

Die sogenannte Rentenneurose.

Dr. med. Werner Köpp und Prof. Dr. med. Hans Henning Studt

Einleitung

Nach Auskunft des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger¹ erhielten 1997 mehr als 265.000 Personen eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Erkrankungen von Skelett, Muskeln und Bindegewebe stellen anteilmäßig mit 26% die stärkste und psychische Erkrankungen mit 21% die zweitstärkste Diagnosehauptgruppe dar (noch vor den Herz-Kreislauferkrankungen mit 17%). Zur Gruppe mit psychischen Erkrankungen gehören auch jene Patienten, deren seelische Störung mit dem neurotischen Anliegen einhergeht, die Gewährung einer Rente zu erreichen.

Im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung spielt die ätiologische Zuordnung bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit eines neurotischen Rentenbewerbers juristisch meistens eine untergeordnete Rolle. Dagegen muß im Bereich der Unfallversicherung dargestellt werden, daß die Manifestierung - bzw. die Verschlimmerung - einer neurotischen Störung durch das Unfallereignis verursacht wurde, um eine Leistungspflicht des Versicherungsträgers zu bejahen. Sowohl für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung als auch für den Bereich der Unfallversicherung ist allerdings zur Feststellung oder zum Ausschluß der Leistungspflicht eine fachärztliche, neurosenpsychologische Diagnostik unerlässlich.

Im Bereich des Ehegattenunterhaltsrechts kann es zudem zu einer besonderen Schwierigkeit kommen: Der unterhaltsberechtigte, verlassene Partner entwickelt im Rahmen unbewußter Rachefantasien finanzielle Kompensationswünsche, die sich möglicherweise durch eine Krankheit, die mit Erwerbsunfähigkeit einhergeht, realisieren lassen. Zu einer ähnlichen Situation kann es kommen, wenn der unterhaltspflichtige frühere Ehepartner nach der Scheidung Tendenzen entwickelt, sich der Zahlungspflicht zu entziehen.

Auch in diesem Fall gilt, daß - vor allem dann, wenn relevante körperliche Krankheitsbefunde fehlen - eine neurosenpsychologische Abklärung erfolgen muß. Wenn es sich nicht um eine

¹ Internetadresse: <http://www.vdr.de>

Simulation handelt, sondern um ein wirkliches unbewußtes seelisches Bedürfnis im Rahmen einer Neurose, dann findet man neurosenpsychologisch, daß die neurotische Störung *latent* bereits langjährig bestand und erst unter der Bedingung der Trennung vom Partner *manifest* geworden ist. Die Trennung wäre dann die sogenannte “Auslösende Situation”. Liegt der Schwerpunkt des Leidens - vor allem bei verlassenen Partnern - auf einem Mangel an Bewältigungsstrategien in der schwierigen Lebenslage, so ist die therapeutische Beeinflußbarkeit (z.B. im Rahmen einer stationären Psychotherapie) meistens relativ günstig.

“Rentenneurose” - ein problematischer Begriff

Eine *Neurose* liegt dann vor, wenn eine gestörte *Erlebnisverarbeitung* zu *abnormem Verhalten* oder zu *pathologisch veränderten somatischen Funktionsabläufen* geführt hat. Die neurotische Symptomatik ist also gekennzeichnet durch seelische Fehlhaltungen (hinsichtlich Erleben und/oder Verhalten), die sich auf eine Fehlentwicklung zurückführen lassen. Der Zusammenhang ist dem Leidenden meistens unzureichend einsichtig bzw. sogar völlig unbewußt. Ursachen und Bedingungen für die Entwicklung einer Neurose reichen in der Regel bis in die Kindheit zurück..

Die Schwierigkeit besteht nun darin, daß bis heute dem Begriff “Rentenneurose” die über viele Jahre in der Medizin geprägte Vorstellung anhaftet, daß es sich nicht wirklich um eine Neurose handelt, sondern um eine Art zweckbedingter Simulation. Winckler (1998) hat darauf hingewiesen, daß es bislang keine einheitliche Terminologie gibt, die eine Definition des Begriffs “Rentenneurose” konstituiert. Geht man von der psychodynamischen Krankheitslehre aus, so ist der (neurotisch bedingte) Wunsch nach einer Rente eines von mehreren möglichen Symptomen. Gäbe es seitens der Versicherungen und der Rechtssprechung nicht die Forderung danach, die Medizin wäre auf den Begriff der Rentenneurose nicht angewiesen. Beim neurotisch begründeten Rentenwunsch handelt es sich nämlich nicht - wie der Begriff “Rentenneurose” suggeriert - um eine besondere Neuroseform, sondern lediglich um ein Symptom, das bei unterschiedlichen Neurosestrukturen auftreten kann.

Bezeichnenderweise wurde auch kein spezieller Neurosebegriff für jenen Patientenkreis geschaffen, der aus neurotischen Gründen die Beantragung einer Rente ablehnt, obwohl

möglicherweise ein berentungswürdiges körperliches Gebrechen vorliegt. So erinnern sich die Autoren an folgenden Fall: Eine 50 jährige Patientin - selber Ärztin - litt unter einem über Jahre langsam fortschreitendem Nierenversagen. Als nun anstand, daß sie mindestens drei mal wöchentlich zur Blutwäsche gehen müßte, wurde internistisch untersucht, wie einschränkend die Folgen des Nierenleidens für ihr Erwerbsleben bereits geworden sind. Um weiterhin erwerbstätig bleiben zu können, verleugnete sie sämtliche Fragen, die hinweisend auf ihr tatsächliches Beschwerdebild gewesen wären, um weiterhin berufstätig sein zu können.

Historisches über den Umgang mit neurotischen Rentenwünschen

Hausotter (1997) zeigte, daß der technische Fortschritt im 19. und 20. Jahrhundert zu einer ganz neuen Form von Unfällen und berufsbedingten Erkrankungen (z.B. des Betriebspersonals) führte, die zunächst das Eisenbahnwesen betrafen. Das führte in Preußen schon 1838 und dann im Deutschen Reich 1871 zu einer entsprechenden Haftpflichtgesetzgebung. Wie heute – nur mit weitaus geringeren technischen Ressourcen – standen die medizinischen Gutachter auch damals vor dem Problem, sowohl das Vorhandensein als auch die Bedeutung einer bestimmten Schädigung festzustellen und entsprechende ursächliche Zusammenhänge plausibel darzulegen. Im Zusammenhang mit dem Eisenbahnbetrieb gingen im 19. Jahrhundert zudem noch sehr viele Mediziner von einer ausschließlich körperlichen Verursachung auch bei jenen Krankheiten und Störungen aus, die wir heute als psychogen betrachten müssen (z.B. Hysterie). Tatsächlich befürchteten seinerzeit viele Ärzte, daß die damalige Höchstgeschwindigkeit der Eisenbahnzüge von 35 Stundenkilometern schwerwiegende Nervenschädigungen im Gehirn und im Rückenmark hervorrufen würde.

Hausotter (1997) zeigt durch Gutachtenauschnitte, daß es immer häufiger zu Begutachtungen kam, bei denen eine *Simulation* angenommen wurde, also eine mißbräuchliche Inanspruchnahme des Gesetzes. Der o.g. Neurosebegriff war damals allerdings noch nicht allgemein akzeptiert.

Wie schwerwiegend aber die Nichtunterscheidung zwischen Simulation und Neurose war, zeigte sich in großem Umfang spätestens nach dem Ersten Weltkrieg, fast drei Jahrzehnte nach der Publikation der ersten psychoanalytischen Werke Sigmund Freuds: 1920 setzten die

österreichischen Militärbehörden eine Untersuchungskommission ein, die die Rechtmäßigkeit der Elektroschock-Anwendung bei Soldaten mit sogenannten Kriegsneurosen klären sollte. In seinem Gutachten vom 23.2.1920 konnte Freud darstellen, daß es sich hierbei fast nie um die unterstellte Simulation, sondern um einen unbewußten Konflikt zwischen dem Selbsterhaltungstrieb und dem Pflichtgefühl bzw. der anezogenen Gehorsamshaltung handelte, der zu einer Konversionssymptomatik (Lähmungen und Zittern) geführt hatte (s.a. Jones 1957/1984, 36). Die seelisch bedingte, aber körperlich zum Ausdruck gebrachte Symptomatik diente dem weitgehend unbewußten Bedürfnis, sich der lebensbedrohlichen Kriegsgefahr zu entziehen. Nur Androhung und Anwendung von Elektroschocks führten dazu, daß bei vielen Soldaten durch die Furcht vor dem elektrischen Strom die Angst vor der Rückkehr an die Front und die damit verbundene Symptomatik kurzfristig sistierte, um wenig später in voller Stärke erneut aufzutreten.

Dieser Exkurs zu den sogenannten Kriegsneurosen ist auch für die Diskussion um sogenannte Rentenneurosen relevant: Es sollte an einem Extrembeispiel gezeigt werden, wie inhuman sich die Gleichsetzung von Simulation und Neurose auswirken kann. Begrifflich geht es letztlich auch darum, ob die medizinischen Gutachter das mittlerweile als valide erwiesene Konstrukt - “unbewußter Konflikt” – akzeptieren können oder nicht.

Foerster (1984, 23ff.) konnte zeigen, daß bis in unsere Zeit bei Gutachtern Vorurteile mitschwingen, die bei neurotischen Rentenbewerben eine Art Simulation unterstellen. So vertrat noch 1978 Dietrich die schon damals überholte Meinung, daß das einzige Motiv neurotischer Rentenbewerber darin bestünde, durch eine Rente die Last der Arbeit loszuwerden.

Eine andere Argumentation gegen die Gewährung einer Rente benutzt das psychoanalytische Konzept vom sekundären Krankheitsgewinn.

Der sekundäre Krankheitsgewinn

Freud unterschied zwei Formen des Krankheitsgewinns:

1. Der *primäre Krankheitsgewinn* (Freud 1904/1981) besteht in einer Angst- bzw. Spannungs-

minderung durch die neurotische oder psychosomatische Symptomatik. Er kommt bei jeder neurotischen Störung vor. Schon damals sprach Freud in diesem Zusammenhang von der "Flucht in die Krankheit", weil der Betroffene auf gesündere Art und Weise seinen Konflikt nicht lösen kann. Der "Vorteil" dieses Vorgangs liegt darin, daß der ungelöste, nicht aushaltbare Konflikt und/oder eine damit verbundene Angst durch Verdrängung unbewußt wird und damit nicht mehr erlebnisnahe ist. Stattdessen wird nun der Schlüssel für die Lösung des Problems auf einer anderen Ebene gesucht (z.B. im Bereich einer körperlichen Funktionsstörung). Wenn die entsprechenden Zusammenhänge nicht erkannt werden, ist die Chance im heutigen Medizinbetrieb sehr groß, daß inadäquate diagnostische und therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden - im schlimmsten Falle operativ.

2. Der *sekundäre Krankheitsgewinn* besteht in einem sozialen Vorteil durch das Kranksein. Er ist die Folge der Symptomatik und tritt daher später als die Krankheit selber auf. Freud selber brachte dafür ein gutes Beispiel (1916/1986, S. 399): "Ein tüchtiger Arbeiter, der seinen Unterhalt erwirbt, wird durch einen Unfall in seiner Beschäftigung zum Krüppel; mit der Arbeit ist es jetzt aus, aber der Verunglückte empfängt mit der Zeit eine kleine Unfallrente und lernt es, seine Verstümmelung als Bettler zu verwerten. Seine neue, wiewohl verschlechterte Existenz gründet sich jetzt gerade auf dasselbe, was ihn um seine Existenz gebracht hat. Wenn Sie seine Verunstaltung beheben können, so machen Sie ihn zunächst subsistenzlos; es eröffnet sich die Frage, ob er noch fähig ist, seine frühere Arbeit wieder aufzunehmen. Was bei der Neurose einer solchen sekundären Nutzung der Krankheit entspricht, können wir als sekundären Krankheitsgewinn zum primären hinzuschlagen."

Der sekundäre Krankheitsgewinn im Kontext neurotischen Rentenbegehrens läßt sich also folgendermaßen zusammenfassen: Erreicht der neurotisch Kranke für seine Symptomatik irgendeinen Vorteil (z.B. eine Rente), so wird damit ein (unbewußtes) Festhalten an der Krankheit unterstützt. Daraus resultierte oft eine Argumentation gegen die Gewährung einer Rente. So vertrat Kretschmer (1957) den Standpunkt, daß deswegen aus therapeutischen Erwägungen jegliches neurotische Rentenbegehren abzulehnen sei.

Ganz in diesem Sinne kamen Rohling et al. (1995) auf der Basis einer Zusammenfassung von 32 Studien (sog. Metaanalyse) zu dem Befund, daß berentete statistisch häufiger größere Schmerzen als nicht berentete Rückenschmerz-Patienten aufweisen und daß bei ihnen die Behandlungsmaßnahmen weniger wirksam sind. Die Autoren behaupten auf der Grundlage

dieser gefundenen Korrelation, die kein statistischer Beweis für eine kausale Verknüpfung gefundener Phänomene ist, daß die Rentengewährung zur Schmerzverstärkung und zur Wirksamkeitsverminderung der Behandlungsmaßnahmen führt.

Leider haben diese Autoren die sorgfältig diskutierten Ergebnisse von Foerster nicht zur Kenntnis genommen. Er zitierte schon 1984 zahlreiche Studien, die das Gegenteil belegen. Die richterliche Rechtsprechung ist seiner Argumentation übrigens gefolgt.

Foerster (1984) untersuchte 94 von 112 erfaßten neurotischen Rentenbewerbern katamnestisch (durchschnittlich sechs bis sieben Jahre nach der Begutachtung). Im Gegensatz zu den meisten anderen Studien hat er die Patienten überwiegend persönlich nachuntersucht. Er kommt zu dem Ergebnis, daß eine Besserung der Symptomatik keineswegs von Bewilligung oder Nichtbewilligung der Rente abhängt, sondern von der Neurosenstruktur (günstig: hysterisch) und den vorhandenen kompensatorischen Mechanismen im sozialen Bereich abhängt - also von den möglichen Bewältigungsstrategien, über die ein Mensch verfügt oder nicht verfügt.

Foerster wandte sich auch gegen die lange gehegte Ansicht, daß neurotische Rentenbewerber die Arbeit wieder aufnehmen, wenn man ihnen die beantragte Rente verweigere. So allgemein formuliert entbehrt dieses Vorurteil der wissenschaftlichen Grundlage. Das läßt sich auch durch z. T. neuere Studien belegen (Teusch 1984, Mendelson 1995, Hodges et al. 1996).

In Wirklichkeit handelt es sich beim sekundären Krankheitsgewinn nicht um eine bewußtseinsnahe Bequemlichkeitshaltung der Patienten, sondern um eine Entwicklung im Rahmen der Chronifizierung einer seelischen Störung. Das bedeutet, daß der Persönlichkeitswandel einer lange bestehenden Neurose zu Folgeerscheinungen führen kann, die letztlich als Sekundärphänomen auch ein neurotisch bedingtes Rentenbegehren beinhalten kann.

Juristisch taucht in diesem Zusammenhang immer wieder die Frage auf, ob ein Symptom willentlich zu beeinflussen ist oder nicht. Für die Juristen ist das immer eine Entscheidung im Sinne des "Entweder - Oder"; dagegen lassen sich die zugrunde liegenden psychodynamischen Prozesse eher im Sinne von "Mehr oder Weniger" beschreiben wie Bresser (1976) darstellte.

Ein Fallbeispiel

Bei der folgenden Beschreibung ist wichtig, daß für eine angemessene Einschätzung der Erlebniswelt des Patienten teilweise ein Subjekt-Standpunkt eingenommen werden muß.

Es handelt sich um einen 41-jährigen türkischen Maurermeister. Nach 12-jähriger ununterbrochener Arbeitstätigkeit in seinem Beruf erlitt er durch einen unverschuldeten Verkehrsunfall ein mittelschweres Schleudertrauma der Halswirbelsäule. Er entwickelte daraufhin anhaltende Beschwerden des gesamten Muskel- und Skelettsystems, insbesondere heftige Kopfschmerzen. Hinzu traten Empfindungsstörungen der Haut, Schwitzen und auch Brechreiz. Ein relevanter, krankhafter Organbefund konnte aber bei mehreren fachärztlichen Untersuchungen nicht erhoben werden. Im weiteren Verlauf isolierte sich der Patient immer mehr und es traten diverse Zwangshandlungen und Zwangsgedanken auf. Außerdem stellten sich manchmal verbale, aggressive Impulsdurchbrüche ein. Gegenüber anderen Menschen erlebte der Patient Fremdheitsgefühle.

Als der Patient nach einigen Wochen einen ersten Arbeitsversuch unternahm, trat erstmals eine Höhenangst auf, während er im zweiten Stockwerk eines Rohbaus tätig war.

Der Patient, dessen Deutschkenntnisse nur mittelmäßig waren, absolvierte dann eine 6-wöchige psychosomatische Kur, die ihm aber nach eigenem Bekunden nicht viel brachte. Auch eine antidepressive Medikation blieb erfolglos.

Eine im weiteren Verlauf beantragte Rente wurde mit der Begründung abgelehnt, daß eine anhaltende organische Störung nicht vorläge und in psychopathologischer Hinsicht lediglich das isolierte Symptom einer Höhenangst bestünde. Die biographische, tiefenpsychologisch erweiterte Diagnostik machte dann aber Zusammenhänge deutlich, die zuvor nicht gesehen werden konnten.

Die Lebensgeschichte dieses Mannes wurde in früher Kindheit erheblich belastet. In seinem 3. Lj. starb die Mutter des Patienten, deren Lieblingssohn er bis dahin war. Diesen sehr frühen Verlust der für ihn wichtigsten Bezugsperson hatte der Patient seinerzeit nicht völlig realisie-

ren können. Die damalige Auflösung von Geborgenheit hat zu einer generellen Verunsicherung auch der eigenen Identität geführt. In Reaktion darauf hat der Patient im weiteren Leben seine Leistungsanstrengung betont und vielleicht überbetont. Er war immer ein hervorragender Schüler, ein guter Soldat und ist dann auch ein guter Facharbeiter geworden, der sehr viel Selbstbestätigung durch seine Arbeit erlebte.

Die Beziehungen, die der Patient schilderte, insbesondere diejenigen zu Frauen, waren immer eher flüchtig und distanziert. Erst in der Fremde - in Deutschland - kam bei ihm so etwas wie der Wunsch nach Vertrautheit auf und er freundete sich im Urlaub in seiner Heimat mit einer Türkin an, die er dann auch mit nach Deutschland nahm. Von vorne herein hatte das Ehepaar eine Rückkehr in die Heimat geplant, wobei allerdings diese Zielvorstellung bei ihm immer etwas zwiespältig blieb. Einige Wochen vor dem erlebten Autounfall war die Ehefrau des Patienten mit den beiden Kindern in die Türkei zurückgekehrt. Geplant war, daß der Patient noch eine gewisse Zeit in Deutschland arbeiten sollte, um nach ein bis zwei Jahren seiner Familie zu folgen.

Ohne seine Familie fühlte sich der Patient deutlich weniger wohl, er hatte Sehnsucht nach den Kindern und nach seiner Frau. Andererseits war er zunächst realitätstüchtig genug, um den vorübergehenden Charakter der Trennung wahrzunehmen. Als der Patient dann aber in den Verkehrsunfall verwickelt wurde, traten bei ihm Todesängste auf, die aus tiefenpsychologischer Sicht jene Ängste mobilisierten, die wahrscheinlich beim Verlust der Mutter im 3. Lebensjahr des Patienten rasch aufgetreten waren und dann verleugnet werden mußten. Nach dem Unfall hat er sich "verloren" gefühlt. Er hatte Angst, von den Dingen, die nun auf ihn zukämen, überrollt zu werden und fühlte sich den Widrigkeiten der Welt schutzlos ausgeliefert.

Im weiteren mobilisierte der Patient durch dieses relativ banale Unfallereignis massive regressive Wünsche: Es handelt sich hierbei um den Wunsch, eine geborgene Situation erleben zu können und versorgt zu werden. Ohne seine Familie wurde ihm das Leben in der Fremde immer weniger vertraut und seine einstmals vertraute Heimat war ihm schon lange fremd geworden. Aber auch die Unsicherheit hinsichtlich seines eigenen Körpers nahm zu und er hatte das Gefühl, er könne seinem Körper nicht mehr trauen. Der körpersprachliche Ausdruck seiner tiefen persönlichen und sozialen Erschütterung äußerte sich in wiederkehrenden Schwindelattacken. Daneben traten auch immer häufiger seine verbalen Wutattacken auf, die

ihn noch mehr von der Umwelt isolierten.

Die Kernfrage des Gerichts in dieser Situation, ob hier eine stärkere Minderung der Erlebnis-, Gestaltungs- und Arbeitsmöglichkeiten stattgefunden hat, mußte zweifellos bejaht werden. Die neue gutachterliche Einschätzung wies die psychopathologische Einschätzung einer Höhenängst als isoliertes Symptom zurück und unterstrich dagegen eine echte chronifizierte Neurose mit nur geringen Chancen für eine therapeutische Beeinflußbarkeit. Für die geringen therapeutischen Chancen spielte auch der transkulturelle Aspekt eine wichtige Rolle. Die Erwerbsunfähigkeit des Patienten wurde gutachterlicherseits bejaht.

Fazit

Mit dem obigen Fallbeispiel soll keinesfalls behauptet werden, daß jedem Antrag eines neurotischen Rentenbewerbers in vollem Umfang entsprochen werden sollte. Aus eigener, gutachterlicher Erfahrung ist es wichtig, sehr differenziert die Möglichkeiten und auch die Motivierbarkeit eines neurotischen Antragsstellers zu untersuchen. So fanden wir im Falle eines chronifizierten Schmerzpatienten, der eine körperliche Arbeit aus neurotischen Gründen nicht mehr glaubte ausführen zu können, ein großes soziales Engagement. Dies wurde aus neurosenpsychologischer Sicht als eine Art Bewältigungsstrategie seiner neurotischen Störung angesehen. Entsprechend wurde im Falle dieses Patienten die Berufsunfähigkeit aus neurotischen Gründen bejaht, die Erwerbsunfähigkeit jedoch verneint und es wurden Umschulungsmaßnahmen empfohlen, die den Patienten dann erfolgreich für eine Arbeit im sozialen Bereich qualifizierten.

Zusammenfassend empfehlen wir folgendes schrittweise Vorgehen:

1. Stellt ein Patient einen Rentenantrag wegen Beschwerden, bei denen eine seelische Verursachung oder Mitverursachung angenommen werden kann (z.B. beim Fehlen relevanter krankhafter Organbefunde), so sollte eine psychosomatische bzw. neurosenpsychologische Untersuchung fachärztlich erfolgen.
2. Läßt sich eine neurotische Störung darstellen, die relevant für das Rentenbegehren des Patienten ist, so muß prognostisch weiterhin geklärt werden, inwieweit rehabilitative

Maßnahmen aussichtsreich für eine Besserung der neurotischen Störung sind.

3. Danach sollte das Behandlungsergebnis gutachterlich überprüft werden. Bei dieser Gelegenheit erfolgt zusätzlich eine Einschätzung darüber, ob die psychosomatische bzw. psychotherapeutische Maßnahme angemessen und ausreichend war. Dies ist besonders dann zu beachten, wenn sich kein Behandlungserfolg eingestellt hat.

4. Bei anhaltender therapeutischer Unbeeinflussbarkeit der neurotischen oder psychosomatischen Störung erfolgt eine abschließende fachärztliche Einschätzung des neurotisch gestörten Patienten hinsichtlich seines Rentenwunsches.

Literatur

- Bresser PH (1976): Empirische Maßstäbe bei der Beurteilung der Willensbestimmung in der Versicherungsmedizin. *Lebensversicherungsmedizin, Sondernr. 19*, 43-47
- Dietrich H (1978): Über krankhafte und nicht-krankhafte Willensschwäche in der Rentenversicherung und im Strafrecht aus der Sicht des Gutachters. *Med Sachverst* 74, 90-92 (zit. n. Foerster 1984)
- Foerster K: *Neurotische Rentenbewerber*. Enke, Stuttgart 1984
- Freud S: Bruchstück einer Hysterie-Analyse. (1904) *Gesammelte Werke Bd. 5* (Fußnote S. 202 aus dem Jahr 1923), Fischer, Frankfurt/M., 6. Aufl., 1981, 161-286
- Freud S: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. (1916) *Gesammelte Werke Bd. 11*, Fischer, Frankfurt/M., 8. Aufl., 1986
- Hausotter W (1997): Verkehrsunfälle aus sozialmedizinischer Sicht. *Swiss Surg* 3, 142-148
- Hodges A, Goode H, Masterton G (1996): Psychodynamic factors in the aetiology of compensation neurosis. *Med Sci Law* 36, 77-79
- Jones E: Sigmund Freud – Leben und Werk. Bd. 3. (Erstausgabe: Basic Books, New York 1957) Deutsch: Deutscher Taschenbuch Verlag, München, 1984
- Kretschmer E (1957): Die Begutachtung der Neurosen und psychopathischen Reaktionen in der Sozialversicherung. *Deutsche Med Wschr* 82, 433-435
- Mendelson G (1995): ‚Compensation neurosis‘ revisited: Outcome studies of effects of litigation. *J Psychosom Res* 39, 605-706
- Rohling ML, Binder LM, Langhinrichsen-Rohling J (1995): Money matters: A meta-analytic Review of the association between financial compensation and the experience and treatment of chronic pain. *Health Psychology* 14, 537-547
- Teusch L (1984): Ein katamnestic Nachtrag zur Renten-neurosestudie. *Fortschr Neurol Psychiat* 52, 113-115
- Winckler P (1998): Grundlagen der psychiatrischen Begutachtung sogenannter „Rentenneurosen“. *Versicherungsmedizin* 50, 219-225