

Begutachtung psychogener Unfallfolgen

Matthias Fabra

Medizinisches Gutachteninstitut Hamburg

fabra@gutachteninstitut.de

„Erinnerung gibt
dem Bilde Leben“

Deine

Florentine

Aus einem Poesiealbum, um 1900

Aus Erfahrung wird
man klug

oder:

wo sich der Esel
einmal gestoßen
hat, da stößt er sich
nicht zum
Zweitenmal (Volksmund)

Erfahrung [bedeutet] Wissensgewinnung auf Grund eigener Beobachtung; reflexiv begleitete Veränderung des Wissensbestandes durch Wahrnehmungs- bzw. Empfindungserlebnisse, in Abgrenzung zu blosser Übernahme fremden Wissens und rein passivem Hinnehmen, häufig als entscheidendens Bildungsmittel angesehen.

Erfahrungsentzug (Psychologie) : Kaspar-Hauser-Versuch [...]

Goldmann Lexikon, Bertelsmann Lexigraphisches Institut, 1998

Inhaltsübersicht:

- wo enden die Spielarten „normalen seelischen Befindens“, wo fängt seelische Krankheit an?
wie ist sie zu sichern ?
- Diskussion
- Kausalität: Fallbeispiel
- Befindlichkeitsstörungen: Krankheitsbilder, Häufigkeit, Symptome
- Diskussion
- Akute Belastungsreaktion, Posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörung, andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung oder seelischer Erkrankung
- Diskussion
- 7 Merksätze in der Begutachtung psychogener Unfallfolgen
- Diskussion

Inhaltsübersicht:

- wo enden die Spielarten „normalen seelischen Befindens“, wo fängt seelische Krankheit an?
wie ist sie zu sichern ?
- Diskussion
- Kausalität: Fallbeispiel
- Befindlichkeitsstörungen: Krankheitsbilder, Häufigkeit, Symptome
- Diskussion
- Akute Belastungsreaktion, Posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörung, andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung oder seelischer Erkrankung
- Diskussion
- 7 Merksätze in der Begutachtung psychogener Unfallfolgen
- Diskussion

Was macht seelische Krankheit aus?

- krank ist derjenige, der zum Arzt geht

„Was macht nun seelische
Krankheit aus?“

???

„Sie stellen eine extrem
schwierige Frage“

- Krankheit im Allgemeinen ... bezeichnet ... einen bestimmten Zustand *unwillkürlich* gestörter Lebensfunktionen eines Individuums, der eine *Zeitdimension* aufweist –Beginn und Verlauf– und in der Regel eine *Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit* (d.h. der Fähigkeit zur Bewältigung konkreter Lebensaufgaben) zur Folge hat.

Häfner, H. (1983): Allgemeine und spezielle Krankheitsbegriffe in der Psychiatrie. Nervenarzt 54, 231 - 238

- Krankheit im Sinne des Sozialrechtes ist „... jeder regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, der die Notwendigkeit ärztlicher Krankenbehandlung und/oder Arbeitsunfähigkeit begründet“ .

Erlenkämper, A.: Rechtliche Grundlagen. In: U. Venzlaff, K. Foerster: Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. Urban und Fischer, 3. Auflage 2000, 461 - 503

Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV) :

- Die Beschwerden und/oder Krankheitszeichen (Symptome) „ ... verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und/oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen“

H. Saß, H.U. Wittchen, M. Zaudig: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM IV. Hogrefe Göttingen pp., 2. Auflage 1998, Seite 11.

Welche Möglichkeiten stehen zur Verfügung ,
um „... Leiden und/oder Beeinträchtigungen in
sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen
Funktionsbereichen“ zu sichern ?

- Beschwerden (subjektiv)
- Befunde (objektiv)
 - a) somatischer resp. neurologischer Befund
 - b) psychischer Querschnittsbefund
 - c) Testverfahren
- Behinderung der Lebensgestaltung (objektiv)
 - a) ist am Arbeitsplatz nicht mehr leistungsfähig (AU, EU)
 - b) hat seine Hobbys aufgegeben
 - c) sieht seine Freunde nicht mehr
 - d) scheitert krankheitsbedingt in seiner Ehe/Partnerbeziehung
 - e) kommt mit seinen Kindern nicht mehr aus u.a.

Merke: Nicht das berichtete Beschwerdebild begründet die Einschätzung von Leiden und Leistungseinschränkung, sondern die im Rahmen der sorgfältigen Anamnese- und Befunderhebung ermittelte Behinderung gestützt auf „objektive“ Befunde.

Kompensationspotenziale/ Kompensationsschwächen

Störung (Symptome) \pm Kompensation
= Behinderung

Merke: „ ... nicht die Symptome machen die Leistungseinschränkung, sondern die Behinderung, die verbleibt, wenn Kompensationsmöglichkeiten erschöpft sind“

Bochnik, H.J.: Grundsätze und begriffliche Werkzeuge zur ärztlichen Ganzheitsorientierung. In: Bochnik, H.J., W. Hackhausen (Hrsg.): Personenorientierte Diagnostik und Begutachtung. Urban und Fischer, 1. Auflage 1999, Seite 3

Aber: Mancher erfahrene Gutachter ist schon auf diesen oder jenen Simulanten hereingefallen! Was tun?

- Anamneseerhebung, incl. Fremdanamnese
 - *Berichte von Angehörigen
 - *Arztberichte, Psychotherapieberichte
 - *Krankenhausentlassungsberichte
- körperlicher Befund
- psychischer Querschnittsbefund
- ggfs. Testskalen (IES-R, SCL90-4, BDI, STAI, FPI, u.a.m.)
- Vorerkrankungsverzeichnis (früh beiziehen!)
- Gutachten anderer Versicherungsträger
 - *MdK-Gutachten,
 - *GA für die gesetzliche Rentenversicherung,
 - *GA für das Arbeitsamt
- professionelle Detekteien

- Merke: bei der Einschätzung, wieviel „Leiden und Beeinträchtigung ...“ eine seelische Erkrankung bei einem Menschen hervorruft, ist der *psychische Querschnittsbefund* Dreh- und Angelpunkt.
- Denn: die geltend gemachten Beeinträchtigungen bilden sich in der gutachtlichen Untersuchung (wie auch sonst in seinem Leben) unmittelbar ab.

- Frage: Was ist eine seelische Erkrankung mit großem Leiden und hoher Beeinträchtigung ...?
- Antwort: Eine seelische Erkrankung führt umso mehr zu Leiden und Beeinträchtigung, je deutlicher die sog. **komplexen Ich-Funktionen** gestört sind, nämlich

- **Realitätsprüfung und Urteilsbildung**
- **Beziehungsfähigkeit und Kontaktgestaltung**
- **Affektsteuerung und Impulskontrolle**
- **Selbstwertregulation und Regressionsfähigkeit**
- **Intentionalität und Antrieb**
- **Abwehrorganisation**

(Heigl, F.: Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 3. Aufl. 1987, S. 137 f., Foerster, K. (2001): Stellenwert psychischer Störungen in der Begutachtung - Grundlagen der Begutachtung. Med. Sach. 97, 2, 33 – 35; Franz, M., D. Schellberg, H. Schepank (1995): Indikatoren und Einflussfaktoren des Langzeitspontanverlaufs psychogener Erkrankungen, ein Extremgruppenvergleich, PPM Psychother., Psychosom. Med. Psychol. 45, 41 – 51)

MdE und psychogene Unfallfolgen, vom-Hundert-Sätze in der gesetzlichen Unfallversicherung

- Abnorme Persönlichkeitsentwicklungen, akute Belastungsreaktionen, Anpassungsbeeinträchtigungen, psychoreaktiven Störungen mit finaler Ausrichtung, sogenannte leichtere neurotische Störungen (oft mit vegetativer Symptomatik verbunden, sog. psychovegetatives Syndrom)

MdE 0 - 10 v.H.

- stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. manche Phobien, pathologische Entwicklungen)

MdE 20 - 40 v.H.

- schwere Störungen mit erheblichen sozialen Anpassungsschwierigkeiten (z.B. bei schwerer Zwangskrankheit)

MdE 50 - 100 v.H.

*Schönberger/Mehrtens/Valentin: Arbeitsunfall und Berufskrankheit,
6. Aufl. 1998, Seite 265*

Inhaltsübersicht:

- wo enden die Spielarten „normalen seelischen Befindens“, wo fängt seelische Krankheit an?
wie ist sie zu sichern ?
- Diskussion
- **Kausalität: Fallbeispiel**
- **Befindlichkeitsstörungen: Krankheitsbilder, Häufigkeit, „typische“ Symptome**
- Diskussion
- Akute Belastungsreaktion, Posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörung, andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung oder seelischer Erkrankung
- Diskussion
- 7 Merksätze in der Begutachtung psychogener Unfallfolgen
- Diskussion

Fallbeispiel - (1) -

- M.F., 46J, Gerüstbauer, “immer gesund”, leichter Alkoholmißbrauch, Schulden
- am 05.05.95 Sturz aus ca. 1 m Fußhöhe von einem „Bock“, fraglich leichte Gehirnerschütterung, HWS-Zerrung, vermutete AU (D-Arzt): 1 Wo
- Durchgehend bescheinigte Arbeitsunfähigkeit bis zum Jahresende, “prolongierter Heilverlauf”, Klage über Kopf- und Nackenschmerzen, Konzentrationsmängel, Vergeßlichkeit, Nervosität, Schlafstörungen; Überweisung zum Nervenarzt
- dort weitere Krankenschreibung, Diagnose: *somatisierte Depression als Unfallfolge*
- 01.05.96 Arbeitsversuch, abgebrochen nach 4 Std. wg. “Unfallfolgen” (s.o.)
- zum 30.06.96 Kündigung durch den Unfallbetrieb, Rechtsstreit, in dessen Verlauf Vergleich: Erlöschen des Arbeitsverhältnisses unter Erhalt einer Abfindung.
- 18.07.96 Beantragung von Rente wg. Erwerbungsunfähigkeit
- trinkt vermehrt, randaliert, wird kurz in die Psychiatrie eingewiesen, geht dann unregelmäßig zum Nervenarzt, erhält Beruhigungsmittel
- wird auf Antrag der Ehefrau geschieden, wohnt danach allein in 1-ZimmerWhg.

Fallbeispiel - (2) -

- 01.09. - 15.10.96 Heilverfahren in BG-Klinik, klagt über starke Höhenängste, Alpträume, fühlt sich leer, Verlust von sexueller Begehrlichkeit und Potenz, geht kaum noch vor die Tür: Einschätzung: Somatisierte Depression mit Verdeutlichungsneigung, Unfallzusammenhang wird verneint,
- 30.10.96 Begutachtung d. d. LVA,
- 01.11.96 Ende der Heilbehandlung zu Lasten der BG, MdE verbleibe nicht
- ruft wiederholt bei der BG an, fühlt sich von den Ärzten der BG-Klinik falsch eingeschätzt, beschimpft die Sachbearbeiterin; Widerspruch
- 15.12.96 EU-Rente auf Zeit, rückwirkend ab Antragstellung
- 28.02.97 Widerspruch wird seitens der GUV zurückgewiesen, weitere Anrufe
- Klage vor dem Sozialgericht Hamburg
- 15.12.97 Gutachten: *Posttraumatische Belastungsstörung* als Unfallfolge, MdE 20%, BG wird verurteilt
- Revision vor dem LSG läuft

Kausalität:

- I. epidemiologische Sichtweise
- II. individuelle Sichtweise

Häufigkeit und *Spezifität* von Krankheitszeichen (Symptomen) als Kriterien der Kausalitätsdiskussion (*epidemiologische Sichtweise*)

Frage: wurde die Erkrankung von dem Gerichtsgutachter zu Recht als Unfallfolge eingeschätzt, nur weil

- a) der Verletzte (und sein Rechtsbeistand) dies so sehen und
- b) die seelische Störung kurz nach dem Unfall entstanden (bekannt geworden?) ist?

Antwort: ein Unfallzusammenhang wäre dann umso wahrscheinlicher,

- a) je seltener Symptome der Erkrankung bei nicht verunfallten Menschen vorkommen und
- b) je spezifischer sie inhaltlich an das Ereignis, so wie es abgelaufen ist, gebunden sind.

The paradox of health (USA):

„ ... Wieviele Erkrankungen, mit der Folge einer schweren Beeinträchtigung Ihrer Leistungsfähigkeit haben Sie in den letzten 12 Monaten durchgemacht?“

- 1924: 0,82% Erkrankungen im Durchschnitt aller Befragten
- 1984: 2,12% Erkrankungen im Durchschnitt aller Befragten, d.h. der etwa 2,5fache Wert

Barsky, A.J: (1988): The paradox of health. New.Engl.J.Med. 318, 414 - 418

Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung: die Mannheimer Kohortenstudie¹

- Forschungsziel:
Aufklärung der **Häufigkeit psychogener Störungen in der Normalbevölkerung**, ohne daß Kontakt zur medizinischen Versorgung Bedingung ist
- Definition:
Annahme einer **psychogenen Erkrankung** bei gleichzeitigem
 - Vorliegen einer Diagnose 300., 301, 303, 304.4, 305, 306, 316 +) nach dem ICD 8
 - Bestehen d. Symptome in den letzten 7 Tagen (Punktprävalenz)
 - Bestehen einer relevanten Beeinträchtigung nach dem Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS, *Schepank, H. 1995*)
- Auswahl der Probanden:
600 aus dem Melderegister zufällig gezogene erwachsene Mannheimer Bürger (je 200 der Geburtsjahrgänge 1935, 1945, 1955)
- Erhebungsinstrument:
tiefenpsychologisch fundiertes mehrstündiges Forschungsinterview

Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung¹

Ergebnisse:

- - 574 von 600 Probanden (96%) gaben an, in den letzten 7 Tagen vor der Erhebung unter einem psychogenen Symptom gelitten zu haben und zwar: - innerer Unruhe (33%), depressiver Verstimmung (31%), Ermüdung und Erschöpfung (26%), Ängsten (25%), Kopfschmerzen (24%), Konzentrations- und Leistungsstörungen (24%), Schlafstörungen (23%)
- 156 von 600 Probanden (26%) wurden als psychogen erkrankt eingestuft, davon 70 (11.7%) mit somatoformen Störungen (d.h.: **ca. jeder 9. befragte Normalbürger litt an einer krankheitswertigen somatoformen Störung**).¹ aus: Schepank, H. (1987)

Zum Vergleich:

- in der ärztlichen Allgemeinpraxen leiden 17% der Patienten (19% der Frauen, 12% der Männer) unter somatoformen Störungen (nach Tress, W. 1997)

Das „HWS-Schleudertrauma“

A) Objektivierbare neurologische Störungen:

- Cervikale Wurzelkompression mit
 - segmentärer Schmerzausstrahlung
 - segmentärer Sensibilitätsstörung
 - Parese und Muskelatrophie
 - Reflexminderung
 - vegetativen Störungen
- Halsmarkkompression mit
 - Sensibilitätsstörung v.a. in den distalen Extremitätenabschnitten, Schmerzen („Brennschmerz“)
 - Störung der Tiefensensibilität
 - spastische Lähmung
 - gesteigerte Muskeldehnungsreflexe
 - Pyramidenbahnzeichen
 - Blasenmastdarmstörungen
- Dissecat hirnversorgender Arterien mit Hirndurchblutungsstörung

B) Das „Late Whiplash Syndrome“

- Kopfschmerzen
- Nacken/Schulterschmerzen
- Schwindel, Ohrgeräusche, Sehstörung
- Leistungsabfall (Erschöpfung, Antriebsdefizit, Schwächegefühl, Vergeßlichkeit, Verwirrtheit)
- Wachheitsstörungen (Benommenheit, Müdigkeit, Schlaflosigkeit)
- Befindlichkeitsstörungen (Labilität, Ängste, Depressionen, Einsamkeit, Gereiztheit)
- vegetative Symptome (Schweißausbrüche, Herzklopfen, Übelkeit, Würgen, Erbrechen, Kollaps)

Claussen, C.F. et al. (1996): Neurootologische Aspekte der medizinischen Begutachtung des HWS-Schleudertraumas. Neurootology Newsletter, vol. 2, Nr. 2, 1-20

Das Chronic Fatigue Syndrome (CFS) ¹

- Hauptkriterium:
 - Müdigkeit oder leichte Ermüdbarkeit
 - ...
- Nebenkriterien:
 - Muskelschwäche und Muskelmißempfindungen
 - allgemeiner Erschöpfungszustand nach Aktivitäten, die früher leicht bewältigt wurden
 - Kopfschmerzen
 - Depression, Vergeßlichkeit, Lichtempfindlichkeit, Überregbarkeit, Verwirrtheit, Denk- und Konzentrationsschwächen, Gesichtsfeldausfälle
 - Schlaflosigkeit oder erhöhtes Schlafbedürfnis

¹ *Kriterien nach Holmes et al. (1988) (modifiziert)*

Das „Multiple Chemical Sensitivity -Syndrome“ (MCS)

- Zentralnervensystem:
 - Kopfschmerzen, Müdigkeit, allgemeine Schwäche, Störungen der Merkfähigkeit und Konzentration, Schlafstörungen, Schwindelgefühl, Ohnmacht, Sprachstörungen ...
- Verdauungstrakt:
 - Blähungen, Durchfälle, Verstopfung, krampfartige Leibschmerzen

Wolf, Ch. (1996): Multiple chemical sensitivity (MCS) - die sogenannte chemische Vielfachempfindlichkeit. Versicherungsmedizin 48, 5, 175 - 178

Das „Sick-Building-Syndrome“ (SBS)

- Zentralnervensystem:
 - Kopfschmerzen, Müdigkeit, Konzentrationsschwäche, Gedächtnisstörung, Geruchs- und Geschmacksstörungen, Abgeschlagenheit

Brede-Weisflog, B. (1996): Das Sick-Building-Syndrom. Versicherungsmedizin 48, 5, 170 - 174

Der „Telefonunfall“ (1896)

A) Initialsymptome:

- Ohnmachten, tonisch-klonische Krämpfe
- Anschwellungen der Extremitäten v.a. der betroffenen Körperseite
- Sensibilitätsstörungen v.a. der betroffenen Körperseite

B) Spätfolgen:

- Kopfschmerz, Schwindel
- Muskelschmerzen und -krämpfe „in den verschiedensten Gebieten“
- krampfartige Schmerzen im Unterleib
- „hochgradigste Erschöpfungen“, Erschöpfbarkeit der Gehirntätigkeit
- Lähmungen der Stimmbänder
- Lähmungen beider Beine oder Halbseitenlähmungen
- Herzkrämpfe, -stiche oder Pulsunregelmäßigkeiten

aus: Wendorfer H. (1905) zit. nach Podoll, K. (1991): Der Telefonunfall - ein Beitrag zur Geschichte der traumatischen Neurosen. Fortschr.Neurol.Psychiat. 59, 387 - 393

Der „Telefonunfall“ (1896)

- ...” ist es aber wichtig zu betonen, daß von der Gefährdung durch ein Telefontrauma jeder Teilnehmer am Telefonverkehr betroffen war”.
- ...”ist zwar die Telefonistin, die jeden Tag 6- 8 Stunden lang den Hörer am Kopfe oder um den Hals trägt, am meisten exponiert, gefährdet ist aber jeder, der telephonierte...”
- ...” in der Eigenart des Telephonbetriebes liegen besonders zwei Möglichkeiten, welche Veranlassung zu Betriebsunfällen geben können, nämlich einmal plötzlich auftretende akustische Erscheinungen, welche das Ohr des Telephonierenden durch den Hörer treffen und andererseits der Übergang elektrischer Ströme aus der Leitung ...in den Körper des am Telefon beschäftigten...”.

aus: Podoll (1991), a.a.O.

Bei Anruf die Kurbel langsam einmal herumdrehen !

Mehrmaliges schnelles Drehen kann zu Beschädigung der Beamten und Ersatzansprüchen gegen Teilnehmer führen !

Warntafel der deutschen Reichspost (aus: Podoll 1991)

Symptomkonstellationen sog. „Umwelterkrankungen“ im Vergleich zu chronischen Krankheitsbildern nach Unfällen

Das "Late Whiplash Syndrome"	Das "Multiple Chemical Sensitivity Syndrome"	Das "Sick Building Syndrome"	Das "Chronic Fatigue Syndrome"	Der "Telefonunfall"
<ul style="list-style-type: none"> • Kopfschmerz 	<ul style="list-style-type: none"> • Kopfschmerz 	<ul style="list-style-type: none"> • Kopfschmerz 	<ul style="list-style-type: none"> • Kopfschmerz 	<ul style="list-style-type: none"> • Kopfschmerz
<ul style="list-style-type: none"> • Nacken-/Schulerschmerz 			<ul style="list-style-type: none"> • Muskelschwäche und -müßempfindungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Muskelschmerzen und -krämpfe
<ul style="list-style-type: none"> • Schwindel, Ohrgeräusche, Sehstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwindelgefühl, Sprachstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geruchs- und Geschmacksstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesichtsfeldausfälle 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwindel, Lähmung der Stimmbänder, Sensibilitätsstörungen
<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsabfall, Erschöpfung, Antriebsdefizit, Schwächegefühl, Vergeßlichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Schwäche, Störungen der Merkfähigkeit und Konzentration 	<ul style="list-style-type: none"> • Abgeschlagenheit, Konzentrationschwäche, Gedächtnisstörung 	<ul style="list-style-type: none"> • Erschöpfung n.früher leicht bewältigten .Aktivitäten, Vergeßlichkeit, Verwirrtheit, Denk- u. Konzentrationschwäche 	<ul style="list-style-type: none"> • "hochgradigste Erschöpfungen", Erschöpfbarkeit der Gehirntätigkeit
<ul style="list-style-type: none"> • Wachheitsstörungen (Benommenheit, Müdigkeit, Schlaflosigkeit) 	<ul style="list-style-type: none"> • Müdigkeit, Schlafstörungen, Ohnmacht 	<ul style="list-style-type: none"> • Müdigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Müdigkeit oder leichte Ermüdbarkeit (als Hauptkriterium), Schlaflosigkeit oder verm. Schlafbedürfnis 	<ul style="list-style-type: none"> • Ohnmachten, tonisch-klonische Krämpfe
<ul style="list-style-type: none"> • Befindlichkeitsstörung (Labilität, Ängste, Depressionen, Einsamkeit, Gereiztheit) 			<ul style="list-style-type: none"> • Depressionen, Lichtempfindlichkeit, Übererregbarkeit, 	
<ul style="list-style-type: none"> • Vegetative Symptome (Schweißausbrüche, herzklopfen, Übelkeit, Würgen, Erbrechen, Kollaps) ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Blähungen, Durchfälle, Verstopfung, krampfartige Leibschmerzen 			<ul style="list-style-type: none"> • krampfartige Schmerzen im Unterleib, Herzkrämpfe, -stiche und Pulsunregelmäßigkeit, Schwellung d. Extremitäten.
<ul style="list-style-type: none"> • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • ...

Varianzanteile an der Genese sog. psychogener Erkrankungen

- Erbfaktoren 30 %
- Frühgenese 25 %
- Spätere Kindheit 15 %
- Life events 15 % (!)
- Social support 10 %
- Andere 5 %

Schepank, H. (1992): Beiträge der Zwillingsforschung und der Epidemiologie zur Neurosenlehre. In: Tress, W. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland. Vandenhoeck und Ruprecht, 63-73

Schlußfolgerung:

- Beschwerden, die der abgestürzte Gerüstbauer als Unfallfolge geltend macht, sind
- in der unverletzten Normalbevölkerung sehr häufig
- in gleicher Form bei einer Vielzahl anderer Krankheitsbilder bzw. Befindlichkeitsstörungen anzutreffen (d.h.: sie sind „unspezifisch“)
- finden sich häufig dann, wenn ein Entschädigungsanspruch geltend gemacht wird.

Inhaltsübersicht:

- wo enden die Spielarten „normalen seelischen Befindens“, wo fängt seelische Krankheit an?
wie ist sie zu sichern ?
- Diskussion
- Kausalität: Fallbeispiel
- Befindlichkeitsstörungen: Krankheitsbilder, Häufigkeit, „typische“ Symptome
- Diskussion
- Akute Belastungsreaktion, Posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörung, andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung oder seelischer Erkrankung
- Diskussion
- 7 Merksätze in der Begutachtung psychogener Unfallfolgen
- Diskussion

Was ist aber mit dem Argument: „...das habe ich doch alles früher nie gehabt“ ??!
(individuelle Sichtweise)

Seelischer (psychischer) vs.
Körperlicher (somatischer)
Erstschaden

Systematik traumatisierender Ereignisse

1. Menschlich verursachte Traumen (engl.: „man made disasters“)
 - sexuelle und körperliche Mißhandlung in der Kindheit
 - kriminelle und familiäre Gewalt
 - Vergewaltigung
 - Kriegserlebnisse
 - zivile Gewalterlebnisse (z.B. Geiselnahme)
 - Folter und politische Inhaftierung
 - Massenvernichtung (KZ, Vernichtungslagerhaft)

2. Katastrophen, berufs- und unfallbedingte Traumen
 - Naturkatastrophen
 - technische Katastrophen (z.B. Giftgasunfall)
 - Traumen in Ausübung des Dienstes bei Polizei, Militär, Feuerwehr u.a.m.
 - Arbeitsunfälle (z.B. Grubenunglück)
 - schwere Verkehrsunfälle

Maercker, A.: Erscheinungsbild, Erklärungsansätze und Therapieforschung. In: A. Maercker (Hrsg.): Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen. Springer Berlin-Heidelber-new-York 1997, 3 - 49

Psychogene Unfallfolgen bei seelischem Erst- oder Primärschaden

- *Akute Belastungsreaktion* (ICD10, F43.0) resp. *akute Belastungsstörung* (DSM-IV 308.3) - folgt unmittelbar auf das Ereignis; Dauer: Stunden bis maximal 28 Tage
- *Posttraumatische Belastungsstörung* (ICD10, F43.1; DSM IV 309.8)
- *Anpassungsstörung* - Reaktion auf ein minderschweres das Leben veränderndes Ereignis (ICD10 F43.2, DSM IV 309.0 ff)
- *Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrem - belastung oder seelischer Erkrankung* (ICD10 F62.0, F 62.1)

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, PTSD, nach dem DSM IV) (I)

A Traumakriterium

- a) DSM IV: „extremer Belastungsfaktor (d.h. lebensbedrohlich)“
- b) initiale Reaktion mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit, Entsetzen

Beachte: a) und b) müssen gemeinsam erfüllt sein, nur dann ist die Diagnose zu stellen

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, PTSD, nach dem DSM IV) (II)

B-D Symptomkriterien:

- B Wiedererleben des Ereignisses
- C Vermeidungsverhalten
- D anhaltende Zeichen erhöhter seelischer Erregung

Alle 3 (B-D) Kriterien müssen gegeben sein, und zwar

B: zumindest 1 von 5 mögl. Symptomen

C: zumindest 3 von 7 mögl. Symptomen

D: zumindest 2 von 5 mögl. Symptomen

Beachte: nicht ein einzelnes Symptom, etwa wiederkehrende Alpträume, Angst bei Annäherung an den Unfallort o.ä. machen eine seelische Störung zur PTSD, sondern die Summe und Kombination von Symptomen

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, PTSD, nach dem DSM IV) (III)

E Zeitkriterium
(Dauer, Latenz)

Das Störungsbild (Sympt. B-D) dauert > 1 Monat.

≤ 3 Monate: akute PTSD; > 3 Monate: chronische PTSD
Latenz: selten länger als 6 Monate (dann: PTSD mit verzögertem Beginn), grundsätzlich sind Latenzen von mehreren Jahren oder Jahrzehnten möglich, Auch symptomfreie Intervalle mit späterem Wiederauftreten der Symptome im Wege der *Retraumatisierung* sind denkbar.
Beachte: Damit eröffnet die Diagnose PTSD die grundsätzliche Möglichkeit langjähriger, vielleicht lebenslanger psychogener Erkrankung als Unfallfolge.

F Leiden und
Beeinträchtigung in
sozialen, beruflichen
oder anderen
wichtigen
Funktionsbereichen

DSM IV: „Simulation sollte ausgeschlossen werden, wenn finanzielle Entschädigung, versicherungsrechtliche oder forensische Entscheidungen eine Rolle spielen“.

Beachte: Nicht allein das Symptom ist das entscheidende, sondern es muß dadurch eine dem Untersucher erkennbare Beeinträchtigung entstehen (psychischer Querschnittsbefund)

Posttraumatische Belastungsstörung (*PTSD*)

ICD-10 in Abgrenzung zum DSM-IV

- Die Störung ist inhaltlich sehr ähnlich definiert wie im DSM-IV
- Die einzelnen Kriterien sind jedoch weniger detailliert beschrieben
- Die Gliederung in die Kriterien A bis F des DSM-IV findet sich nicht
- Es gibt keine (Mindest)anzahl von Kriterien, die erfüllt sein müssen, damit die Diagnose gestellt werden kann.
- Die Anforderungen an das auslösende (traumatisierende) Ereignis sind in der ICD-10 auf die Allgemeinheit bezogen („objektiv“) definiert („...belastendes Ereignis oder ... Situation außergewöhnlicher Bedrohung, *die bei fast jedem* eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde...“), im DSM-IV ist mit dem A-2-Kriterium subjektivem Erleben mehr Platz eingeräumt.
- Das Kriterium *Unfähigkeit, wichtige Aspekte des Ereignisses zu erinnern* findet sich ausschließlich im DSM-IV
- Die im DSM-IV geforderte Mindestdauer von 1 Monat gilt in der ICD-10 nicht

Anpassungsstörung (ICD 10 F43.20 ff, DSM IV 309.0 ff) (I)

- 309.0 (F43.20)
mit depressiver Stimmung
- 309.24 (F 43.28)
mit Angst
- 309.28 (F 43.22)
mit Angst und depressiver
Stimmung gemischt
- 309.3 (F 43.24)
mit St. d. Sozialverhaltens
- 309.4 (F 43.25)
mit emotionaler St. u. St. d.
Sozialverhaltens gemischt
- 309.9 (F 43.9)
unspezifisch

„Restkategorie“ (DSM IV) für psychogene Störungen, wie sie auch infolge minderschwerer seelischer Beeindruckung vorkommen. DSM IV: „die Diagnose einer Anpassungsstörung ist sowohl dann angemessen, wenn die Reaktion auf einen extremen Belastungsfaktor nicht die Kriterien einer PTSD (...) erfüllt als auch in Fällen, in denen das Symptommuster einer PTSD als Reaktion auf eine nicht besonders extreme Belastung (...) auftritt“ .

Beachte: Hieraus folgt, daß im Falle dessen, daß die Symptomkriterien B – D der PTSD in vollem Umfang erfüllt sind, nicht aber das Kriterium A, die Diagnose *Anpassungsstörung* mit den daraus erwachsenen Konsequenzen für Verlauf und Dauer lauten muß.

Anpassungsstörung (ICD 10 F43.20 ff, DSM IV 309.0 ff) (II)

Beginn

≤ 3 Monate nach dem Ereignis

Dauer

Maximal 6 Monate nach Symptombeginn ,
(ICD 10 max. 2 Jahre ausschl. bei F 43.21
Längere depressive Reaktion).

Beachte: bei anhaltendem Stressor (etwa
einer entstellenden Verletzung) kann die
Diagnose ohne zeitliche Begrenzung
gestellt werden (*Chronische
Anpassungsstörung*)

Leiden und Beeinträchtigung
in sozialen, beruflichen oder
anderen wichtigen
Funktionsbereichen

s.a.o.: die Symptome führen zu Leiden,
welches über das hinausgeht, was man bei
Konfrontation mit diesem Belastungsfaktor
erwarten würde und unterscheidet sich
insoweit von der einfachen Trauer, die eine
nicht krankheitswertige Befindlichkeit
darstellt

Anpassungsstörungen

ICD-10 in Abgrenzung zum DSM-IV

- inhaltlich in beiden Diagnosesystemen ähnlich definiert
- Auslösender Faktor: „... eine entscheidende Lebensveränderung oder ein belastendes Lebensereignis ... oder ... körperliche Erkrankung...“. ... kann das Individuum selbst oder (zusätzlich) dessen soziale Bezugsgruppe (Gemeinde), Beschädigung seines sozialen Netzes (durch Trauerfall, Trennung), oder Beschädigung seines weiteren Umfeldes sozialer Unterstützung (nach Emigration, Flucht) betreffen.
- Einzelne Kriterien sind in der ICD-10 weniger detailliert beschrieben
- Gliederung in die Kriterien A bis E des DSM-IV findet sich nicht
- die persönliche Vulnerabilität (seelische Verletzlichkeit) des Individuums als (mit)bedingender Faktor wird in der ICD-10 stärker herausgestellt; sie spielt eine größere Rolle als bei der *PTSD*.
- Beginn der Symptome „im allgemeinen“ spätestens nach einem Monat nach der Belastung (DSM-IV: 3 Monate)
- Dauer: maximal 6 Monate nach Symptombeginn (Ausnahme: F43.21 *längere depressive Reaktion*, dann bis 24 Monate, geringe Schwere)

Frage: Ist eine *Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)* nach versichertem Ereignis versicherungsrechtlich in jedem Fall Folge dieses Ereignisses?

„Objektive“ vs. „Subjektive“ Definition des Traumakriteriums (A-Kriteriums)

- Objektiv: definitiv lebensbedrohliches Ereignis
DSM-IV: „ ... tatsächlicher oder drohender Tod oder Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen ...“ jedoch als Beispiele: „...Vergewaltigung, Raubüberfall, Straßenüberfall, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Folterung, Kriegsgefangenschaft, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, schwere Autounfälle, lebensbedrohliche Erkrankung oder eine andere Bedrohung des Lebens ...“
ICD-10: Ereignis, „... welches bei fast jedem tiefe Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung hervorrufen würde“
- Subjektiv: „... unerträgliches *Erlebnis*, das die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten überschreitet“

(Fischer, G., Riedesser, P.: *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Verlag Ernst Reinhard, UTB, 2. Auflage 1999, 49)

Versicherungsrechtliche Konsequenzen der überwiegend subjektiven Definition:

- PTSD und Unfallbegriff
- PTSD und initiale Unfallfolgen (*Erst- oder Primärschaden*)
- Angemessenheit (Adäquanz) des auslösenden Ereignisses
- Objektivität
 - a) Wichtigkeit des psychischen Querschnittsbefundes
 - b) objektivierte Beeinträchtigung der Lebensgestaltung
- Epidemiologischer Aspekt (*nach Triebig 2001*)
 - a) Stärke der Assoziation
 - b) Expositions-Effekt-Beziehung
 - c) Zeitlicher Zusammenhang
 - d) Biologische Plausibilität
- ...

Schlußfolgerung:

- Versicherungsrechtlich leistungsbegründende psychogene Unfallfolgen sind an ein objektiv gravierendes seelisch für jeden Menschen erheblich beeindruckendes Lebensereignis gebunden.
- Dieses muß „objektiviert“ sein.
- Psychogene Vorerkrankungen wirken kausalitätserleichternd.

Facit: Nicht jede nach einem versicherten
Ereignis auf der Symptomebene zurecht
festgestellte *PTSD*
ist notwendig Ereignisfolge
im versicherungsrechtlichen Sinne

Psychogene Unfallfolgen bei körperlichem Erst- oder Primärschaden

- **Konversionsstörungen:** mögliche Unfallfolge bei
 - - entstellenden Körperschäden
 - - Schäden mit bleibenden Folgen für Leistungsfähigkeit oder soziales Umfeld
 - - Auswirkungen auf die Berufsausübung mit der Folge finanzieller Einbußen
 - - Beeinträchtigung für das seelische Gleichgewicht wichtiger Eigenschaften
 - - Betroffensein des Gesichtes (entstellende Narbenbildung), des Genitales oder anderer emotional besonders belegter Körperregionen
 - - „organisch“ zu erklärender Tinnitus etwa nach Innenohrschaden
- **Schmerz** (sog. „algogenes Psychosyndrom“)
- **Substantieller Hirnschaden** mit Hirnleistungsminderung und/oder Persönlichkeitsveränderung und sekundärer psychischer Störung

Schönberger/Mehrtens/Valentin: Arbeitsunfall und Berufskrankheit,

Was ist aber nun mit dem Argument:
„...das habe ich doch alles früher nie
gehabt“ ??!

Ist „post hoc“ wirklich gleich „propter hoc“?

Ein LKW-Fahrer hat in seinem Selbstverständnis überwiegend dafür gelebt, seiner Familie ein eigenes Haus zu bauen und dies unter Mühen und Entbehrungen schließlich realisiert. Als er anlässlich einer Unfallverletzung auf die Anteilnahme und Fürsorge seiner Frau hofft, teilt diese ihm mit, daß sie einen Freund hat und ihn verlassen wird. In seinem Selbstverständnis hatte er sich vorrangig der Aufgabe verschrieben, seiner Familie optimale Lebensbedingungen zu schaffen; ebenso hatte er versucht, seinen in sehr bescheidenen Verhältnissen lebenden Eltern zu demonstrieren, was er zu schaffen fähig ist. Seine Angebote an an beide wichtigen Objekte waren vergebens. In dieser Situation, welche zugleich die Enttäuschung an den Objekten und deren Verlust bedeutet - was beides emotional nicht erlebt und zum Ausdruck gebracht werden kann ... erfolgte der Zusammenbruch der kompensatorischen Bemühung und der Ausbruch der somatoformen Symptomatik.

Rudolf, G.: Der Prozess der depressiven Somatisierung. In: Rudolf, G., P. Henningsen (Hrsg.): Somatoforme Störungen, theoretisches Verständnis und therapeutische Praxis. Schattauer, 1. Auflage 1998, 171 - 184

Inhaltsübersicht:

- wo enden die Spielarten „normalen seelischen Befindens“, wo fängt seelische Krankheit an?
wie ist sie zu sichern ?
- Diskussion
- Kausalität: Fallbeispiel
- Befindlichkeitsstörungen: Krankheitsbilder, Häufigkeit, „typische“ Symptome
- Diskussion
- Akute Belastungsreaktion, Posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörung, andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung oder seelischer Erkrankung
- Diskussion
- 7 Merksätze in der Begutachtung psychogener Unfallfolgen
- Diskussion

Kausalität psychogener Störungen nach Unfällen

Schritte gutachtlicher Beweisführung durch den
Psychiater/Psychotherapeuten als Sachverständigen

- Definieren des Entstehungsweges der seelischen Störung
- Definieren des Erstschadens
 - a) primär seelisch
 - b) primär körperlich mit „Fehlverarbeitung“ z.B. im Wege der *Konversion*
- Definieren des auslösenden Ereignisses
- Definieren der psychogenen Erkrankung zum Begutachtungszeitpunkt
- Definieren der psychogenen Erkrankung im Zeitverlauf
- Definieren vor dem Unfall bestehender psychischer und körperlicher Erkrankungen (*Vorschaden*)
- Definieren unfallunabhängiger Stressoren

A) Definieren Sie zunächst den Entstehungsweg der seelischen Störung!

- Wurde ein körperlicher oder seelischer *Erstschaden* gesetzt, oder beides?
- Sowohl primär körperliche (somatische) als auch primär seelische (psychische) initiale Unfallfolgen können Leistungspflicht der Versicherer begründen

B) Definieren Sie den *Erst- oder Primärschaden*
(die *Initialen Unfallfolgen*)!

- Vollbeweis, bei *körperlichem Erstschaden* meist leicht, bei *seelischem Erstschaden* aber oft schwierig zu führen
- körperlich: führt die Körperverletzung in plausibler Weise zu einer anhaltenden Störung des seelischen Gleichgewichtes (Gliedermaßenverlust, entstellende Narbenbildung, Verletzung d. Genitales, Hörminderung mit Tinnitus)?
- seelisch: Ist das Traumakriterium (A1, A2) der *PTSD* erfüllt; ausschließlich im Wege des seelischen Erstschadens ist eine *PTSD* als Unfallfolge festzustellen

C) Definieren Sie das auslösende Ereignis!

- Vollbeweis
- das Ereignis muß in seinem Ablauf genau bekannt sein, allein auf die (oft Jahre danach erfolgenden) Schilderungen des/der Verletzten darf man sich nicht verlassen
- das Ereignis muß, um eine nachhaltige seelische Beeindruckung zu verursachen, das Ausmaß einer Alltagsbelastung weit überschritten haben
- allein die Tatsache, daß ein Unfall erlitten wurde, ist nicht ausreichend

D) Definieren Sie das gegenwärtige Ausmaß der psychogenen Störung!

- **Beschwerdeschilderung**
- **Krankheitszeichen (Symptome)**
wesentlich: psychischer Querschnittsbefund;
Achtung: Verfälschung d. Medikamente, Drogen, Alkohol u.a.)
Testskalen sind aus hiesiger Sicht nachgeordnet!
- **Beeinträchtigung der Lebensgestaltung**
im Beruf, u.U. Berentung, Aufgeben von Hobbys, Rückzug aus sozialen Bindungen u.a.
überprüfen Sie die Angaben anhand objektiver Daten (Krankenkassenauszug, Rentenbescheide, Arzt- und Psychotherapieberichte usw.)
- **Beschwerdebetonung/-vorspiegelung**

E) Definieren Sie das Ausmaß der psychogenen Störung im Zeitverlauf seit dem Ereignis!

- war die seelische Störung immer gleich beeinträchtigend? (objektive Daten! Psychiat. Behandlung? Psychotherapie? Heilverfahren?)
- hat sie sich gebessert?
- ist sie schlimmer geworden?
- wenn ja, war die Verschlimmerung Unfallfolge?
- Die (chronische) *PTSD* kann sich im Zeitverlauf unfallursächlich verschlimmern
Stichwort: *äußere und innere Retraumatisierung*, bei anderen psychogenen Störungen als Unfallfolge ist ein gleichbleibender oder „Decrescendo-Verlauf“ die Regel

F) Definieren Sie -falls vorhanden- einen psychischen und/oder körperlichen *Vorschaden* !

- Vollbeweis
- fiktive MdE-Einschätzung für den *Vorschaden*
- nur die über diejenige des *Vorschadens* hinausgehende Leistungsminderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wird entschädigt
- die Schritte A) - E) sind auch für den *Vorschaden* durchzuführen
- der *Vorschaden* wirkt kausalitätserleichternd (!!)
- die „*neurotische Reaktionsbereitschaft*“ ist kein *Vorschaden* sondern ein *disponierender Faktor* bzw. eine *Schadensanlage*

G) Definieren Sie das Spannungsfeld der Einflußfaktoren („Mercedesstern“)!

- Schwere und Beeindruckungscharakter des Ereignisses für die Seele des/der Betroffenen
- Persönlichkeit und individuelle Art der Lebensbewältigung (Biographische Anamnese, Persönlichkeitstests)
- Unfallunabhängige Lebensbelastungen z.B.:
 - a) erfolgte oder angedrohte Kündigung, b) Interaktionen in der Partnerschaft / Ehe, c) finanzielle Probleme (Überstunden sind nicht mehr zu leisten o.ä.), d) Sich-Unverstandenfühlen durch die Ärzte und Institutionen, e) Entschädigungskampf („Michael Kohlhaas“), f) „Tatsache des Versichertseins“ u.v.m.

Kausalität psychogener Störungen nach Unfällen

Schritte gutachtlicher Beweisführung durch den Psychiater/Psychotherapeuten als Sachverständigen

- Definieren des Entstehungsweges der seelischen Störung
- Definieren des Erstschadens
 - a) primär seelisch
 - b) primär körperlich mit „Fehlverarbeitung“ z.B. im Wege der *Konversion*
- Definieren des auslösenden Ereignisses
- Definieren der psychogenen Erkrankung zum Begutachtungszeitpunkt
- Definieren der psychogenen Erkrankung im Zeitverlauf
- Definieren vor dem Unfall bestehender psychischer und körperlicher Erkrankungen (*Vorschaden*)
- Definieren unfallunabhängiger Stressoren

Fallbeispiel - 11- (- 1 - : Sachversicherung):

- M.F. geb. 21.06.1952, Schornsteinfegermeister, selbständig.
- 29.06.1994: auf der A44 Auffahrunfall, angeschnallt im aufgefahrenen Fahrzeug, unfallbedingte Geschwindigkeitsänderung 8 km/h, lt. DekraGA war der PKW (Audi 100, 3 J alt, Kopfstützen) 2,8facher Erdbeschleunigung ausgesetzt.
- 3. Unfalltag: erster Arztkontakt (Hausarzt), Diagnose: HWS-Schleudertrauma
- Lang hingezogene Beschwerden, Manualtherapie, dauerhaft AU
- Anfang 1996: neurootologische Diagnostik: *Cervicoencephales Syndrom, multisensorische Hirnstammtaumeligkeit, mesencephale Störungen des Augenzusammenspiels*
- 02.05.1996: MRT der HWS und des craniocervikalen Überganges in einer Praxis in Kempten/Allgäu: Riß der Flügelbänder (Ligamenta alaria)
- 15.05.1996: Vorstellung beim Neurochirurgen, Indikation zur Versteifung der oberen HWS-Segmente, M.F. mag sich aber nicht entschließen.
- Oktober 1996: Begutachtung d.d. BG: Beschwerdebild nicht Unfallfolge, HWS-Distorsion, unfallbedingte AU + Dauer des bg-lichen Heilverfahrens: 6 Wochen, danach keine MdE.

Fallbeispiel - 11- (- 2 - : Sachversicherung):

- Dezember 1996: die KFZ-Haftpflicht schließt sich dieser Einschätzung an
- 1997 Korrespondenz unter den Rechtsanwälten
- Dezember 1997: Klage Landgericht Lüneburg: Beantragt wird die Anerkennung der strukturellen HWS-Verletzung mit neurootologischem Krankheitsbild, u.a. Schmerzensgeldforderung DM 80 000.- + Verdienstaufschlag + Behandlungskosten.
- Oktober 1998: chirurgisch-orthopädisches + technisches Gutachten, danach
- November 1998: Klagabweisung: „... die übertragene Energie ist nicht geeignet gewesen, den behaupteten Schaden herbeizuführen...“.
- Dezember 1998: der Verletzte begibt sich in psychiatrische Behandlung
- Januar 1999: Berufung beim Oberlandesgericht Celle, Streit der Parteien um die Höhe des Verdienstaufschlages
- März 2000: der Verletzte beantragt EU-Rente bei der GRV
- Juni 2000: psychiatrisches Gutachten: *Posttraumatische Belastungsstörung*, MdE (KFZ-Haftpflicht) 80 v.H., unfallbedingte AU andauernd vom Unfalltag bis zur Begutachtung und darüber hinaus, durchgehende psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit, psychotherapeutisches stationäres Heilverfahren in auf die Behandlung psychisch traumatisierter Menschen spezialisierter Klinik empfohlen.
- Das Verfahren dauert an

Zusammenfassung:

- Psychogene Störungen von Krankheitswert, wie sie oft als Unfallfolge geltend gemacht werden, finden sich bei bis zu 25% der nicht verunfallten Allgemeinbevölkerung,
- Einzelne Beschwerden i.S.v. Befindlichkeitsstörungen finden sich bei 96% (!)
- Ohne Erstscha-den (initiale Verletzungsfolgen) keine psychogenen Unfallfolgen
- Die korrekt gestellte Diagnose *PTSD* kann eine dauerhafte (im Einzelfall lebenslange) psychogene Störung als Unfallfolge bedeuten; soweit andere Erkrankungen (die nicht die Kriterien B - D der *PTSD* erfüllen) dauerhaft als Unfallfolge geltend gemacht werden sollen, müssen jedenfalls die beiden A-Kriterien erfüllt sein.
- Anpassungsstörungen enden in der Regel 6 Monate nach Symptombeginn
- Die MdE ergibt sich nicht (nur) aus dem berichteten subjektiven Beschwerdebild und schon gar nicht aus der Diagnose, sondern aus der durch die psychogenen Symptome bedingten Leistungseinschränkung berufsbezogen oder bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.
- Diese muß sich im psychischen Querschnittsbefund wiederfinden; Psychologische Skalen können zu weiterführenden Informationen führen

Literatur I:

- Barsky A.J: (1988): The paradox of health. *New.Engl.J.Med.* 318, 414 - 418
- Bochnik, H.J.: Grundsätze und begriffliche Werkzeuge zur ärztlichen Ganzheitsorientierung. In: Bochnik, H.J., W. Hackhausen (Hrsg.): *Personenorientierte Diagnostik und Begutachtung.* Urban u. Fischer, 1. Aufl. 1999, 3
- Brede-Weisflog, B. (1996): Das Sick-Building-Syndrom. *Versicherungsmedizin* 48, 5, 170 – 174
- Claussen, C.F., Claussen, E. (1996): Neurootologische Aspekte der medizinischen Begutachtung des HWS-Schleudertraumas. *Neurootology Newsletter*, Vol.2, No.2, 1 - 20
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H.(Hrsg.) (1993): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD 10, 2. Auflage* Verlag Hans Huber
- Fabra, M (2001): Kausalität psychogener Störungen in der KFZ-Haftpflichtversicherung. *Med.Sach.*97, Nr.4, 152 – 159
- Fischer, G., Riedesser, P.: *Lehrbuch der Psychotraumatologie.* Verlag Ernst Reinhard, UTB, 2. Auflage 1999, 58,
- Foerster, K. (2001): Stellenwert psychischer Störungen in der Begutachtung - Grundlagen der Begutachtung. *Med. Sach.* 97, 2, 33 – 35
- Franz, M., D. Schellberg, H. Schepank (1995): Indikatoren und Einflussfaktoren des Langzeitspontanverlaufs psychogener Erkrankungen, ein Extremgruppenvergleich, *PPmP Psychother., Psychosom. Med. Psychol.* 45, 41 –51
- Häfner, H. (1983): Allgemeine und spezielle Krankheitsbegriffe in der Psychiatrie. *Nervenarzt* 54, 231 - 238
- Heigl, F.: *Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie.* Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 3. Aufl. 1987, S. 137 f.,
- Holmes, G.J.E., Kaplan, N.M., Gantz, A.L., et al. (1988): Chronic Fatigue Syndrome. A working case definition. *Ann.Intern.Med.* 108, 387 - 389
- Podoll, K. (1991): Der Telefonunfall - ein Beitrag zur Geschichte der traumatischen Neurosen. *Fortschr.Neurol.Psychiat.*59, 387 - 393

Literatur II:

- Rudolf, G.: Der Prozess der depressiven Somatisierung. In: Rudolf, G., P. Henningsen (Hrsg.): Somatoforme Störungen, theoretisches Verständnis und therapeutische Praxis. Schattauer, 1. Auflage 1998, 171 - 184
- Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M. (Hrsg) (1998): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSMIV), 2. Auflage, Hogrefe
- Schepank, H. (1987): Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung, eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Studie in Mannheim; Springer-Verlag
- Schepank, H. (1995): Der Beeinträchtigungsschwerescore (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Beltz - Verlag.
- Schönberger/Mehrtens/Valentin: Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Auflage 1998
- Tress, W. , Kruse, J., Heckrat, C., Schmitz, N., Alberti, L. (1997): Der psychosomatische Patient beim Hausarzt - Ergebnisse einer Felduntersuchung. In: Franz, M., Tress, W. (Hrsg): Psychosomatische Medizin, Ankunft in der Praxis. Ffm, VAS-Verl., 55 - 67
- Triebig, G. (2001):Medizinisch-wissenschaftliche Grundlagen der Kausalitätsbeurteilung - epidemiologische und individuelle Aspekte, ein Gegensatz? - aus epidemiologischer Sicht. Med.Sach. 97, 3, 99 - 102
- Wendriner, H. (1905): Über Unfälle durch den elektrischen Starkstrom. Inaugural Dissertation, Berlin.
- Wolf, Ch. (1996): Multiple chemical sensitivity (MCS) - die sogenannte chemische Vielfachempfindlichkeit. Versicherungsmedizin 48, 5, 175 - 178