erscheint es wünschenswert, sämtliche simulationsverdächtigen Fälle fachärztlicher Entscheidung zuzuführen.

Zusammenfassung. 1. Unter unseren Soldaten ist Simulation verhältnismäßig selten, häufiger kommt Aggravation (Uebertreibung) vor.

Geringe Grade angeborenen Schwachsinn scheinen der Entwicklung von Täuschungsabsichten förderlich zu sein.

2. Unter vielen als simulationsverdächtig zur Untersuchung und Beobachtung gelangenden Leuten erweisen sich nur wenige als echte Simulanten. Krankhafte Uebertreibung

findet sich häufiger als bewußte. Man sollte deshalb mit dem Verdachte der Simulation zurückhaltender sein, insbesondere Leuten gegenüber, die sich im Felde bewährt oder Wunden davongetragen haben.

3. Besondere Vorsicht ist Schädelverletzten gegenüber geboten, deren Charakter nicht selten durch die Hirnstörungen ungünstig beeinflusst wird. (Vgl. den epileptischen Charakter!)

4. In allen simulations- oder aggraviationsverdächtigen Fällen ist fachärztliche Untersuchung oder gegebenenfalls Beobachtung zu veranlassen. Die Entscheidung sollte nur auf Grund eingehender Kenntnis der Gesamtpersönlichkeit des Verdächtigen gefällt werden.

5. Auch diese Untersuchungen sollten zu den Aufgaben schon jetzt zu schaffender und für die Friedenszeit berechneter Beratungsstellen gehören.