



LANDESVERBAND
SÜDWESTDEUTSCHLAND
DER GEWERBLICHEN
BERUFGENOSSENSCHAFTEN
HEIDELBERG

Arbeitsunfall und psychische Gesundheitsschäden

Empfehlungen für die Praxis

- der Unfallversicherungsträger
- der behandelnden Ärzte
- der Gutachter

Verfasser:

Arbeitskreis „Heilverfahren bei speziellen Verletzungsfolgen“

(Leitung: Leitender Verwaltungsdirektor Werner Plinske, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Bezirksverwaltung Würzburg)

Herausgeber:

Landesverband Südwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften,
Kurfürsten-Anlage 62, 69115 Heidelberg

Druck:

Keplerdruck Druckerei + Verlag GmbH, 75031 Eppingen

September 1999

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	7
1. Fallgruppen der behandelten Unfallabläufe/Verletzungsarten	9
1.1 Das psychische Trauma als Arbeitsunfall.....	9
1.1.1 Beschreibung von Fallkonstellationen, Einwirkungsmechanismen, Belastungssituationen	9
1.1.2 Grundsätze und Grenzen des Versicherungsschutzes	9
1.1.3 Schadensbilder.....	12
1.2 Psychische Störungen als Unfallfolge hier: nach einer HWS-Distorsion als Unfallschaden	13
1.2.1 Beschreibung von Unfallabläufen	13
1.2.2 Schadensbilder.....	13
1.2.3 Heilverlauf nach HWS-Distorsionen	14
2. Das Heilverfahren beim (isolierten) psychischen Trauma	15
2.1 Maßnahmen der Prävention (Vorbeugung psychischer Störungen).....	15
2.2 Überwachung und Steuerung des Heilverfahrens	15
2.3 Besondere Maßnahmen der Heilbehandlung.....	16
3. Das Heilverfahren bei möglichen psychischen Störungen als Unfallfolge nach einer HWS-Distorsion	19
3.1 Überwachung und Steuerung des Heilverfahrens	19
3.2 Maßnahmen der Diagnostik.....	19
4. Die Bearbeitung von Fällen mit verzögertem Heilverlauf bei gesicherten psychischen Störungen	21
4.1 Beschreibung typischer Fallgestaltungen	21
4.1.1 Beschreibung typischer Fallgestaltungen als Folge eines (isolierten) psychischen Traumas.....	21
4.1.2 Beschreibung typischer Fallgestaltungen mit psychischen Störungen nach einer HWS-Distorsion	21
4.1.3 Besondere Merkmale für einen verzögerten Heilverlauf nach isolierten psychischen Traumen und nach einer HWS-Distorsion mit nachfolgenden psychischen Störungen	22

4.2	Ermittlungen durch den UV-Träger	23
4.2.1	Einzelheiten des Unfallgeschehens	24
4.2.2	Spontane Reaktion und Verhalten des Versicherten nach dem Unfallgeschehen	24
4.2.3	Verarbeitung der Unfallfolgen	24
4.2.4	Prämorbidität/Vorbefunde des Versicherten	24
4.2.5	Psychosoziales Umfeld vor und nach dem Unfallgeschehen	24
4.3	Gezielter Einsatz aller geeigneter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen	25
4.4	Begutachtung, Verwaltungsakt, Leistungen	25
4.4.1	Begutachtung	25
4.4.2	Verwaltungsakt	27
4.4.3	Leistungen	27
4.4.4	Nachlaufende Betreuung durch UV-Träger	28
5.	Anlagen	
Anlage 1:	Prüfschema Versicherungsfall bei psychischen Störungen.....	31
Anlage 2:	Auszug aus ICD - 10	33
Anlage 3:	Betreuungskonzept der Berufsgenossenschaft der Straßen-, U-Bahnen und Eisenbahnen (Kölner Verkehrsbetriebe).....	37
Anlage 4:	Betreuungskonzept des Bundesverbandes der Unfallkassen e. V. (Sparkassenbereich)	41
Anlage 5:	Hinweise zur Auswahl von Therapeuten, therapeutischen Maßnahmen und Gutachtern	51
Anlage 6:	Bearbeitungskonzept bei isolierten psychischen Traumata	55
Anlage 7:	Bearbeitungskonzept HWS-Distorsion	59
Anlage 8:	Bearbeitungskonzept HWS-Distorsion - Kurzfassung.....	63
Anlage 9:	Zusammenfassung Konsenspapier zur HWS-Beschleunigungs- verletzung.....	67
Anlage 10:	Fragenkatalog zur Sachaufklärung	75
Anlage 11:	Fachkliniken für stationäre Reha-Maßnahmen bei psychischen Störungen.....	77
Anlage 12:	Gutachtensauftrag zur Zusammenhangsfrage bei psychischen Störungen.....	79

Fundstellen-/Literaturverzeichnis

- LSG Niedersachsen, Urteil vom 25.11.1997 - L 3 U 97/97, HVBG-Info 1998, S. 1882-1894, bestätigt durch BSG, Urteil vom 08.12.1998 - B 2 U 1/98 R, HVBG-Info 1999, S. 238-243
- BSG, Urteil vom 05.08.1987 - 9 b RU 36/86, HVBG-Info 1987, S. 1802-1809
- Bayer. LSG vom 30.07.1997 - L 17 U 168/95, HVBG-Info 1999, S. 65-67
- LSG Rheinland-Pfalz vom 04.03.1997 - L 3 U 1/93, HVBG-Info 1998, S. 2543-2551
- LSG Nordrhein-Westfalen vom 28.05.1997 - L 17 U 216/94, HVBG-Info 1998, S. 796-807
- LSG Niedersachsen vom 11.02.1997 - L 3 U 143/96, HVBG-Info 1997, S. 1988-1998
- Berger, M., Frommberger, U.: Posttraumatische Belastungsstörungen, Nervenheilkunde, 1998, 17:59-63
- Brandenburg, St.: HWS-Beschleunigungsverletzung - Feststellungsverfahren, Verwaltungsseitige Ermittlungen, Vorgabe für den Gutachter, 13. Duisburger Gutachtenkolloquium, 1996, S. 43
- Brandenburg, St.: Psychogene Störungen nach physischen Traumen aus juristischer Sicht, Der medizinische Sachverständige, 02/1997, S. 40
- Fischer, G., Becker-Fischer, M., Düchting, C.: Neue Wege in der Hilfe für Gewaltopfer, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), 1998
- Foerster, K.: Psychogene Störungen nach physischen Traumen - Kausalitätsfragen aus Sachverständigensicht, Der medizinische Sachverständige, 02/1997, S. 44
- Grifka, I., Hedtmann, A., Pape, H. G., Witte, H., Tyws, T.: Diagnostik und Therapie bei Beschleunigungsverletzungen der Halswirbelsäule, Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 4, Januar 1998, S. A152
- Jörg, J., Menger, H.: Das Halswirbelsäulen- und Halsmarktrauma, Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 21, Mai 1998, S. A 2098
- Kaiser, V., Weller, S.: Hinweise für den ärztlichen Gutachter, Landesverband Südwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), 6. Auflage, 1998
- Kaiser, V.: Spezielle Fragen der Begutachtung psychischer Unfallreaktionen aus juristischer Sicht, 15. Duisburger Gutachtenkolloquium, 1998
- Mayer, K.: Das sog. Schleudertrauma der Halswirbelsäule: Neurologie und Psychosomatik, 13. Duisburger Gutachtenkolloquium, 1996, S. 31

- Meyer, C., Markgraf, E.: Die posttraumatische Belastungsstörung nach Verkehrsunfällen, *Der Unfallchirurg*, 12/1998, S. 877
- Moorahrend, U., (Hrsg.): Die Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart - Jena - New York, 1993
- Nann, Hans-Peter: Die psychosoziale Betreuung Versicherter in der gesetzlichen Unfallversicherung, *Die BG*, Mai 1998, S. 300
- Wehking, E.: Unfallschaden und Psyche - Ein Leitfaden für den Sachbearbeiter in der gesetzlichen Unfallversicherung und in der Sachversicherung, April 1998

Vorwort

Körperliche Gesundheitsschäden führen vielfach auch zu einer psychischen Belastung des Betroffenen. Bei bestimmten Unfallereignissen kann es aber auch ohne eine körperliche Verletzung zu einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in Form eines Schockzustandes bzw. eines psychischen Traumas kommen.

Aufgabe der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ist folgerichtig auch die Rehabilitation in Form der psychosozialen Betreuung.

Während Verletzungen auf unfallchirurgischem/chirurgischem/orthopädischem Gebiet in der gesetzlichen Unfallversicherung über die speziell hierfür eingerichteten medizinischen Rehabilitationsverfahren wie das Durchgangsarztverfahren mit einer hochentwickelten Unfallchirurgie umfassend versorgt werden, ist derzeit noch nicht immer sichergestellt, dass psychische Gesundheitsstörungen frühzeitig erkannt und behandelt werden. Erforderlich sind also auch für diese Fallgestaltungen geeignete Handlungsinstrumente für die Steuerung des Heilverfahrens.

Vor diesem Hintergrund hat ein vom Heilverfahrensausschuss des Landesverbandes Südwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften eingesetzter Arbeitskreis die hier vorgelegte Broschüre

- **Arbeitsunfall und psychische Gesundheitsschäden**

verfasst.

Mit dieser Veröffentlichung wird i. S. eines Pilotprojekts Neuland betreten. Es liegt zwar eine Reihe von Einzelveröffentlichungen zu beiden Problemkreisen vor, es fehlt aber bisher an einer umfassenden Darstellung der bei der Bearbeitung solcher Gesundheitsschäden zu berücksichtigenden Besonderheiten. Dieser „Erstausgabe“ kommt deshalb insofern Pilotfunktion zu, weil Arbeitshinweise nicht nur für Verwaltungen, sondern auch für behandelnde Ärzte und Gutachter gegeben werden. Der Landesverband Südwestdeutschland wünscht sich deshalb aus allen angesprochenen Bereichen Hinweise und Anregungen zur Broschüre. Ziel ist es, eine Diskussion in Gang zu bringen und auf lange Sicht eine gemeinsame, von Ärzten und Unfallversicherungsträgern getragene und anerkannte Arbeitsempfehlung für die Behandlung psychischer Störungen als Unfallfolge zu entwickeln.

Dem Leiter des Arbeitskreises „Heilverfahren für spezielle Verletzungsfolgen“, Ltd. Verwaltungsdirektor Werner Plinske, Geschäftsführer der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Bezirksverwaltung Würzburg, sowie den weiteren Mitgliedern

Assessorin Claudia Drechsel-Schlund
Stellv. Geschäftsführerin der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Bezirksverwaltung Würzburg

Assessorin Petra Popp
Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie, Bezirksverwaltung Würzburg

Assessor Herbert Barthel
Geschäftsführer der Berufsgenossenschaft
für den Einzelhandel, Bezirksverwaltung
München

Verw.-Direktor Hans Kiener
Geschäftsführer der Berufsgenossenschaft
Druck- und Papierverarbeitung, Bezirksver-
waltung Wiesbaden

Referent Rüdiger Oehler
Geschäftsführer der Berufsgenossenschaft
der Strassen-, U-Bahnen und Eisenbahnen,
Bezirksverwaltung Reutlingen

Verw.-Direktor Dr. Armin Wagner
Geschäftsführer der Berufsgenossenschaft
für Fahrzeughaltungen, Bezirksverwaltung
Wiesbaden

und dem Beratenden Arzt des Landesver-
bandes Südwestdeutschland für das neu-
rologische Fachgebiet, Prof. Dr. Dr.
Mayer, Tübingen, ist für die Erstellung der
Arbeitshilfe in einem sozialpolitisch
bedeutsamen Bereich zu danken.

Heidelberg, im September 1999



(Dr. Radek)
Geschäftsführer



Einleitung

Aufgabe der UV-Träger ist es, mit allen geeigneten Mitteln und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einen Unfallverletzten zu rehabilitieren (vgl. § 26 SGB VII). Dieses Ziel kann im Einzelfall durch

- Leistungen der medizinischen Rehabilitation
- berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation
- soziale Leistungen zur Rehabilitation

erreicht werden. Für die durch Gesetz übertragenen Aufgaben haben die UV-Träger, bezogen auf die drei genannten Teilgebiete von Wiederherstellungsmaßnahmen, eine Reihe von Verfahrensregelungen geschaffen, die eine rasch einsetzende, umfassende medizinische Versorgung, eine nahtlos anschließende Berufshilfe und eine begleitende soziale Betreuung gewährleisten. Auf der Grundlage dieser Verfahrensregelungen ist es dem Sachbearbeiter des UV-Trägers in aller Regel möglich, das Heilverfahren nach Eintritt eines Arbeitsunfalles so zu überwachen und zu steuern, dass jederzeit auch tatsächlich alle geeigneten Mittel frühzeitig eingesetzt werden, um den Heilerfolg abzusichern.

Probleme der Heilverfahrensüberwachung und -steuerung ergeben sich bei solchen Fallkonstellationen, bei denen wegen der ausgeprägt individuellen Unfallfolgen die ansonsten üblichen Gruppeneinteilungen und daraus abgeleitete Erfahrungswerte zur Dauer des Heilverfahrens/der Arbeitsunfähigkeit nicht verfügbar sind. Dies gilt in besonderer Weise für die hier darzustellenden Fälle mit einem (isolierten) psychischen Trauma und Fälle mit nachlaufend zu einer Verletzung mit Schwerpunkt im chirurgisch-orthopädischen Bereich auftretenden psychischen Störungen.

Nachdem in der Praxis solche psychischen Störungen gehäuft bei bzw. nach HWS-Distorsionen auftreten, lag nahe, dieses Verletzungsmuster herauszugreifen und exemplarisch zu behandeln.

Als Problemstellung für beide Bereiche, nämlich

- das psychische Trauma als Arbeitsunfall und
- psychischen Störungen als Unfallfolge (am Beispiel einer HWS-Distorsion),

werden die immer wieder zu beobachtenden langwierigen Heilverläufe gesehen, bei denen oft sehr spät eine weiterbeste-

hende Arbeitsunfähigkeit mit Behandlungsbedürftigkeit des Versicherten erkannt wird, so dass eine Intervention zum frühestmöglichen Zeitpunkt, wie im Gesetz vorgesehen, nicht möglich ist.

Diese Arbeitshinweise haben zum Ziel, Hilfestellung für das Erkennen und die Bearbeitung der genannten Problembereiche zu geben. Hierfür stehen verbale Beschreibungen, aber auch Bearbeitungsschemata zur Verfügung.

Durch eine frühzeitig einsetzende und sachgerecht durchgeführte Überwachung und Steuerung des Heilverfahrens sollte es möglich sein, Fehlverläufen vorzubeugen und auch in diesen schwierigen Fällen eine umfassende Rehabilitation des Versicherten zu erreichen.

Das Arbeitspapier folgt in seiner Gliederung zunächst den beiden o. g. Problembereichen. Es werden also jeweils gesonderte Hinweise zu den Kapiteln

- psychisches Trauma als Arbeitsunfall und
- psychische Störungen als Unfallfolge

gegeben. Bei der ersten Gruppe finden sich Erläuterungen auch zu den allgemeinen Versicherungsschutzfragen, die der Anerkennung eines solchen Ereignisses als Arbeitsunfall in aller Regel vorausgehen. Bei der zweiten Gruppe wurde bei Abfas-

sung der Hinweise das Vorliegen eines Arbeitsunfalles unterstellt.

Die immer wieder auftretende Frage, ob ein Arbeitsunfall Ursache für später auftretende psychische Störungen sein kann, wird in einem für beide Fallgruppen dann einheitlich verfassten Teil unter der Gliederungsnummer 4 behandelt. Dort werden auch Hinweise für ergänzende diagnostische Maßnahmen und zur ggf. erforderlichen Zusammenhangsbegutachtung gegeben.

Neben den erläuternden Teilen sollen die graphisch gestalteten Bearbeitungsschemata helfen, die zeitliche Dimension der empfohlenen Bearbeitungsschritte leichter nachvollziehen zu können. Über solche Zeitschienen kann oft der jeweils bearbeitete Einzelfall mit den formulierten Vorgaben verglichen werden, so dass die im einzelnen in Betracht kommenden Maßnahmen auf die individuelle Bearbeitung übertragen werden können.

Das Arbeitspapier enthält wegen der angestrebten besseren Lesbarkeit in seinen verbalen Teilen zusammenfassende Erläuterungen. Langfassungen dieser Texte, sowie Materialien, auf die in den Hinweisen ausdrücklich Bezug genommen wird, sind dem Arbeitspapier entweder als Anlage beigefügt, oder es wird (bei umfangreicheren Werken) auf die jeweiligen Fundstellen verwiesen.



1. Fallgruppen der behandelten Unfallabläufe/Verletzungsarten

1.1 Das psychische Trauma als Arbeitsunfall

Auswertungen des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften haben eine massive Steigerung der psychischen Traumen ergeben. So hat sich die Zahl der meldepflichtigen Arbeits- und Wegeunfälle von 781 in 1991 (Basisjahr) auf 1.347 Fälle in 1998 nahezu verdoppelt (+ 72,47 %). Ausgewertet wurden aus der 10 v. H.-Statistik Fälle mit der Verletzungsart „Schockzustände erlebnisreaktiver/psychischer Art“ (Schlüsselzahl 86) und dem verletzten Körperteil „Gesamter Mensch“ (Schlüsselzahl 019). Die Anzahl der Fälle mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung der Versicherten hat in den o. g. Zeitraum in gleicher Weise zugenommen. Betroffen sind Versicherte aus fast allen Gewerbezweigen.

1.1.1 Beschreibung von Fallkonstellationen, Einwirkungsmechanismen, Belastungssituationen

Im wesentlichen sind als isolierte psychische Traumen folgende Fallkonstellationen denkbar:

- Personen, die selbst Opfer eines Unglücksfalles oder Verbrechens werden, ohne dabei organisch-körperliche

Schäden davonzutragen (im folgenden als „Opferstatus“ bezeichnet, z. B. Geiselnahme einer Bankangestellten bei einem Banküberfall)

- Personen, die bei ihrer üblichen beruflichen Tätigkeit bzw. auf dem Weg von und zu dieser Tätigkeit mit Unglücksfällen anderer als Augenzeuge konfrontiert werden (im folgenden als „Beobachterstatus“ bezeichnet, z. B. Arbeiter beobachtet schweren Unfall eines Arbeitskollegen)
- Personen, die bei einem Unfall neben einer geringen körperlichen Verletzung ein psychisches Trauma erleiden, wobei dieses psychische Trauma nicht durch die körperliche Verletzung verursacht wurde, sondern auf besondere Begleitumstände des Unfalles zurückzuführen ist (z. B. Vater und Tochter erleiden auf dem Weg zur Arbeit gemeinsam einen Pkw-Unfall, wobei der Vater einen Unterschenkelbruch erleidet und die Tochter tödlich verunglückt)

1.1.2 Grundsätze und Grenzen des Versicherungsschutzes

Für alle aufgeführten Fallbeispiele können sich Probleme bei der Klärung des Versicherungsschutzes ergeben. Der Beurtei-

lungsschwerpunkt bei der Prüfung der einzelnen Tatbestandsmerkmale (versicherte Tätigkeit, Unfallbegriff, Gesundheitsstörungen, Kausalzusammenhang) stellt sich jedoch unterschiedlich dar. Nachfolgend werden nur die besonderen Fragestellungen eines psychischen Traumas herausgearbeitet. Zur besseren Veranschaulichung ist das Prüfschema „Psychisches Trauma“ auch graphisch dargestellt (s. Anlage 1).

► Versicherte Tätigkeit

Soweit sich eine den Versicherten gefährdende oder für ihn bedrohliche Situation unmittelbar bei Verrichtung seiner betriebsüblichen Arbeit verwirklicht, wird die versicherte Tätigkeit regelmäßig zu bejahen sein. Probleme ergeben sich bei einem Beobachterstatus, wenn der Versicherte von eigenem Willen gesteuert bestimmt, was er beobachtet oder nicht (z. B. Versicherter wechselt bewusst die Straßenseite, um aus Sensationslust Augenzeuge eines bereits eingetretenen Unglücks zu werden).

Eine Lösung dieses Problems lässt sich nur anhand des in der Literatur und Rechtsprechung entwickelten Grundsatzes der „Handlungstendenz“ finden. Kernfrage ist, ob eine Handlung nach ihrem Zweck dem betroffenen Unternehmen dienen soll. Hierzu reicht es nicht aus, dass die einzelne Verrichtung losgelöst von den tragenden Umständen dem Unternehmen nützlich ist. Entscheidend ist vielmehr, dass die Handlungstendenz auf die Belange des Unternehmens gerichtet ist.

Ein weiterer Problembereich ist dort zu sehen, wo auch in der Person des Versicherten liegende Gründe zu der für ihn bedrohlichen Situation geführt haben können. Dies kommt z. B. bei Überfällen auf

Wegen zwischen Wohnung und Arbeitsstätte in Betracht, wenn das Motiv für eine Gewalttat im persönlichen Verhältnis zwischen Täter und Opfer liegt. In diesem Fall ist der Überfall nicht dem versicherten Bereich zuzurechnen, wenn keine besonderen Umstände der versicherten Tätigkeit den Überfall „entscheidend begünstigt“ haben. Versicherungsschutz besteht hingegen, wenn die versicherte Tätigkeit unter den gegebenen Umständen den Versicherten zwangsläufig in die kritische Situation geführt hat, in der es zu dem Überfall kommen konnte (z. B. Überfall auf einsamer Straße des Heimweges zur Nachtzeit).

► Unfallbegriff

▷ Äußeres Ereignis

Das äußere Ereignis, sowohl beim Opfer als auch beim Beobachterstatus, ist die bewusste Wahrnehmung eines Unglücks oder die unmittelbare Bedrohung bzw. die Konfrontation mit einer Gewalttat. Von einem Unfallereignis in Form äußerer Einwirkung kann nur gesprochen werden, wenn der Unglücksfall, die Bedrohung bzw. die Konfrontation mit einer Gewalttat von außergewöhnlichem Ausmaß war. Bei dieser Bewertung ist auf die besonderen Umstände des Einzelfalles abzustellen. Als „Ereignis“ bzw. als „Einwirkung“ sind auch psychische Belastungen anzusehen, die aus der Wahrnehmung einer mit besonderen Anforderungen oder mit einem besonderen Risiko verbundenen versicherten Tätigkeiten herrühren, d. h. vom Rahmen des alltäglich Gewohnten abweichen.

An einer äußeren Einwirkung fehlt es, wenn sich der Versicherte „freiwillig“ dem

belastenden Ereignis aussetzt oder persönliche Schicksalsverarbeitungen im Vordergrund stehen (= psychische Vorgänge aus innerer Ursache).

▷ Zeitlich begrenztes Ereignis („plötzlich“)

Die oben beschriebenen Ereignisse treten fast immer plötzlich auf. Besonders zu prüfen sind solche Fälle, bei denen sich die Beobachtung/Wahrnehmung über einen längeren Zeitraum erstreckt. Als Beispiel ist zu nennen: Sanitäter birgt über mehrere Tage hinweg Schwerstverletzte und Tote bei einem Massenunfall (z. B. Zugunglück von Eschede).

Für diese Fälle gilt der Grundsatz, dass Schäden durch wiederholte, auf mehrere Arbeitsschichten verteilte Gewalteinwirkungen nur dann Folge eines Unfalls sein können, wenn sich eine einzelne Ursache einer Arbeitsschicht derart aus der Gesamtheit hervorhebt, dass sie nicht nur als letzte von mehreren für den Erfolg gleichwertigen Ursachen erscheint. Hinsichtlich der spezifischen Massivität der Einwirkung in einer Arbeitsschicht ist ein objektiver Beurteilungsmaßstab anzulegen; die subjektive Empfindung des Versicherten reicht nicht aus. Eine Entscheidung ist hier nur durch eingehende Ermittlungen zu Unglücksort, Unglücksart und Ausmaß des Unglücks möglich.

▷ Gesundheitsstörung/(Erst-)Schaden

Die bei dem Unfallereignis erlittene Gesundheitsstörung (Primärschaden) stellt sich als psychischer Schock dar, als eine schlagartig auftretende schwere psychische Erschütterung. Dieser Primärschaden muss voll bewiesen sein. Sofern keine ent-

sprechenden Körpersignale (vegetative Begleiterscheinungen bis hin zur Bewußtseinsstörung) nachzuweisen sind, muss ein evtl. eingetretener Schockzustand retrospektiv durch ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten belegt werden.

► Ursachenzusammenhang

Die Beurteilung des Zusammenhangs zwischen der Beobachtung/Wahrnehmung eines Ereignisses und einer psychischen Reaktion erfordert sehr komplexe Kausalitätsüberlegungen. Stets sind die besonderen Umstände des Einzelfalles zu berücksichtigen. Folgende Kriterien sind für die Beurteilung der Zusammenhangsfrage entscheidend:

- Schweregrad des Unfallereignisses
- Schweregrad des Unfallerebnisses
- Persönlichkeit des Betroffenen
- konkurrierende Ursachen (Vorschäden, Schadensanlage)
- mögliche sekundäre Motive (z. B. Leistungsbegehren)

Hinsichtlich des Schweregrades des Unfallereignisses kann kein Grundsatz aufgestellt werden, dass ein leichtes Trauma nur geringfügig auf die Psyche wirkt.

Entsprechend dem Kausalitätsprinzip der gesetzlichen Unfallversicherung ist der Geschädigte grundsätzlich mit seiner individuellen Veranlagung geschützt. Somit kann einem psychischen Vorschaden nicht in jedem Falle von vornherein eine so überragende Bedeutung beigemessen werden, dass er als rechtlich wesentliche Ursache angesehen wird und andere Einwirkungen auf die Psyche des Versicherten dadurch

als rechtlich unwesentlich bewertet werden.

Ein deutlicher qualitativer und quantitativer Unterschied der Beschwerden vor und nach dem Unfall spricht z. B. eher für einen ursächlichen Zusammenhang. Der Zusammenhang zwischen äußerer Einwirkung und Gesundheitsschaden lässt sich nur bejahen, wenn der Unfall und seine Folgen – nach Eigenart und Stärke – unersetzlich, d. h. nicht mit anderen alltäglich vorkommenden Ereignissen austauschbar sind. Werden psychische Krankheitserscheinungen nur „rein zufällig“ durch das Unfallgeschehen ausgelöst und wären in ähnlicher Weise auch aus womöglich geringfügigen anderen Anlässen eingetreten, so gehören sie zum allgemeinen Lebensrisiko des Verletzten, das er entschädigungslos zu tragen hat (Vorschaden/Schadensanlage). Häufig sind aber zunächst keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür erkennbar, dass die nachgewiesene vorhandene psychische Konstitution auch ohne den Unfall in absehbarer Zeit zu einer psychischen Störung geführt hätte, so dass eingehende Ermittlungen erforderlich werden.

Mögliche sekundäre Motive sind z. B. ein Leistungsbegehren oder der Wunsch, wegen Problemen am Arbeitsplatz aus dem Berufsleben auszusteigen. In diesen Fällen lässt sich der ursächliche Zusammenhang nicht bejahen. Sofern diese Motivation des Betroffenen zugleich eine psychische Bewältigung des Unfallereignisses darstellt, sind die psychischen Antrittsmomente des Versicherten gegeneinander abzuwägen.

Zusammenfassung zu 1.1.2:

Der Versicherungsschutz ist bei allen Fallkonstellationen des psychischen Traumas nach obenstehenden Prüfungsgesichtspunkten zu entscheiden.

1.1.3 Schadensbilder

Eine traumatische Wahrnehmung hinterlässt Spuren bei den Betroffenen. Am häufigsten und übereinstimmend beschrieben werden Symptome auf der Ebene des Erlebens (überflutendes Wiedererleben der Situation, z. B. in Form von Alpträumen oder Flashbacks), auf der Ebene des Verhaltens (Vermeiden von Auslösereizen für Wiedererinnern) und auf der physiologischen Ebene (Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen etc.).

In der Verwaltungspraxis wird der Sachbearbeiter häufig durch vage Beschreibungen in ärztlichen Behandlungsberichten, wie z. B. „Überlastungssyndrom“, „depressive Verstimmungslage“, auf ein mögliches psychisches Krankheitsbild hingewiesen. Die Ärzte nennen diese Befunde meist schlagwortartig, ohne nähere Begründung. Um das Heilverfahren steuern zu können, ist auf eine präzise Befunddarstellung hinzuwirken. Der Arzt hat zudem im einzelnen zu beschreiben, wann und wie oft die Beschwerden, z. B. in Form von Schlafstörungen, Angstzuständen, Kopfschmerzen etc., auftreten. Erst durch die präzise Befunderhebung kann ein psychisches Krankheitsbild tatsächlich gesichert und eine entsprechende Diagnose gestellt werden.

Nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und ver-

wandter Gesundheitsprobleme – ICD 10“ kommen als Diagnose für psychische Störungen nach psychischen Traumen in Betracht:

- ➔ Akute Belastungsreaktion [F 43.0]
- ➔ posttraumatische Belastungsstörung [F 43.1]
- ➔ Anpassungsstörungen [F 43.2]
- ➔ Andauernde Persönlichkeitsänderungen [F 62.0]
- ➔ Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen [F 68.0]

Zur Erläuterung der genannten Krankheitsbilder wird auf die Anlage 2 verwiesen.

1.2 Psychische Störungen als Unfallfolge

hier: nach einer HWS-Distorsion als Unfallschaden

In den letzten Jahren war ein starkes Anwachsen von HWS-Distorsionen nach Verkehrsunfällen festzustellen, wie eine Auswertung des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften zeigt. Danach stieg die Zahl der meldepflichtigen Arbeits- und Wegeunfälle mit einer isolierten HWS-Distorsion (zumeist Verkehrsunfälle bei Wegeunfällen) im Zeitraum von 1991 (Basisjahr) bis 1997 von rund 40.000 Fälle auf über 60.000 Fälle. Der Zuwachs beträgt hier rund 50 v. H.. Ausgewertet wurden Fälle mit Verletzungsart „Distorsion“ (Schlüsselzahl 20) und verletzter Körperteil „Halswirbelsäule“ (Schlüsselzahl 140). Die Zahl der Fälle von HWS-Distorsionen mit stationärer Behandlung hat von 1.251 in 1991 auf 3.216 in 1997 zugenommen. Dies bedeutet eine Steigerung des Ausgangswertes um mehr

als das 2,5-fache. Bei den meisten HWS-Verletzungen handelt es sich um leichte HWS-Distorsionen, nur in wenigen Fällen treten schwere Verletzungen mit Wirbelbrüchen, Querschnittlähmungen und andere Verletzungen bis hin zur Todesfolge auf. Unabhängig vom Schweregrad der HWS-Distorsion kommt es bei dieser Verletzungsart häufig zu verzögerten Heilverläufen, insbesondere aufgrund nachfolgender psychischer Gesundheitsstörungen.

1.2.1 Beschreibung von Unfallabläufen

Bei einer HWS-Distorsion ist der Verletzungsmechanismus ein direkter oder indirekter Anstoßvorgang, Beschleunigungskräfte wirken im Halswirbelsäulen- und Kopfbereich ein. Zu diesem biomechanischen Ablauf kommt es meistens durch Fahrzeugkollisionen als indirektes Trauma, unabhängig von der Anstoßrichtung (Heck, Frontal, Seiten- und Mehrfachkollision). In wenigen Fällen kann eine HWS-Distorsion auch durch einen direkten Kopfprall, wie z. B. bei einem Schlag auf den Kopf, durch einen Zusammenprall mit einer Person oder durch Stürze, ausgelöst werden.

1.2.2 Schadensbilder

Folgende Beschwerden können nach einer HWS-Distorsion auftreten: Nacken- und Hinterkopfschmerzen, Nackensteife, Bewegungseinschränkung der HWS, Schluckbeschwerden, Schwindel, vorübergehende Seh- und Hörstörungen bis hin zu einer Zwangshaltung des Kopfes.

Eine HWS-Distorsion kann zu Weichteil-

verletzungen, Muskel- und Bandverletzungen, knöchernen Verletzungen (knöcherne Absprengungen und Brüche), schließlich zu Nervenschäden bis hin zur Querschnittlähmung führen. Bei dieser Bandbreite der Verletzungsschwere drängt sich eine Graduierung von HWS-Distorsionen auf (vgl. z. B. die Klassifikationen nach Erdmann, Schroeter oder Schmidt). Bisher hat sich jedoch keine Einteilung durchsetzen können; oftmals ist in der Praxis erst retrospektiv der Schweregrad einer HWS-Distorsion einzustufen. In ärztlichen Berichten sind nur selten Angaben zum Schweregrad der HWS-Distorsion enthalten.

Für die Steuerung des Heilverfahrens bei HWS-Distorsionen ist wichtig, welche Befunde im einzelnen vom Arzt erhoben werden. Die vielfach gestellte Diagnose „HWS-Schleudertrauma“ kann vom Sachbearbeiter nicht akzeptiert werden, wenn keine detaillierten Befunde beschrieben werden. Die Diagnose „HWS-Schleudertrauma“ hat keine Aussagekraft über das tatsächliche Krankheitsbild und ist nach herrschender ärztlicher Meinung nicht zu verwenden (auch weil der Unfallhergang damit dramatisiert wird, im wesentlichen aber, weil die Körperverletzung und der Unfallmechanismus vollkommen unzureichend beschrieben werden).

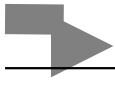
1.2.3 Heilverlauf nach HWS-Distorsionen

Sowohl bei leichten als auch schweren

HWS-Distorsionen kommt es in der Mehrzahl der Fälle zu Spontanausheilungen. Regelmäßig sind deshalb keine zusätzlichen Maßnahmen im diagnostischen und therapeutischen Bereich notwendig. Bei einer „schweren“ HWS-Distorsion ist nicht zwingend für den Sachbearbeiter ein verzögerter Heilverlauf zu erwarten, vielmehr treten Verzögerungen unabhängig vom Schweregrad der Verletzung auf.

Nach den Erkenntnissen aus der Verwaltungspraxis und nach medizinischen Studien ist nur bei einer geringen Fallzahl mit einem verzögerten Heilverlauf infolge psychischer Störungen zu rechnen. Problemfälle sind oft erst zu erkennen, wenn die Dauer der Arbeitsunfähigkeit den statistischen Durchschnitt (je nach Verletzungsgrad der als Mittelwert anzunehmende Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit, z. B. nach der sog. Weller-Tabelle) überschreitet. Hinweise ergeben sich auch aufgrund der Klagen des Verletzten, die nicht (mehr) mit objektiven Befunden übereinstimmen.

Für die Unfallversicherungsträger ist die gezielte, professionelle Heilverlaufssteuerung dieser Problemfälle eine schwierige Aufgabe. Lange Arbeitsunfähigkeitszeiten mit sinkender Chance der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben verursachen hohe Kosten. Um die Problemfälle zeitnah zu erkennen und frühzeitig intervenieren zu können, werden unter Punkt 2 bis 4 dem Sachbearbeiter Bearbeitungsschemata an



2. Das Heilverfahren beim (isolierten) psychischen Trauma

2.1 Maßnahmen der Prävention (Vorbeugung psychischer Störungen)

Bei psychischen Traumen ist es notwendig, eine Betreuung und ggf. Behandlung möglichst schnell nach dem Unfall einzuleiten. Zielsetzung ist, unmittelbare psychische Reaktionen auf das Erlebnis durch die Betreuung und Behandlung so zu beeinflussen, daß sich keine länger anhaltenden psychischen Störungen entwickeln. Für Versicherte, die aufgrund ihrer Tätigkeit psychischen Belastungen bzw. besonderen Betriebsrisiken ausgesetzt sind, ist es zunächst Aufgabe des Arbeitgebers, im Rahmen seiner Fürsorgepflicht, ein Konzept für die optimale und rasche Betreuung von Mitarbeitern nach psychischen Traumen zu entwickeln. Wichtig ist, dass dem Versicherten im „Krisenfall“ von Anfang an ein Ansprechpartner zur Verfügung steht und ihm nicht das Gefühl vermittelt wird, allein gelassen zu werden. Denkbar sind sowohl Gesprächsangebote auf Betriebsebene als auch eine weitergehende betriebsärztliche bzw. psychologische Betreuung. Schulungen von Mitarbeitern zur psychischen Vorbereitung auf einen „Krisenfall“ sollten Bestandteil der Aus- und Weiterbildung sein.

Große Einrichtungen, wie z. B. öffentliche Verkehrsbetriebe und Banken/Sparkassen

haben bereits derartige Konzepte der Prävention und der psychologischen Unfall- bzw. Überfallnachsorge erarbeitet und umgesetzt. Es ist hier sichergestellt, dass der betriebsärztliche Dienst umgehend nach einem psychischen Trauma informiert und in Zusammenarbeit mit der Berufsgenossenschaft in das Verfahren eingebunden wird (s. Anlagen 3 + 4). Diese initial einsetzende psychosoziale Betreuung eines Versicherten ist jedoch in kleineren Betrieben, in denen kein Betriebsarzt vorhanden ist, nicht zu erreichen. Für diese Versicherten muss die Betreuung nach einem psychischen Trauma durch überbetriebliche Strukturen gewährleistet werden. Hierfür sind rasche Meldewege zu den zuständigen Unfallversicherungsträgern notwendig, um professionelle „Kriseninterventionszentren“ einschalten zu können. Auch die psychosoziale Betreuung Versicherter ist insoweit Aufgabe der Unfallversicherungsträger im Rahmen der sozialen Rehabilitation (§ 39 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII).

2.2 Überwachung und Steuerung des Heilverfahrens

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind nach den gesetzlichen Vorschriften verpflichtet, alle Maßnahmen zu treffen, durch die eine sofort nach dem

Arbeitsunfall einsetzende schnelle und sachgemäße Heilbehandlung gewährleistet wird. Gerade beim isolierten psychischen Trauma ist eine rasch einsetzende Heilverfahrenssteuerung für die adäquate, umfassende Behandlung einer (sich entwickelnden) psychischen Gesundheitsstörung von außerordentlicher Bedeutung. Zunächst einmal ist auch in diesen Fällen vom Sachbearbeiter eine umgehende Vorstellung beim Durchgangsarzt zu veranlassen, soweit diese noch nicht geschehen ist. Nur wenn ein UV-Träger ein anderes Heilverfahrenssteuerungsverfahren über Betriebsärzte oder Andere (vgl. Pkt. 2.1) gewählt hat, hat die ärztliche Vorstellung zunächst dort zu erfolgen. In Absprache mit dem Durchgangsarzt, ggf. auch mit dem Betriebsarzt, ist bei entsprechenden psychischen Symptomen eine Konsultation eines Facharztes für Neurologie und Psychiatrie (Nervenarzt) einzuleiten. Die Aufgaben und die Qualifikation dieser genannten Fachärzte sind in Anlage 5 beschrieben. Vom Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (Nervenarzt) ist zu Art und Umfang der von ihm für notwendig erachteten Behandlungsmaßnahmen eine präzise Befundbeschreibung zu fordern. Vom Sachbearbeiter ist eine regelmäßige Berichterstattung der behandelnden Ärzte sicherzustellen. Nähere Bearbeitungshinweise ergeben sich aus der Anlage 6.

2.3 Besondere Maßnahmen der Heilbehandlung

Soweit nötig, ist eine fachärztliche oder besondere unfallmedizinische Versorgung einzuleiten. Sollten psychotherapeutische Maßnahmen erforderlich sein, um Problemen bei der Bewältigung bzw. Verarbeitung des Traumas entgegenzuwirken und damit sich ggf. entwickelnden psychi-

schen Störungen vorzubeugen, sind die Kosten von den Unfallversicherungsträgern im Rahmen der Heilbehandlung zu übernehmen (§§ 27, 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII). In der Regel wird zunächst eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden. In der Mehrzahl der Fälle wird diese Behandlungsmethode auch ausreichend sein. Je nach Schwere des Ereignisses sollten vom UV-Träger vorerst 5 bis maximal 20 Sitzungen bewilligt werden (ggf. Zahl und Frequenz der Therapieeinheiten mit Beratendem Arzt abstimmen).

Mit der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung ist zeitnah zum Unfallereignis zu beginnen. Der Psychotherapeut ist mit dem Behandlungsauftrag zu verpflichten, nach der Hälfte der Sitzungen einen ausführlichen Zwischenbericht über Befund und Therapie zu erstatten und mit Beendigung der genehmigten Sitzungseinheiten einen Abschlussbericht zu fertigen. Wenn vom Psychotherapeuten eine Verlängerung der Behandlung für notwendig erachtet wird, ist auf der Grundlage dieser Berichte zu entscheiden (ggf. mit Beratern dem Arzt abzustimmen), ob die Kosten für eine weitere Sitzungsstaffel zu übernehmen sind.

Generell ist darauf zu achten, dass die Einbindung eines in der Traumapsychologie besonders erfahrenen Psychotherapeuten in das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren über den jeweiligen D-Arzt zu geschehen hat. Nichtärztliche Psychotherapeuten dürfen nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB VII nicht eigenverantwortlich tätig werden. Hierzu bedarf es entweder einer Anordnung des D-Arztes oder des von diesem konsiliarisch einbezogenen Facharztes für Neurologie und Psychiatrie (Ner-

venarzt) – jeweils nach vorheriger Abstimmung mit dem Unfallversicherungsträger – oder der UV-Träger leitet selbst im Rahmen der ergänzenden Leistungen in Abstimmung mit dem D-Arzt nach § 26 Abs. 2 Nr. 4 SGB VII eine psychotherapeutische Behandlung ein.

Regelungen zur Berufsausübung, Begriffsdefinitionen, Behandlungsformen u. a. m. durch nichtärztliche Psychotherapeuten finden sich im Psychotherapeutengesetz (in Kraft ab 01.01.1999; BGBl. 1998, Teil I, Nr. 36, S. 1311 ff.), in den Psychotherapie-Richtlinien und in der Psychotherapie-Vereinbarung (Dt. Ärzteblatt 95, Heft 51 - 52, 21.12.1998, S. A-3309 - A-3322). Darüber hinaus ergeben sich aus Anlage 5 weitere Hinweise zur Auswahl von Therapeuten und möglichen therapeutischen Maßnahmen.

Mangels entsprechender Rahmenverträge bzw. Abkommen mit dem Psychotherapeutenverband in der gesetzlichen Unfallversicherung bedarf es jeweils einer individuellen, bilateralen Gebührenvereinbarung auf der Basis der Vergütungssätze der gesetzlichen Krankenversicherung. Die konkreten Vergütungssätze können bei den regional zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen erfragt werden.

Sofern ein Arzt selbst psychotherapeutisch behandelt, richtet sich dessen Vergütung nach den Nrn. 800 ff. der UV-GOÄ. An diesen Gebührensätzen sollte sich auch eine Vergütungsvereinbarung mit einem beteiligten nichtärztlichen Psychotherapeuten orientieren.



3. Das Heilverfahren bei möglichen psychischen Störungen als Unfallfolge nach einer HWS-Distorsion

3.1 Überwachung und Steuerung des Heilverfahrens

In einer Vielzahl der Fälle kommt es zu Spontanausheilungen. Dennoch ist eine fortlaufende präzise Befunderhebung sicherzustellen und die engmaschige Berichterstattung an den Unfallversicherungsträger zu überwachen, um so eine mögliche Heilverfahrensverzögerung frühzeitig festzustellen.

Hinweise für einen verzögerten Heilverlauf mit einer evtl. psychischen Überlagerung geben anhaltende Arbeitsunfähigkeitszeiten, untypische Befunde (z. B. Schwindel, Alpträume, Ohrgeräusche etc.), langwierige Behandlungen an der Halswirbelsäule und häufiger Arztwechsel („Doctorhopping“).

In diesen Fällen ist der Versicherte umgehend bei einem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (Nervenarzt) vorzustellen, in Absprache mit dem behandelnden Arzt. Ebenso ist hier auf eine präzise Befunderhebung durch den Facharzt zu achten und auf regelmäßige Berichterstattung hinzuwirken.

Zur ausführlichen Darstellung wird auf das Bearbeitungskonzept HWS-Distorsion verwiesen (siehe Anlagen 7 + 8).

3.2 Maßnahmen der Diagnostik

Nach einer HWS-Distorsion sollten vom behandelnden Arzt Röntgenaufnahmen der HWS in Standardprojektionen und Schrägaufnahmen erstellt werden, wobei alle sieben Halswirbel und das Segment HW VII/BW I zur Darstellung kommen sollen. Sofern sich anamnestische oder klinische Hinweise auf neurologische Auffälligkeiten (z. B. Sensibilitätsstörungen) finden, ist vom Sachbearbeiter zu beachten, dass eine sofortige neurologische Untersuchung veranlasst wird, soweit diese vom behandelnden Arzt noch nicht eingeleitet wurde. Eventuelle Besonderheiten des Beschwerdebildes sind ausschlaggebend für das Hinzuziehen von Ärzten weiterer Fachrichtungen, z. B. eines HNO-Arztes (insbesondere bei Tinnitus und Schwindel) oder eines Augenarztes (beispielsweise bei Gesichtsfeldeinschränkungen).

Bezüglich weiterer Einzelheiten wird auf die Ausführungen des Konsenspapiers, herausgegeben von Moorahrend, U. (Anlage 9), verwiesen, worin u. a. die aus Sicht der berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung nach wie vor gültigen medizinischen Standards der Akutdiagnostik beschrieben sind.

Bei weiterer Verzögerung des Heilverlaufs ist eine gestufte Diagnostik erforderlich, um organische Körperverletzungen nachweisen und deren Schweregrad einschätzen zu können, denn hiervon hängen auch Art und Umfang der weiteren Behandlungsmethodik ab.

Bei fortbestehenden Schmerzen nach dem Akutstadium sollen nach der Standard-Röntgendiagnostik Funktionsaufnahmen erstellt werden. (Hinweis: Röntgenverlaufserien in der Zeit bis drei Monate nach dem Unfall können auch Rückschlüsse über Stabilisierungsvorgänge an der Wirbelsäule zulassen.)

Bei nicht nachlassenden Schmerzen, Schwindel und dem Fortbestehen vegetativer Symptome ist vom Sachbearbeiter darauf zu achten, dass umgehend eine Kernspin- oder Computertomographie vom

behandelnden Arzt veranlasst wird. Durch diese zusätzlichen Diagnostikmethoden ist eine direkte Darstellung von Bandscheibenvorfällen und Weichteilverletzungen möglich. Ebenfalls sind dadurch Degenerationen erkennbar. Spätestens jetzt ist eine neurologische Untersuchung einzuleiten, damit Aussagen über die Beteiligung des Rückenmarks oder der Rückenmarksäste (austretende Nervenwurzeln) getroffen werden können. Weiterhin können dadurch Veränderungen an den Gefäßen sowie der Hirnstromaktivität festgestellt werden.

Sind nach (gestufter) Ausschöpfung aller operativen Diagnosemöglichkeiten keine organischen Verletzungen feststellbar, muss spätestens zu diesem Zeitpunkt auch an eine psychische Störung als Ursache der Heilverlaufsverzögerung gedacht werden.



4. Die Bearbeitung von Fällen mit verzögertem Heilverlauf bei gesicherten psychischen Störungen

4.1 Beschreibung typischer Fallgestaltungen

In der berufsgenossenschaftlichen Praxis gibt es bei der Bearbeitung und Bewertung der Fälle Probleme, in welchen über den zu erwartenden durchschnittlichen Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit hinaus (z. B. nach der sog. Weller-Tabelle) die Beschwerden fortbestehen und/oder die Arbeitsunfähigkeit andauert oder eine Wiedererkrankung nach fehlender Brückensymptomatik auftritt.

4.1.1 Beschreibung typischer Fallgestaltungen als Folge eines (isolierten) psychischen Traumas

Bei einem psychischen Trauma muss immer damit gerechnet werden, daß längerfristige psychische Störungen auftreten, z. B. als posttraumatische Belastungsstörungen oder als Anpassungsstörungen (vgl. 1.1.3). Je nach dem individuell zu beurteilenden Trauma und Heilverlauf können sich psychische Störungen auch erst Wochen bis Monate nach dem Ereignis manifestieren.

Zur Veranschaulichung dieser besonderen Problemfälle mit psychischen Störungen nach einem isolierten psychischen Trauma dienen folgende Beispiele aus der Verwaltungspraxis:

- Eine Bankangestellte wird Geisel bei einem Banküberfall ohne körperlich-organische Schäden zu erleiden (Opferstatus). In der Folge treten vermehrt Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Angstzustände und Depressionen auf, die nach einer Latenz von wenigen Wochen zu einer Arbeitsunfähigkeit führen. Trotz ambulanter Behandlung dauert die Arbeitsunfähigkeit auf unabsehbare Zeit an.
- Ein Rettungssanitäter wird bei der Bergung von Schwerverletzten bzw. Toten bei einem Zugunglück (z. B. Eschede) eingesetzt und mit Bildern von außergewöhnlichem, nicht alltäglichem Ausmaß konfrontiert (Beobachterstatus). Hierbei erleidet er einen Schock und wird arbeitsunfähig. Die Arbeitsunfähigkeit dauert über 4 Monate an und die psychischen Probleme weiten sich bis hin zum Suizidversuch aus.

4.1.2 Beschreibung typischer Fallgestaltungen mit psychischen Störungen nach einer HWS-Distorsion

Im Gegensatz zu den Unfällen mit einem isolierten psychischen Trauma steht bei den Unfällen mit HWS-Distorsion anfäng-

lich die Behandlung des körperlich-organischen Schadens im Vordergrund, der zumeist komplikationslos ausheilt. Die verbliebenen physischen Unfallfolgen werden jedoch zunehmend psychogen überlagert.

Beispielhaft sind folgende Konstellationen mit verzögertem Heilverlauf aus der Verwaltungspraxis zu nennen:

- Auffahrunfall mit leichter HWS-Distorsion und anfänglicher Behandlung ausschließlich im chirurgischen Bereich durch z. B. Tragen einer Halskrawatte. Die Arbeitsunfähigkeitsdauer überschreitet die maximal zu erwartende Dauer von 6 Wochen. Hinzukommen andauernde neurologisch/psychische Symptome, wie z. B. Schwindel, Kopfschmerzen, Überlastungssyndrom, die keine Rechtfertigung durch die organischen Folgen der HWS-Distorsion finden.
- Auffahrunfall mit leichter HWS-Distorsion, nach 3 Wochen Behandlung durch D-Arzt tritt die Arbeitsfähigkeit wieder ein. Nach kurzer Zeit Bescheinigung einer erneuten Arbeitsunfähigkeit durch anderen Arzt (z. B. Hausarzt, Neurologen, Orthopäden). Im Anschluss häufiger Arztwechsel mit verschiedenen, nicht näher begründeten Diagnosen, wie z. B. Überlastungsstörung, posttraumatische Angststörung, psychische Fehlverarbeitung usw. ohne körperlich-organischen Befund. Ein Ende der Arbeitsunfähigkeit ist nicht absehbar.

4.1.3 Besondere Merkmale für einen verzögerten Heilverlauf nach isolierten psychischen Traumen und nach einer HWS-Distorsion mit nachfolgenden psychischen Störungen

Im Verwaltungsverfahren des Unfallversicherungsträgers ist es im allgemeinen nicht einfach, Problemfälle mit psychischen Störungen, gleich welcher der Fallgruppen, rechtzeitig zu erfassen, um in das Heilverfahren eingreifen zu können. Es stellt sich daher die Frage, anhand welcher besonderer Merkmale solche potentiellen Problemfälle zu erkennen sind.

Nachfolgende Kriterien sind bei der Heilverfahrenssteuerung von großer Bedeutung:

▷ Überschreiten der zu erwartenden Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Wichtiges Kriterium ist stets das Überschreiten der zu erwartenden maximalen Arbeitsunfähigkeitsdauer. Für leichte bis mittlere HWS-Distorsionen gilt ein Zeitraum von mehr als 6 Wochen Arbeitsunfähigkeit als problematisch.

Für isolierte psychische Traumen ist jede Arbeitsunfähigkeit als problematisch anzusehen.

▷ Häufiger Arztwechsel

Ein weiteres Merkmal ist, wenn Verletzte auch nach zunächst wieder erreichter Arbeitsfähigkeit erneut und ggf. wiederholt, ggf. durch wechselnde Ärzte, krank geschrieben und behandelt werden. Diese Personen sind uneinsichtig gegenüber der

psychischen Genese ihrer Beschwerden und lassen sich durch Organfachärzte verschiedener Fachrichtungen behandeln, ohne dass es hierdurch zu einem Beschwerderückgang kommt.

▷ **Entwicklung psychischer Auffälligkeiten**

Ein großer Anteil der Fälle mit verzögertem Heilverlauf ist gekennzeichnet durch depressive Entwicklungen bis hin zu Versagenszuständen. Besondere Hinweise auf psychische Störungen können geben:

- Depressivität
- Schwindelgefühl
- Erschöpfungszustand
- Parästhesien
- Angstzustände
- Schlafstörungen
- Schmerzmittelverbrauch
- Übelkeit
- Kopf- und Nackenschmerzen

Die Versicherten argumentieren in der Regel, dass sie bis zum Unfallereignis körperlich und psychisch im wesentlichen gesund und beruflich auch leistungsfähig waren, nach dem Unfall aber in ein Stadium des Leistungsversagens geraten seien. Die Erfahrungen zeigen, dass diese Versicherten oft auch vor dem Unfall in früheren Lebensphasen depressive Episoden hatten und bereits in der Vergangenheit z. B. unter der Diagnose eines psychovegetativen Erschöpfungssyndroms arbeitsunfähig waren. Hinweise hierfür geben die Vorerkrankungsverzeichnisse der Krankenkassen.

▷ **Beschwerdepersistenz/Wechsel des Beschwerdebildes**

Einen weiteren Hinweis auf psychische Störungen mit verzögertem Heilverlauf geben chronifizierte Schmerzen, deren Ursache nicht im organischen Bereich zu sehen sind. Besonderer Kontrolle bedürfen solche Fälle, bei denen es zu einem Wechsel des Beschwerdebildes nach Wochen oder Monaten kommt und das Beschwerdebild sich insgesamt verstärkt.

Bei HWS-Distorsionen ist darüber hinaus von Bedeutung:

▷ **Diskrepanz von objektivem Befund und subjektivem Beschwerdebild**

Oftmals stellen sich Versicherte bei den behandelnden Ärzten vor und klagen über verschiedene Beschwerden, welche sich nicht durch objektive Befunde belegen lassen. Trotz fehlender objektiver Befunde werden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (oft mit unscharfen Diagnosen, wie z. B. Angststörung, psychische Fehlverarbeitung) von den behandelnden Ärzten ausgestellt, ohne ein therapeutisches Ziel weiter zu verfolgen.

4.2 Ermittlungen durch den Unfallversicherungsträger

Bei Unfällen mit nachfolgenden psychischen Störungen ist ein vermehrter Bearbeitungsaufwand erforderlich. Einerseits sind besondere Anforderungen für die Steuerung des Heilverfahrens und andererseits für die Klärung der Zusammenhangsfrage gegeben. Für das UV-Verfahren können hier keine einheitlichen

Vorgaben gemacht werden. Ein Bearbeitungsschema kann aufgrund der Komplexität der Problematik keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben. Bei der Sachaufklärung durch den Unfallversicherungsträger haben sich in der Verwaltungspraxis folgende Punkte als bedeutsam erwiesen:

4.2.1 Einzelheiten des Unfallgeschehens

Neben den Standard-/Unfallfragebögen sind nähere Einzelheiten zum Unfallhergang zu erheben. Die jeweiligen Daten sollen beim Verletzten selbst, beim Arbeitgeber, beim erstbehandelnden Arzt (Erstangaben über Unfallhergang), evtl. bei den Unfallzeugen und bei sonstigen Stellen wie z. B. Polizei, Staatsanwaltschaft, Krankenkasse, umfassend erfragt werden. Falls angezeigt, können diese Ermittlungen rasch und unmittelbar vor Ort (u. U. Unfalluntersuchung im Sinne von § 103 Abs. 2 SGB VII) durchgeführt werden. Dabei sind insbesondere der Schweregrad des Unfallereignisses (z. B. Massivität der Gewalttat, Auffahrgeschwindigkeit bei Verkehrsunfällen) und der Schweregrad des Unfallerlebnisses (z. B. Tod eines Familienangehörigen bei Wegeunfall) genau abzuklären.

4.2.2 Spontane Reaktion und Verhalten des Versicherten nach dem Unfallgeschehen

Zu ermitteln ist, welches Verhalten der Versicherte direkt nach dem Unfall gezeigt hat. Von Bedeutung sind äußere Zeichen (wie z. B. Amnesie, Desorientiertheit, Übelkeit und andere Merkmale für einen evtl. erlittenen Schock), Zeitraum zwischen

Unfall und erster ärztlicher Inanspruchnahme, Zeitraum bis zur Unfallmeldung und Adressat der Unfallmeldung.

4.2.3 Verarbeitung der Unfallfolgen

Bei gesicherten psychischen Störungen sind mit dem behandelnden Facharzt bzw. Psychotherapeuten und dem Versicherten selbst bei einem Besuch vor Ort die Probleme/Beschwerden so konkret wie möglich zu klären (z. B. Angstträume, Schlafstörungen usw.). Die Fragen lauten:

- Welche konkreten Probleme belasten den Versicherten tatsächlich nach dem Arbeitsunfall,
- wie erlebt er seine Situation nach dem Trauma und
- welche Hilfe erwartet und benötigt er.

4.2.4 Prämorbidität/Vorbefunde des Versicherten

Für die Kausalitätsbeurteilung ist es wichtig, die Krankheitsanamnese vollständig zu erheben. Dafür ist in der Regel ausreichend, die Vorerkrankungsverzeichnisse bei den jeweiligen Krankenkassen (bzw. den Arbeits- und Sozialversicherungsausweis der ehemaligen DDR) einzuholen. Bei entsprechenden Vorerkrankungen im psychisch-vegetativen Bereich sind die vorbehandelnden Ärzte nach den genauen Vorbefunden zu befragen.

4.2.5 Psychosoziales Umfeld vor und nach dem Unfallgeschehen

Im Hinblick auf mögliche konkurrierende Ursachen im privaten Bereich sind gezielt

te Ermittlungen zu den familiären, beruflichen und sozialen Verhältnissen erforderlich. Die Erfahrung zeigt, dass private Probleme und Belastungen, wie z. B. Ehescheidung, beruflicher Stress, Verlust gesellschaftlicher Anerkennung, bedeutende, zum Teil auch ausschlaggebende Faktoren für psychische Störungen sein können.

Bei Ermittlungen zum sozialen Umfeld sind persönliche Besuche schriftlichen Anfragen unbedingt vorzuziehen.

Beispielhaft wird ein Fragenkomplex zur zusätzlichen Sachaufklärung als Anlage 10 beigefügt.

4.3 Gezielter Einsatz aller geeigneter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen

Die qualifizierte Steuerung von Arbeitsunfällen mit verzögertem Heilverlauf sowohl bei psychischen Traumen als auch organischen Verletzungen mit psychischen Folgen erfordert die Zusammenarbeit aller Beteiligten (Versicherte, Ärzte, Therapeuten, Arbeitgeber, ggf. betriebsärztliche Dienste, sonstige Versicherungsträger usw.). Da die Beschwerden oft sehr unspezifisch geäußert bzw. dargestellt werden, muss entsprechenden Anhaltspunkten für psychische Störungen gezielt nachgegangen werden. Wichtig ist, eine psychische Störung alsbald diagnostisch zu sichern. Je nach Beschwerdebild sind die jeweiligen Fachärzte der betreffenden Fachgebiete einzubeziehen. Die frühestmögliche Einschaltung eines Facharztes für Neurologie und Psychiatrie (Nervenarzt) gewährleistet die Diagnosesicherung von psychischen Störungen und damit effizientere Behandlungs- und Interventionsmöglichkeiten.

keiten.

Sinnvoll erscheint in bestimmten Fällen eine frühzeitige stationäre Aufnahme, um einerseits die Diagnose mit den besseren klinischen Möglichkeiten sichern zu können und andererseits eine intensive psychotherapeutische Behandlung unter stationären Bedingungen einleiten zu können. Die stationäre Aufnahme ist unter allen Umständen mit dem Versicherten persönlich abzustimmen, da eine solche Maßnahme zum Teil als „überzogen“ oder gar als zusätzliche psychische Belastung empfunden wird.

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung wird die Zusammenarbeit mit speziellen Einrichtungen für stationäre Maßnahmen mit Schwerpunkt „Traumapsychologie“ für diese besonderen Versicherungsfälle noch zu intensivieren sein (insoweit können bislang nur einzelne Kliniken benannt werden, die mit UV-Trägern zusammenarbeiten, siehe Anlage 11).

Um Therapieergebnisse nicht zu gefährden, müssen erforderliche Maßnahmen, zunächst ohne Klärung des ursächlichen Zusammenhangs, sofort durchgeführt werden (Vorrang der Therapie).

4.4 Begutachtung, Verwaltungsakt, Leistungen

4.4.1 Begutachtung

Fälle mit Anzeichen psychischer Störungen bedürfen einer speziellen fachgebietlichen Begutachtung, wenn die Zusammenhangsfrage zu klären ist und/oder verbliebene Unfallfolgen zu beurteilen sind. Zusammenhangsgutachten sollen nur veranlasst werden, wenn sie tatsächlich erforderlich

sind, u. a. wenn die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nicht vertretbar erscheint oder mit dem Eintritt der Arbeitsfähigkeit nicht mehr zu rechnen ist. Unter allen Umständen muss die Begutachtung aus therapeutischen Gründen zügig durchgeführt werden, langwierige Entscheidungs- bzw. Entschädigungsverfahren sind zu vermeiden. Es sind besondere Anforderungen an geeignete/kompetente Gutachter zu stellen. Mit der Zusammenhangsbegutachtung sollte ein erfahrener Unfallchirurg als Hauptgutachter beauftragt werden, wenn sich der Verletzte beim Unfall organische Verletzungen zugezogen hat. Je nach Einzelfall sind Zusatzgutachten bei einem Neurologen/Psychiater (Nervenarzt), HNO-Arzt u. a. m. einzuholen, um alle betroffenen Fachgebiete interdisziplinär einzubeziehen. Liegen keine organischen Gesundheitsstörungen vor, ist ein Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (Nervenarzt) als Hauptgutachter zu beauftragen. Die Gutachter auf neurologischem/psychiatrischem Gebiet sollten Erfahrungen in der Traumabegutachtung vorweisen. Psychodiagnostische Feststellungen, insbesondere mittels Testverfahren, die zur präzisen Erfassung der psychischen Störungen erforderlich sind, müssen vorwiegend von klinischen Psychologen getroffen werden. Deren Hinzuziehung erfolgt dabei im Rahmen der Befunderhebung (durch den Neurologen bzw. Psychiater) und ist nicht als eine (Zusatz-)Begutachtung zu verstehen, da die eigentliche gutachtliche Beurteilung von den Fachärzten vorzunehmen ist.

Ergänzende Hinweise für den Sachbearbeiter zur Gutachterausswahl ergeben sich aus der Anlage 5.

Falls zweckmäßig, sollte eine Begutachtung unter stationären Bedingungen erfol-

gen.

Bevor ein Gutachtauftrag erteilt wird, ist der Akteninhalt auf Vollständigkeit und Aussagekraft zu prüfen. Neben den Ermittlungen zum Unfall (siehe 4.2) gehört dazu vor allem ein umfassend dokumentierter Verlauf des Erkrankungs- und Behandlungsgeschehens seit dem angeschuldigten Ereignis. Von besonderer Bedeutung ist die Entwicklung der Beschwerdesymptomatik in den ersten Tagen sowie während der ersten Wochen nach dem Ereignis.

Zu berücksichtigen ist, dass oftmals bei psychischen Krankheitsbildern genaue medizinische Befunde zu Ausmaß und Schwere der Störungen fehlen. Aus diesem Grunde ist der Gutachter ggf. gefordert, die Krankheitsanamnese zu vervollständigen.

Zur Aktenaufbereitung vor dem Gutachtauftrag gehört auch eine sorgfältige Prüfung, ob die aktenkundigen Angaben zu dem Unfallereignis frei von Widersprüchen und ausreichend sind, Art und Schwere der Einwirkungen zu beurteilen. Bei widersprüchlichen Tatsachenangaben kann es nicht dem Gutachter überlassen werden, festzustellen, welche Angaben als zutreffend anzunehmen sind. Soweit z. B. der Unfallhergang nicht eindeutig ist, bedarf es im Gutachtauftrag einer verbindlichen Vorgabe, von welchem Geschehensablauf auszugehen ist oder es ist dem Gutachter aufzugeben, die in Frage kommenden Alternativen jeweils getrennt zu beurteilen.

Es empfehlen sich detaillierte Fragestellungen im Gutachtauftrag. Die an den Gutachter gerichteten Fragen sollten insbeson-

dere beinhalten:

- ➔ Geklagte Beschwerden und erhobene Befunde; Übereinstimmung von Beschwerden und objektiven Befunden
- ➔ vollständige Diagnose
- ➔ Feststellung des Ursachenzusammenhangs, und zwar im einzelnen
 - relevante Vorschäden bzw. Krankheitsanlagen, unfallunabhängige Verursachungsfaktoren
 - Eignung der nachgewiesenen Einwirkungen zur Verursachung der diagnostizierten Erkrankung(en)
- ➔ Beauftragung und Einbeziehung der Ergebnisse von Zusatzbegutachtungen
- ➔ Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit, MdE-Einschätzung
- ➔ Beeinflussbarkeit der noch vorhandenen Unfallfolgen durch besondere therapeutische Maßnahmen

Als Anlage 12 ist beispielhaft ein Gutachtensauftrag zur Klärung der Zusammenhänge beigefügt.

Bei der Erstellung des Gutachtens hat der Gutachter darauf zu achten, dass die von ihm beschriebenen Diagnosen objektiv belegbar sind. Wegen der Nähe zur möglichen Simulation müssen vom Gutachter „strenge Maßstäbe“ angelegt werden. Verbleiben Widersprüche zwischen den Probandenangaben und dem sonstigen Gesamtbild der maßgeblichen Verhältnisse, so ist dies im Gutachten transparent zu machen. Reine Verdachtsdiagnosen, die sich nicht weiter erhärten lassen, können vom Gutachter nicht als Unfallfolge dargelegt werden, da dann der Gesundheitsschaden nicht mit dem nötigen Vollbeweis festgestellt werden kann. Eine weitergehende Hilfestellung ergibt sich aus den Broschüren des Landesverbandes Süd-

westdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften „Hinweise für den ärztlichen Gutachter“ (insbesondere auf S. 47) und „Hinweise für den Sachbearbeiter zur ärztlichen Begutachtung“.

Nach Eingang des Gutachtens hat der Sachbearbeiter dieses auf seine inhaltliche Vollständigkeit und Schlüssigkeit zu prüfen. Gegebenenfalls müssen offene Punkte durch Nachfrage beim Gutachter geklärt werden.

4.4.2 Verwaltungsakt

Bei der förmlichen Feststellung über das Vorliegen eines Arbeitsunfalles mit psychischen Störungen sind die Unfallfolgen und die unfallunabhängigen Gesundheitsstörungen, insbesondere auch eine abgrenzbare Verschlimmerung vorbestehender Gesundheitsstörungen genau herauszuarbeiten, um ggf. später den Bessernachweis führen zu können. Unpräzise Formulierungen wie z. B. „abgrenzbare Verschlimmerung der vorbestehenden psychischen Störung“ sind unbrauchbar.

4.4.3 Leistungen

Die Berufsgenossenschaften sind verpflichtet, zustehende Leistungen rasch und umfassend zu erbringen. Bei Maßnahmen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation sollen alle geeigneten Mittel eingesetzt werden.

Gerade bei psychischen Störungen ist eine frühestmögliche Steuerung des Heilverfahrens von besonderer Wichtigkeit. Deshalb sind zunächst auch bei noch ungeklärter Zuständigkeit und bei fraglicher Ursächlichkeit des Unfalls für die aufgetretene psychische Störung unverzüglich

Leistungen zur Rehabilitation zu erbringen, wenn dies medizinisch geboten ist. Die rasche Versorgung des Patienten ist oberstes Gebot.

Zur Beurteilung der Minderung der Erwerbsfähigkeit ist zu beachten, dass nicht der erhobene Befund oder die Diagnose, sondern ausschließlich der Umfang der durch die psychopathologischen Symptome bedingten, konkreten Beeinträchtigungen des Leistungsvermögens ausschlaggebend ist. Erst wenn sich die psychische Störung negativ auf die Erwerbsfähigkeit des Verletzten auswirkt, kann sie in die MdE-Bewertung einfließen.

In jedem Einzelfall ist eine differenzierte MdE-Einschätzung der psychischen Unfallfolgen erforderlich. Empfehlungen zur Einschätzung der MdE bei psychischen Unfallfolgen finden sich z. B. im Standardwerk „Arbeitsunfall und Berufskrankheit“ von Schönberger/Mehrtens/Valentin:

→ Abnorme Persönlichkeitsentwicklungen, akute Belastungsreaktionen, Anpassungsbeeinträchtigungen, psychoreaktive Störungen mit finaler Ausrichtung, sog. 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 Entwicklungsstörungen)

MdE: 20 - 40 v. H.

→ Schwere Neurosen mit erheblichen sozialen Anpassungsschwierigkeiten (z. B. schwere Zwangsnurosen)

MdE: 50 - 100 v. H.

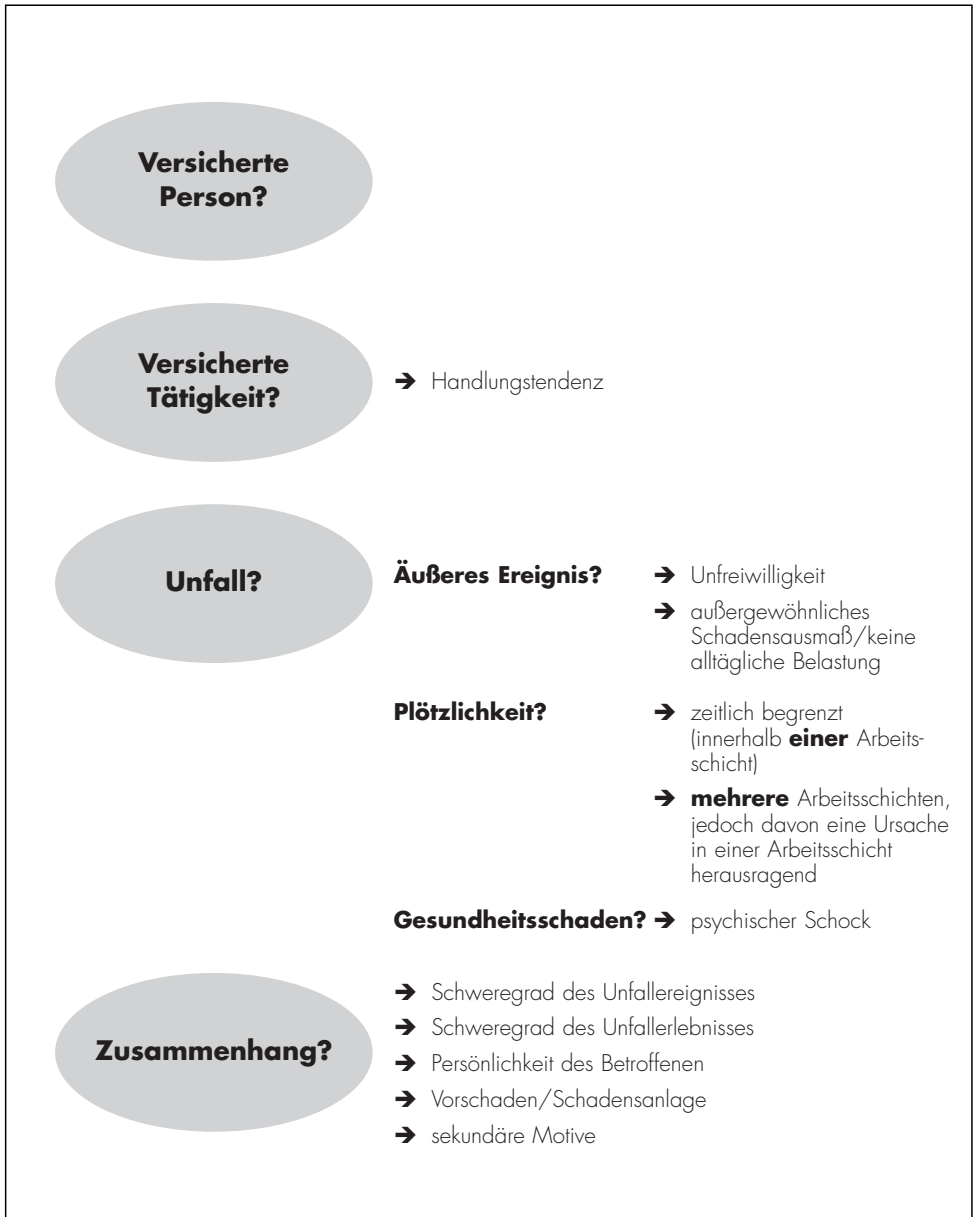
4.4.4 Nachlaufende Betreuung durch UV-Träger

Bei verbliebenen psychischen Unfallfolgen können im Einzelfall fortlaufend oder in gewissen Zeitabständen medizinische/psychiatrische Maßnahmen notwendig sein, um den Behandlungserfolg zu sichern.

Die medizinische und soziale Rehabilitation dieser Versicherten ist analog der nachgehenden Betreuung Schwerverletzter zu gewährleisten, unabhängig vom Grad der MdE. Der Berufshelfer sollte durch persönliche Besuche Kontakt halten. Nur so kann sichergestellt werden, dass auch erst später auftretende Probleme im häuslichen Umfeld oder am Arbeitsplatz rechtzeitig erkannt werden, um dann bei verzögert einsetzenden psychischen Störungen inter-

Anlagen

Prüfschema Versicherungsfall bei psychischen Störungen



Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und

Psychische und Verhaltensstörungen

• Akute Belastungsreaktion [F 43.0]

Eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt und die im allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt. Die individuelle Vulnerabilität (Verletzbarkeit) und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (Coping-Strategien) spielen bei Auftreten und Schweregrad der akuten Belastungsreaktionen eine Rolle.

Die Symptomatik zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art von „Betäubung“, mit einer gewissen Bewusstseinsbeeinträchtigung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sichzurückziehen aus der Umweltsituation folgen (bis hin zu dissoziativem Stupor, s. F 44.2) oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität (wie Fluchtreaktion oder Fugue). Vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachykardie, Schwitzen und Erröten treten zumeist auf. Die Symptome erscheinen im allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von zwei oder drei Tagen, oft innerhalb

von Stunden zurück. Teilweise oder vollständige Amnesie (siehe F 44.0) bzgl. dieser Episode kann vorkommen. Wenn die Symptome andauern, sollte eine Änderung der Diagnose in Erwägung gezogen werden.

Akut:

- Belastungsreaktion
- Krisenreaktion
- Kriegsneurose
- Krisenzustand
- psychischer Schock

• Posttraumatische Belastungsstörung [F 43.1]

Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Ver zweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren, wie bestimmte, z. B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte, können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auf

treten der Störung zu erklären. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Überregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F 62.0) über.

• Anpassungsstörungen [F 43.2]

Hierbei handelt es sich um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten. Die Belastung kann das soziale Netz des Betroffenen beschädigt haben (wie bei einem Trauerfall oder Trennungserlebnissen) oder das

weitere Umfeld sozialer Unterstützung oder sozialer Werte (wie bei Emigration oder nach Flucht). Sie kann auch in einem größeren Entwicklungsschritt oder einer Krise bestehen (wie Schulbesuch, Elternschaft, Misserfolg, Erreichen eines ersehnten Zieles und Ruhestand). Die individuelle Prädisposition oder Vulnerabilität spielt bei dem möglichen Auftreten und bei der Form der Anpassungsstörung eine bedeutsame Rolle; es ist aber dennoch davon auszugehen, dass das Krankheitsbild ohne die Belastung nicht entstanden wäre. Die Anzeichen sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst oder Sorge (oder eine Mischung von diesen). Außerdem kann ein Gefühl bestehen, mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurecht zu kommen, diese nicht vorausplanen oder fortsetzen zu können. Störungen des Sozialverhaltens können insbesondere bei Jugendlichen ein zusätzliches Symptom sein. Hervorstechendes Merkmal kann eine kurze oder längere depressive Reaktion oder eine Störung anderer Gefühle und des Sozialverhaltens sein.

- Hospitalismus bei Kindern
- Kulturschock
- Trauerreaktion

• Andauernde Persönlichkeitsänderungen nach Extrembelastung [F

Eine andauernde, wenigstens über zwei Jahre bestehende Persönlichkeitsänderung kann einer Belastung katastrophalen Ausmaßes folgen. Die Belastung muss extrem sein, dass die Vulnerabilität der betreffenden Person als Erklärung für die tiefgreifende Auswirkung auf die Persönlichkeit

nicht in Erwägung gezogen werden muss. Die Störung ist durch eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, durch sozialen Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedrohtsein und Entfremdungsgefühl, gekennzeichnet. Eine posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1) kann dieser Form der Persönlichkeitsänderung vorausgegangen sein.

Persönlichkeitsänderungen nach:

- andauerndem Ausgesetztsein lebensbedrohlicher Situationen, etwa als Opfer von Terrorismus
- andauernder Gefangenschaft mit unmittelbarer Todesgefahr
- Folter
- Katastrophen
- Konzentrationslagererfahrungen

- **Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen [F 68.0]**

Körperliche Symptome, vereinbar mit und ursprünglich verursacht durch eine belegbare körperliche Störung, Krankheit oder Behinderung werden wegen des psychischen Zustandes der betroffenen Person aggraviert oder halten länger an. Der betroffene Patient ist meist durch die Schmerzen oder die Behinderung beeinträchtigt; sie wird beherrscht von mitunter berechtigten Sorgen über länger dauernde oder zunehmende Behinderung oder Schmerzen.

- Rentenneurose

Betreuungskonzept der Berufsgenossenschaft der Straßen-, U-Bahnen und Eisenbahnen (Kölner Verkehrsbetriebe)

Psychische Beeinträchtigungen nach Unfällen im Fahrdienst

Nach Unfällen mit schweren Personenschäden oder Todesfolge kann es bei den betroffenen Fahrerinnen und Fahrern, zu einem »psychischen Unfallschock« kommen, der durch das abnorme, plötzliche und unerwartete Erleben von intensiver Angst, Schrecken und Hilflosigkeit während des Unfallereignisses ausgelöst wird. Man spricht von einer posttraumatischen Belastungsreaktion.

Die psychosoziale Reaktion auf das Unfallerebnis und dessen Verarbeitung ist an individuelle Faktoren der Persönlichkeit und der Lebensumstände gebunden. Daneben sind die Schwere des Unfalles, die Erlebnisse am Unfallort und der persönliche Anteil des Fahrers am Unfallgeschehen (Schuldfrage) weitere Faktoren, die für den Verarbeitungsprozess von Bedeutung sind. Zusätzlich zu den psychischen Belastungen wird der Mitarbeiter mit komplexen Problemen und Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis konfrontiert (Trauerarbeit, Rechtsfragen, Haftungsfragen, betriebliche Anhörungen, polizeiliche Ermittlungen, Gerichtsverhandlung, Versicherungsfragen), die er bewältigen muss.

In dieser Situation benötigen die betroffenen Fahrerinnen und Fahrer eine umfassende Unterstützung und eine den indi-

viduellen Bedürfnissen angepasste betriebliche, medizinische und psychosoziale Betreuung - darüber hinausgehend Verständnis für die augenblickliche Lebenssituation, damit eine gesundheitliche und berufliche Fehlentwicklung vermieden werden kann. Erfährt der Mitarbeiter diese angemessene fachliche und emotionale Unterstützung, hat das neben den genannten Aspekten auch positive Auswirkungen auf seine Motivation und auf die Einstellung zum Betrieb.



Das Angebot und die Einleitung erforderlicher therapeutischer Hilfestellungen im Rahmen eines betrieblichen Betreuungskonzeptes soll nach Ansicht aller Beteiligten möglichst frühzeitig erfolgen. Deshalb wurde bei der Entwicklung des Konzeptes für die Kölner Verkehrsbetriebe AG (KVB) auf »kurze Dienstwege« geachtet. Unfallpsychologische Erfahrungen haben gezeigt, dass es aus therapeutischen Gründen wichtig ist, betroffene Mitarbeiter frühzeitig wieder in die Normalität betrieblicher Tätigkeit einzugliedern.

Betreuungskonzept

In Abstimmung und Zusammenarbeit mit der BG BAHNEN wurde bei den Kölner Verkehrsbetrieben zusammen mit dem Institut für psychologische Unfallnachsorge, Köln, ein Konzept zur Betreuung von Mitarbeitern nach außergewöhnlichen Unfallereignissen erarbeitet. Dieses beinhaltet Maßnahmen der betrieblichen Betreuung, sowie weitergehende ärztliche und psychologische Betreuungsmaßnahmen. Formal gründet sich das Konzept auf das bestehende »D-Arzt Verfahren«, das für die Einleitung eines berufsgenossenschaftlichen Behandlungsverfahrens erforderlich ist. Das Verfahren wird durch die Einbeziehung einer verkehrsmedizinischen und verkehrspsychologischen Betreuung und Therapie erweitert.

Präventive Schulungsmaßnahmen

Das Betreuungskonzept schließt die präventive Schulung der Mitarbeiter der Betriebsaufsicht und der Fahrerinnen und Fahrer ein. Mitarbeiter der Betriebsaufsicht bedürfen einer Vorbereitung auf die Aufgabe, betroffenen Fahrerinnen und Fahrern als »psychologische Ersthelfer« und

Präventive Schulungsmaßnahmen

- von Fahrdienstleitung und Teambetreuern
- von Fahrpersonal

Betreuung nach dem Unfallereignis

- akute Krisenintervention am Unfallort
- Therapiephase durch Verkehrspsychologen und Betriebsarzt

Nachsorgephase

Nachbetreuung des Mitarbeiters durch

- Teamleiter, Betriebshof
- Betriebliche Selbsthilfegruppe
- Betriebsarzt, Psychologe

Begleiter in der Krisensituation beistehen zu können.

Die Schulung umfasst:

- Aufgaben am Unfallort, z. B. das Herauslösen des Mitarbeiters aus der Unfallsituation und seine Abschirmung, Kommunikation und Zuwendung gegenüber Unfallbeteiligten
- Aufgaben am Unfalltag, z.B. die Begleitung zum »D-Arzt«, Benachrichtigung von Familienangehörigen, Begleitung des Mitarbeiters nach Hause
- Weitere Aufgaben in der Nachsorge, z.B. Kontaktpflege mit dem Mitarbeiter, Beistand in organisatorischen Fragen, Information über betriebliche Hilfsangebote.

Auch das Fahrpersonal wird in Schulungen mental auf einen potentiellen Krisenfall eingestellt (sog. »Stressimpfung«). Unfallereignisse werden thematisiert, so dass sich die Fahrerinnen und Fahrer persönlich prä-

ventiv mit dem Thema auseinandersetzen müssen. Während der Fahreraus- und Fortbildung wird angemessenes Verhalten trainiert.

Betreuung durch akute Krisenintervention am Unfallort

Es ist notwendig, eine Betreuung von Mitarbeitern mit Unfallschock möglichst unmittelbar nach dem Unfallereignis einzuleiten. Diese Aufgabe sollte von hierfür besonders geschulten und eingewiesenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Unternehmens übernommen werden.

Im Betreuungskonzept der Kölner Verkehrsbetriebe wurden diese Aufgaben den Teambetreuern (z. B. Fahrdienstleiter) übertragen („interne Lösung“). In anderen Verkehrsbetrieben werden diese Aufgaben durch besonders qualifizierte externe Rettungskräfte übernommen („externe Lösung“).

Die Vorteile einer „internen Lösung“ bestehen darin, dass durch das Teambetreuungskonzept der betroffene Mitarbeiter seinem Teamleiter persönlich bekannt ist und dass eine persönliche Weiterbetreuung auch während der Therapie und nach erfolgter beruflicher Wiedereingliederung erfolgen kann. Die Betriebskenntnis und die Vermittlerfunktion des Teambetreuers zum Fahrbetrieb sind positive Faktoren, welche die Entscheidung für eine „interne Lösung“ bei der KVB begründen.

Die Betreuung des betroffenen Kollegen und die Massnahmen am Unfallort durch den Betreuer erfolgen entsprechend der Interventions-Schulung nach einem festgelegten Konzept.

Betreuung nach dem Unfallereignis

Im Rahmen der betrieblichen Anhörung nach dem Unfallgeschehen wird dem Mitarbeiter das Angebot unterbreitet, mit dem Betriebsarzt ein Beratungsgespräch zu führen. Besteht der Wunsch nach betriebsärztlicher oder psychotherapeutischer Betreuung, wird der Mitarbeiter von der Fahrdienstleitung dem Betriebsarzt mit einer betrieblichen Unfallmeldung vorgestellt. Aus der Unfallmeldung kann sich der Betriebsarzt über den Sachverhalt des Unfallablaufes orientieren. Wird im ärztlichen Beratungsgespräch die Erfordernis einer verkehrspsychologischen Betreuung festgestellt, wird der BG BAHNEN das Unfallereignis angezeigt und ein Kostenübernahmeantrag (fernmündlich oder per FAX) für eine Behandlungsmassnahme gestellt. Die Kostenzusage wird nach Prüfung durch die BG BAHNEN im Regelfall noch am Tag der Antragstellung erteilt, um eine umgehende Unterstützung des Versicherten zu gewährleisten. Bei Eingang der Bestätigung wird der Mitarbeiter durch den Betriebsarzt an das Institut für psychologische Unfallnachsorge überwiesen.

Die psychologische Unfallnachsorge wird in enger Zusammenarbeit mit dem Betriebsarzt durchgeführt. Es ist hierbei zu betonen, dass die persönlichen Daten der Mitarbeiter durch die ärztliche und psychologische Schweigepflicht dritten Personen gegenüber geschützt sind. Die berufliche Wiedereingliederung in den Fahrdienst erfolgt in enger Abstimmung mit dem Betrieb. Noch während der Therapiephase, wenn die Psychotherapie von der Gesprächs- in die Praxisphase übergeht, wird eine diagnostische Probefahrt des Mitarbeiters in Begleitung des Psychologen und eines Lehrfahrers durchgeführt.

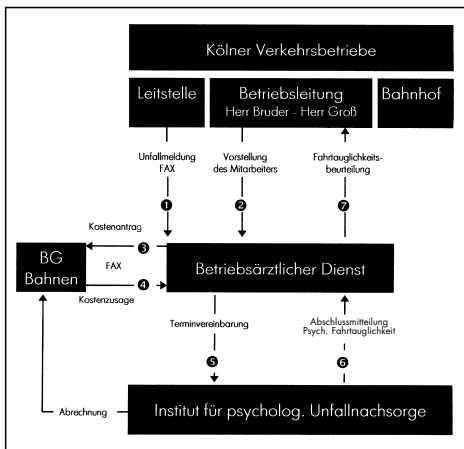
Vor Abschluss der Therapie wird in einem Gespräch zwischen Psychologen und Betriebsarzt geklärt, ob der Mitarbeiter mit oder ohne Auflagen (z. B. betreffend der Arbeitszeit), seine Fahrtätigkeit wieder aufnehmen kann. Die verkehrspsychologische Fahrtauglichkeit wird durch den Psychologen bestätigt.

Vor Dienstantritt attestiert der Betriebsarzt nach einem Gespräch dem Mitarbeiter die Fahrtauglichkeit und unterrichtet davon die Fahrdienstleitung.

Nachsorgephase

Der Mitarbeiter hat auch nach Abschluss der Therapiephase die Möglichkeit, mit dem Betriebsarzt oder dem behandelnden Psychologen ein Gespräch zu führen. Eine betriebliche Selbsthilfegruppe soll dem Mitarbeiter bei Bedarf und auf freiwilliger Basis die Gelegenheit geben, mit erfahrenen Kollegen über seine persönliche Betroffenheit zu sprechen. Die emotionale Zuwendung und das Verständnis für die persönliche Situation auf der kollegialen Ebene ist sozusagen der Schlussstein des Betreuungskonzeptes.

Dr. med. M. Halama,
Dr. med. R. Schwarz Stadtwerke Köln,
betriebsärztlicher Dienst



Betreuungskonzept des Bundesverbandes der Unfallkassen e.V. (Sparkassenbereich)

Maßnahmen zur Sicherstellung einer psychologischen
Überfallnachsorge im Sparkassenbereich

11. Mai 1998

Im Hinblick auf die bundesweit sehr hohe Zahl von Raubüberfällen muss die Situation der Beschäftigten, die dadurch psychischen Belastungen besonderer Art ausgesetzt sind, vermehrt unter dem Aspekt der Vermeidung von Folgeschäden und Stresssyndromen betrachtet werden.

Trotz regelmäßiger Schulungen und Unterweisungen, die mindestens zweimal jährlich erfolgen und u. a. adäquates Verhalten während eines Überfalls vermitteln, wirken derartige Ereignisse oftmals sehr stark psychisch traumatisierend mit häufig länger anhaltenden emotionalen Folgen. Um die Folgen weitgehend zu vermeiden oder zu verringern, ist es notwendig, nach einem Überfall den Beschäftigten geeignete psychologische Hilfe hinsichtlich der Bewältigung des Erlebten zu leisten.

Bisherige Aktivitäten im Rahmen des Fürsorgeverständnisses wie Sonderurlaub, Geschenke, Versetzungen etc. bieten häufig keine aktuell wirksame Unterstützung bei der tatsächlichen Problembewältigung.

Eine wesentliche Präventionsmaßnahme in diesem Zusammenhang ist entweder die Förderung der Ausbildung von Überfall-Betreuern, die als sogenannte Ersthelfer nach einem Überfall eingesetzt werden oder die professionelle psychosoziale Beratung und Krisenintervention.

Zu dieser Problematik finden Sie im Anhang eine Zusammenstellung verschiedener Beiträge mit der Bitte um Kenntnisnahme.

Herr Baudirektor Dipl.-Ing. Wolfgang Korbanka beim GUV Westfalen-Lippe, Tel.: 0251/2102-212 steht Ihnen für Anfragen zu diesem Schreiben zur Verfügung.

Im Auftrag

Dr. Ulrich Winterfeld

Keine Panik - Vom Umgang mit Banküberfällen*)

Zusammenfassung

Folgend wird das Betreuungskonzept für Opfer von Banküberfällen vorgestellt, das seit über einem Jahr an der Stadtsparkasse Dortmund Anwendung findet. Dabei wird nach einer allgemeinen Schilderung des Ablaufes von Banküberfällen auch auf die besondere Situation der Bankangestellten Bezug genommen, die sich nach einem Überfall oft allein gelassen fühlen. Ebenso werden Symptome aufgezählt, die bei Opfern nach einem Bankraub auftreten können. Abschließend werden die verschiedenen Aspekte des Konzeptes vorgestellt und die bisher mit dem Konzept gemachten Erfahrungen angesprochen.

1. Zur Gegenwärtigen Situation

Pro Jahr kommt es in NRW zu rund 200 Überfällen auf Geldinstitute und Poststellen. In Dortmund haben wir es jährlich mit ungefähr 10 bis 13 Überfällen zu tun, wobei die Fälle sich zu ungefähr gleichen Teilen auf die Filialen der Stadtsparkasse und der Volksbank verteilen. Problematisch ist hierbei nicht nur der Verlust von nicht unbeträchtlichen Geldmengen, sondern auch die psychische Belastung der Angestellten und Kunden, die als Opfer in diese Überfälle verwickelt werden. Diese Belastung bzw. eine möglicherweise daraus resultierende Traumatisierung frühzeitig zu erkennen und dieser entsprechend entgegenzuwirken, dient das Betreuungskonzept, das unter meiner Anleitung an der Stadtsparkasse Dortmund angewandt wird.

Normalerweise läuft der typische Banküberfall nach folgendem Schema ab: Ein meist allein handelnder Täter betritt mehr oder weniger maskiert die von ihm ausgewählte Bankfiliale und trägt der Kassiererin bzw. dem Kassierer seinen „Wunsch“ vor. Um seinen Worten mehr Nachdruck zu verleihen, bedroht er die Anwesenden dabei mit einer Waffe oder einem anderen in seinen Händen gefährlichen Gegenstand. Damit sie möglichst schnell möglichst viel Aufmerksamkeit erlangen, kommen manche Täter in die Bank und fangen erst einmal an, fürchterlich herumzuschreien oder schüchtern ihre Opfer damit ein, dass sie immer wieder brüllen, dass ihnen alles zu langsam geht und dass sich die Kassiererin bzw. der Kassierer doch bitte etwas beeilen möge. Andere Täter sind während der Tat sehr leise und unauffällig, sprechen manchmal gar nicht und zeigen

*) Anlage zum Rundschreiben 180/1998 vom 11. 5. 98 des Bundesverbandes der Unfallkassen e.V., München

dafür der KassiererIn bzw. dem Kassierer nur einen Zettel, auf dem sie ihr Anliegen formuliert haben. Dabei kommt es vor, dass die Frau hinter dem Schalter die Einzige bleibt, die überhaupt etwas von dem Überfall mitbekommt.

Nur selten – und das ist die gute Nachricht – benutzen die Täter wirklich ihre mitgebrachten Waffen. Sie schießen dann meist zu Demonstrationszwecken in die Decke um zu beweisen, wie ernst sie es meinen. Normalerweise bekommt der Täter das gewünschte Geld sofort und verlässt nun fluchtartig die Bank. Das ganze dauert in der Regel nur wenige Minuten, die den Anwesenden allerdings immer sehr viel länger vorkommen.

Man sollte bei Banküberfällen im Allgemeinen nicht davon ausgehen, man hätte es hier mit hauptberuflichen Verbrechern zu tun, die die Situation vollends beherrschen. Eher das Gegenteil ist richtig. Meist handelt es sich um eher einfach strukturierte Menschen, die – aus welchen Gründen auch immer – in eine extreme finanzielle Notlage geraten sind und sich durch einen Überfall eine blitzartige Lösung all ihrer Probleme erhoffen. Normalerweise liegt es dem typischen Bankräuber fern, Angestellten und Kunden irgend etwas anzutun. Bankräuber sind allein am Geld interessiert. Sie haben schon genug Probleme und wenn alles nach ihrer Nase tanzt, wollen sie ihre Situation durch Gewaltausbrüche nicht noch unnötig verschärfen. Sie denken aber leider nicht im Entferntesten daran, was sie bei ihren Opfern allein durch ihre psychische Bedrohung und die Präsenz ihrer Waffen auslösen. Für einen Bankräuber ist das einzig Wichtige, dass er die volle Kontrolle über die Situation hat und dass alles so läuft, wie er es sich vor-

gestellt hat. Bekommt er dieses Gefühl, sind die Anwesenden – so abwegig dies auch klingen mag – sogar einigermaßen sicher, da sich die Gefahr einer möglichen Kurzschlussreaktion des Täters in dem Maß verringert, in dem er zu der Auffassung gelangt, alle tun das, was er von ihnen verlangt.

Diese kurze Darstellung von Überfallabläufen bezieht sich nur auf die typischen und damit die Mehrzahl der Fälle. Für atypische Überfälle wie z.B., dass einem Angestellten vor Öffnung der Filiale oder bereits zu Hause aufgelauert wird, um sich somit Zutritt zum Haupttresor zu verschaffen und für Geiselnahmen gelten ganz andere Verhaltensregeln, auf die ich hier aufgrund der geringen Zahl der Fälle nicht eingehe.

1.1. Zur Situation der Opfer nach einem Überfall

Gegenwärtig ist es leider in vielen Institutionen so, dass die Angestellten nach einem Überfall mit ihrer Erfahrung und der daraus folgenden Belastung ziemlich allein dastehen. Meist aus Unkenntnis oder Hilflosigkeit begnügen sich die Verantwortlichen damit, den Hauptbetroffenen einen oder zwei Tage lang dienstfrei zu geben; dies in der Hoffnung, dass sich danach alles schon wieder von selbst einrenken werde. Leider ist dies oft nicht der Fall. Manche Angestellte, die keine Möglichkeit hatten, sich mit anderen über ihr Erlebnis auszutauschen, zeigen in den Tagen nach dem Überfall erhebliche Unsicherheit und haben Schwierigkeiten, ihre normale Tätigkeit wieder aufzunehmen. Im schlimmsten Fall kamen mir Aussagen von Verantwortlichen wie: „Die sollen sich nur nicht so anstellen“ zu Gehör. Dass so etwas nicht gerade förderlich für die Motivation

der Mitarbeiter ist, dürfte selbstverständlich sein.

1.2. Mögliche Folgen eines Überfalls

Direkt mit einer Waffe bedroht zu werden, stellt für uns eine ziemlich außergewöhnliche Erfahrung dar, die auch an scheinbar hartgesottenen Zeitgenossen nicht spurlos vorbeigeht. Banküberfälle werden zu den in der Fachsprache als kritische Lebensereignisse bezeichneten Vorfällen gezählt, die durchaus Einfluss auf die folgende Lebensgestaltung der Betroffenen haben können. In Extremfällen wie Geiselnahmen, Entführungen, wenn jemand durch den Täter vorsätzlich verletzt wurde oder wenn es zu einem Schusswechsel kam, etablieren sich bei rund 20% der Opfer manifeste psychische Symptome, die unter dem Begriff der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) zusammengefasst werden. Ein unter PTSD leidender Mensch erlebt über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten Symptome wie wiederholt und unkontrollierbar auftretende Erinnerungen an das belastende Erlebnis, Alpträume, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, erhöhte Erregbarkeit usw.. Weiterhin tendieren die Betroffenen dazu, Situationen, die sie irgendwie an das Erlebnis erinnern, aktiv zu vermeiden. Normalerweise heißt das, dass diese Menschen nicht mehr in der Lage sind, den Ort zu betreten, an dem sie die Traumatisierung erfahren haben. Versuchen sie dennoch eine solche Konfrontation durchzuführen, erleben sie starke Angstgefühle, die sich bis zu einer massiven Panikattacke steigern können. Die Menschen stehen dann stocksteif am Rand des Schauplatzes. Man sieht ihnen förmlich an, wie sie die Erinnerung an das Trauma schier überwältigt. Sie bekommen Schweißausbrüche und beginnen hilflos

zu zittern. Die einzige Handlungsmöglichkeit, die ihnen bleibt, ist sofort aus der Situation und damit auch vor den zu starken Angstgefühlen zu flüchten und künftig diese Situationen ganz zu vermeiden. Bei Vorliegen einer PTSD ist immer eine Psychotherapie notwendig, um die Betroffenen von ihren Problemen zu befreien.

Die aktive Vermeidung der konkreten Situation, die die Opfer an einen Bankraub erinnert, habe ich bei meiner Arbeit bislang zweimal erlebt: In beiden Fällen waren die Opfer bereits mehrfach (zwei bzw. dreimal) in der selben Filiale überfallen worden. Die Belastung war daraufhin so stark, dass für die Betroffenen eine Versetzung an eine andere Position innerhalb des Institutes notwendig wurde. Die Betroffenen waren nicht mehr in der Lage – genauer gesagt: auch nicht mehr gewillt – , in ihrer angestammten Filiale zu arbeiten.

Die PTSD beschreibt die stärkste Symptomatik, die Opfer nach einem Bankraub entwickeln können. In den meisten Fällen sind die resultierenden Belastungen geringer und nicht lang anhaltend. Direkt nach einem Überfall zeigen alle Betroffenen Symptome höchster Anspannung und Nervosität, was als Reaktion auf die erlebte Angst während des Überfalls absolut normal ist. Manche haben das Gefühl, irgendwie „neben sich zu stehen“ und alle sind nach dem Überfall „etwas blass um die Nase“. Auch dies sind ganz normale körperliche Reaktionen, die zeigen, dass der Körper sozusagen auf das Notprogramm für gefährliche Situationen umgeschaltet hat.

In den ersten Tagen nach dem Überfall finden sich bei den direkt Beteiligten oft Symptome wie Einschlafprobleme, erhöhte

Anfälligkeit für plötzliche Geräusche und Nervosität. Diese Symptome verschwanden bei der Mehrzahl der Betroffenen, mit denen ich mich bislang unterhalten habe, nach einigen Tagen. Dies soll in keiner Weise verharmlosend klingen, denn auch wenn ein Überfall so glimpflich ausgeht, dass alle Beteiligten ohne gravierende Symptome ihre normale Tätigkeit wieder aufnehmen können, ist eine Betreuung nach einem Überfall immer notwendig und sinnvoll. Alle bislang durch unsere Teams betreuten Angestellten (bislang kamen wir nach insgesamt acht Überfällen zum Einsatz) äußerten sich sehr positiv über unser Angebot. Die Betroffenen gaben vor allem an, dass ihnen die bloße Anwesenheit des Betreuungsteams direkt nach dem Überfall bereits gut getan habe. Sie wurden mit dem Erlebnis nicht mehr allein gelassen, sondern es gab jemanden, der sich ihrer annahm, ihnen die neue und unbekannte Situation verständlich machte, Kaffee kochte und sie auch einfach nur mal kurz in den Arm nahm. Weiterhin hat es sich für die Angestellten als große Unterstützung erwiesen, dass einer der Betreuer sie zur Vernehmung zur Polizei begleitete, da diese Situation für die Leute meist fremd ist.

Auch das Angebot nach einigen Tagen ein Gespräch mit allen Betroffenen zu führen und sich dabei unter Anleitung über das Erlebnis auszutauschen, wurde von den Betroffenen als sehr positiv bewertet. Diese positive Rückmeldung über die Betreuung, die wir nach Banküberfällen von den Beteiligten erhielten, hat uns zu dem Schluss geführt, dass wir mit unserem Ansatz auf dem richtigen Weg sind, obwohl er sicher noch nicht ausgereift ist. Vor allem hat unser Vorgehen gezeigt, dass man der Situation des Banküberfalls nicht hilflos gegenübersteht, sondern dass

man sich mit nicht allzu großem Aufwand aktiv und erfolgreich damit auseinandersetzen kann.

2. Darstellung des Betreuungskonzeptes

Das Betreuungskonzept besteht aus zwei Teilen: Zum einen führen wir seit Anfang des Jahres 1997 Seminare durch, die der Vorbereitung der Angestellten auf die Situation eines Banküberfalls dienen. Diese Veranstaltungen dienen in erster Linie der Prävention. Das Ziel liegt darin, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine realistische Sicht der Situation des Banküberfalls zu vermitteln. Hierbei sollen Gefahren richtig eingeschätzt und die Angestellten sollen mit Möglichkeiten vertraut gemacht werden, die zeigen, wie man sich in solchen Situationen richtig verhält, um eine Eskalation aktiv zu verhindern.

Der andere Teil des Konzeptes umfasst die gesamte Betreuungsleistung nach einem erfolgten Bankraub. Die Betreuung erfolgt dabei sowohl durch die von mir ausgebildeten Mitarbeiter der Stadtparkasse als auch durch meine Person.

2.1. Das Vorbereitungsseminar auf Banküberfälle

„Also, ich hätte ja eigentlich nie damit gerechnet, dass es mich wirklich mal selbst erwischt. Ja, die Kollegen von Filiale XY, die hatten ja schon zweimal einen, ..., aber bei uns ...“

Diese oder eine ähnlich Reaktion habe ich bereits häufig bei Angestellten gehört, die zum ersten Mal Opfer eines Überfalls wurden. Die Leute haben sich vorher nie wirklich mit der Möglichkeit beschäftigt, dass

sie selbst einmal in diese Situation gelangen könnten. Entsprechend hilflos fühlten sie sich, als es dann soweit war und ein Maskierter mit gezückter Waffe vor ihnen stand. Damit zeigt sich auch schon eines der Hauptprobleme im Umgang mit Banküberfällen: Die Angestellten verdrängen normalerweise die Möglichkeit, dass sie Opfer eines Bankraubs werden könnten. Man beschäftigt sich lieber nicht mit den Konsequenzen, die ein Überfall mit sich bringt. Bestärkt wird dieser Verdrängungseffekt noch durch Medienberichte über Geiselnahmen und Überfälle bei denen Menschen zu Schaden kamen. Problematisch wird es dann, wenn die Konzepte, die jemand mit Blick auf Banküberfälle entwickelt, eher Katastrophenphantasien entsprechen, die den **worst case** eines Bankraubs beschreiben, der in einer Geiselnahme mündet. Ich will hier in keinem Fall verharmlosend klingen, aber wenn man sich die realen Fälle ansieht, stellt man fest, dass Banküberfälle, relativ gesehen, ungefährlicher sind als gemeinhin angenommen wird. Das heißt, es kommt aufgrund der Eingangs geschilderten psychischen Situation des Täters eher selten dazu, dass jemand während eines, normalen Überfalls verletzt wird.

Die Mehrzahl der Bankangestellten zeigt eine diffuse Unsicherheit und Unkenntnis über den tatsächlichen Ablauf eines Bankraubs. Man stützt das Bild, das man im Kopf hat, vor allem auf Erzählungen von Kollegen, die bereits selbst Opfer eines Überfalls wurden. Das Unbekannte und die Gefährlichkeit dieser Situation löst entsprechend bei den Angestellten Angst aus. Extreme Angst oder Panik ist natürlich für ein einigermaßen kontrolliertes Verhalten der Bankangestellten, wie es die Situation des Überfalls erfordert, nicht besonders

vorteilhaft. Damit wird auch das Ziel des präventiven Teils des Betreuungskonzeptes deutlich: In den Seminaren geht es in erster Linie um Aufklärung. Wir versuchen, ein realistisches Bild der Situation Banküberfall zu vermitteln, um damit Unsicherheit und Hilflosigkeit bei den potentiellen Opfern zu reduzieren. Wir – das heißt der Leiter des für Raubüberfälle zuständigen Kommissariates der Dortmunder Polizei und meine Wenigkeit – erzählen den Angestellten in zweistündigen Seminaren etwas darüber, dass sie während eines Banküberfalls gar nicht so hilflos sind, wie sie vielleicht selbst annehmen. In diesem Zusammenhang erläutern wir die anfangs angesprochene Situation des Täters und sein extremes Kontrollbedürfnis. Wir erklären nun, dass wenn diesem Wunsch nach Kontrolle entsprochen wird, z. B. dadurch, dass dem Täter sogenannte Ich-Botschaften wie: „Ja, klar, ich tu alles was sie sagen, sie bekommen ihr Geld; ich pack ihnen alles ein“ übermittelt werden – der Täter selbst etwas von seiner extremen Anspannung verliert. Damit soll dann ebenso klar werden, dass die Hauptgefahr, die ein Überfall mit sich bringt – die Gefahr einer Kurzschlussreaktion des Täters – durch das eigene Verhalten der Angestellten durchaus reduziert werden kann.

Im einzelnen werden bei unseren Seminaren folgende Themenbereiche angesprochen:

- Psychologie des Bankräubers
- Umgang mit der eigener Angst/ Techniken der Angstkontrolle
- Mögliche psychische Folgen eines Banküberfalls
- Grundsätze der polizeilichen Ermittlungen

- Vorstellung des Betreuungsteams und dessen Arbeit

Bislang haben wir das Seminar elf mal abgehalten. Jedes mal waren ungefähr 50 Angestellte anwesend. Während unserer Veranstaltung stellte sich bei den Angestellten, die bereits einmal überfallen wurden, meist eine Art Wiedererkennungseffekt ein. Sie schilderten im nachfolgenden Gespräch, dass sie den Bankräuber und dessen Nervosität genauso erlebt haben wie von uns beschrieben wurde. Auch die von uns geschilderten Verhaltenstips empfanden die Anwesenden als hilfreich.

Es geht mir in den Seminaren auch darum, die Angestellten dazu zu bringen, sich mit der Möglichkeit des Banküberfalls wirklich einmal konkret auseinanderzusetzen. Wenn dies gelingt und verständlich wird, dass ein Banküberfall zwar kein besonders angenehmes Erlebnis ist, dass es allerdings durchaus geeignete Möglichkeiten gibt, um damit fertig zu werden, ist das Ziel der Veranstaltung bereits erreicht. Die Grundlage ist dabei, dass Menschen vor allem Situationen fürchten, die sie nicht kennen und für die sie in ihrem Repertoire keine geeigneten Handlungsmöglichkeiten haben, um darauf irgendwie zu reagieren. Es hat sich aber immer wieder gezeigt, dass auf belastende Situationen psychisch entsprechend vorbereitete Menschen mit Situationen besser fertig wurden und auch hinterher seltener länger dauernde Belastungen erlebten. Es mag zwar etwas seltsam klingen, aber häufig entspricht die subjektive Gefahr, die wir allein in unserem Kopf erleben und die letztlich unsere Angst auslöst und deren Stärke bestimmt, nicht ganz der tatsächlichen Gefahr mit der wir in der Realität konfrontiert sind.

2.2. Zur Betreuung nach Banküberfällen

Hauptziel der Betreuungsarbeit ist es, den Mitarbeitern nach dem Überfall Ansprechpartner zur Verfügung zu stellen, um mögliche Belastungen, die sich nach diesem Erlebnis ergeben können, zu erkennen und bei deren Auftreten entsprechend entgegenzuwirken.

Direkt nach dem Überfall kommen die Betreuungsteams in die Filiale und sorgen für eine Beruhigung der Angestellten (ggf. auch Kunden), um sie von ihrem hohen Anspannungsniveau herunterzuholen. Weiterhin werden die Angestellten von einem Mitglied des Betreuungsteams zur polizeilichen Vernehmung begleitet. Dieses Vorgehen hat sich, wie angesprochen als vorteilhaft erwiesen, da die Situation bei der Polizei für die meisten doch eher fremd ist und sie froh sind, wenn sie von einer bekannten Person begleitet werden. Es wird auch dafür gesorgt, dass alle Anwesenden begleitet nach Hause gelangen. Dies ist ein nicht zu vernachlässigender Punkt, da zwar manche Mitarbeiter auf Nachfrage angeben, dass sie sich durchaus zutrauen allein nach Hause zu kommen, um dann aufgrund der hohen Aufregung doch nach 100 Metern Fußweg in Ohnmacht zu fallen. Daher wird hier immer von einem Außenstehenden die Handlungsverantwortung übernommen.

Einige Tage nach dem Überfall wird den Angestellten ein Gruppengespräch angeboten. Dieses Gespräch wird unter Anleitung des bereits nach dem Überfall zum Einsatz gekommenen Betreuungsteams durchgeführt. Das Gespräch dient vor allem dem Austausch der Betroffenen untereinander. Hier wird in der Gruppe darüber gesprochen, wie die Angestellten

den Überfall und die erste Zeit danach erlebt haben. Die Angestellten erfahren dabei vor allem, dass sie mit ihrer Angst keineswegs allein waren, sondern dass die anderen ganz ähnlich empfunden haben. Das Gespräch hat dabei einen starken gruppenspezifischen Effekt, da sich die Angestellten oft gegenseitig mit ihren Angaben unterstützen und verstärken. Dieser Effekt ist ein wichtiger und beabsichtigter therapeutischer Bestandteil des Konzeptes. Die Mitglieder des Betreuungsteams dienen hierbei in erster Linie als Moderatoren mit unterstützender Funktion. Bei Bedarf geben sie weitergehende Informationen über psychische Symptome, die nach einem Überfall auftreten können und weisen darauf hin, wie man mit diesen Symptomen fertig wird. Im Gespräch selbst halten sie sich weitgehend zurück, um die Gruppendynamik nicht zu unterbrechen. Sie achten allerdings darauf, dass jeder Anwesende zu Wort kommt. Weiterhin achten sie darauf, ob einzelne Mitarbeiter noch weitergehende Symptome aufweisen und ggf. eine weitergehende Betreuung wünschen. In jedem Fall wird auch ein Gespräch mit meiner Person angeboten. In den meisten Fällen hat sich eine alleinige Betreuung durch die von mir ausgebildeten Betreuungsteams als ausreichend erwiesen. Insgesamt wurde die Betreuung als sehr positiv beschrieben.

Die Betreuungsteams (in Dortmund gibt es drei) bestehen aus jeweils zwei Mitgliedern. Hierbei handelt es sich jeweils um zwei Mitarbeiter aus der Personalabteilung der Stadtsparkasse. Diese wurden von mir innerhalb von sechs Wochen fortgebildet. Dass die Akutbetreuung durch Mitarbeiter der Stadtsparkasse durchgeführt wird, hat eine Reihe von Vorteilen: es sollte auf jeden Fall immer eine Akutbe-

treuung der Angestellten direkt nach dem Überfall erfolgen. Dies kann meist nicht durch die Filialleiterin bzw. den Filialleiter geschehen, da diese(r) selbst während des Überfalls anwesend war und somit als Beteiligte(r) zu betrachten ist. Als selbst Betroffene(r) kann man nicht von ihr bzw. ihm erwarten, dass sie bzw. er dazu in der Lage ist, die notwendige Betreuungsarbeit zu leisten, da der nötige Abstand aufgrund der eigenen Anspannung meist fehlt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sparkasse sind hingegen nicht selbst betroffen und bringen daher den nötigen Abstand auf, um die Betreuung zu leisten. Weiterhin können sie, da sie direkt abrufbar sind, immer schneller vor Ort sein als ein hinzugerufener professioneller Betreuer für den es anhand anderer Verpflichtungen meist schlecht möglich ist, ständig auf Abruf bereitzustehen. Den Betreuern wurde eingehend verdeutlicht, dass sie keine therapeutische Arbeit leisten, sondern nur als erste Bezugspersonen nach einem Überfall zur Verfügung stehen. Ich habe es mir zur Regel gemacht, eine oder zwei Wochen nach dem Überfall noch einmal in der jeweiligen Filiale zu erscheinen und mich nach dem Befinden der Angestellten zu erkundigen. Hierbei hole ich mir ebenfalls noch einmal eine Rückmeldung über die erfolgte Betreuung. Die Fortbildung der Mitglieder der Betreuungsteams beinhaltete unter anderem folgende Themenbereiche:

- Darstellung möglicher psychischer Folgen von Banküberfällen
u. a. posttraumatische Belastungsstörung
Angststörungen
Identitätskrisen
Vermeidung von angstbesetzten Situa-

tionen

Eigene Schuldzuweisungen

Risikogruppen

- Darstellung von Möglichkeiten des Umgangs mit diesen Folgen
- Gespräche
Entspannungstechniken
Antistresstraining

Psychotherapie

- Der Bankräuber – psychologische Profile und Vorgehen
- Techniken der Gesprächsführung

Hinweise zur Auswahl von Therapeuten, therapeutischen Maßnahmen und Gutachtern

1. Auswahl von Gutachtern und Therapeuten

Für die Erfassung und Wertung von Verletzungen und Erkrankungen (Berufskrankheiten) des zentralen Nervensystems (Gehirn und Rückenmark) und des peripheren Nervensystems (Rückenmarksnervenwurzeln, Nervengeflechte, periphere Nerven) sind qualifiziert und kompetent der

- Facharzt für Neurologie
- Facharzt für Psychiatrie
- Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

bei Kindern und Jugendlichen gegebenenfalls der

- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

bei speziellen Verletzungen und besonderer Fragestellung (differentialdiagnostische und ursächliche Abklärung) sind gegebenenfalls zuzuziehen der

- Facharzt für Neurochirurgie
- Facharzt für Radiologie, insbesondere Neuroradiologie
- Klinische Neuropsychologie (Dipl.-Psychologe)

Aufgaben und Qualifikation der einzelnen Fachvertreter:

▷ Neurologie (Facharzt für Neurologie)

Die Neurologie umfasst die Diagnostik, Therapie, Prävention und Rehabilitation bei Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems und der Muskulatur.

Außer eingehenden Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Methodik und Technik der neurologischen und auch psychiatrischen Anamnese- und Befunderhebung muss der Neurologe die apparativen Zusatzuntersuchungen seines Fachgebietes (u. a. EEG, EMG, SEP, Dopplersonographie) durchführen und deren Ergebnisse auswerten können. Er muss Grundkenntnisse und Erfahrung in Anwendung und Befundung der neuroradiologischen Untersuchungsverfahren (Röntgendiagnostik an Schädel und Wirbelsäule mit Spezial- und tomographischen Aufnahmen, Computertomographie und Kernspintomographie des Schädels und der Wirbelsäule) haben sowie Kenntnisse der Psychopathologie und der Neuropsychologie.

▷ Psychiatrie und Psychotherapie (Facharzt für Psychiatrie)

Die Psychiatrie umfasst die Diagnostik,

Therapie, Prävention und Rehabilitation hirnorganischer, endogener, persönlichkeitsbedingter, neurotischer und situativ reaktiver psychischer Erkrankungen und Störungen einschließlich ihrer sozialen Anteile und psychosomatischen Bezüge unter Anwendung somato-, sozio- und psychotherapeutischer Verfahren.

Außer eingehenden Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Methodik und Technik der psychiatrischen Anamnese- und Befunderhebung unter Einbeziehung psychopathologischer, psychodynamischer und tiefenpsychologischer Aspekte und aller psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen gehören dazu Kenntnisse und Fertigkeiten in Methodik und Technik der neurologischen Untersuchung, soweit dies für die Differentialdiagnose psychiatrischer Erkrankungen erforderlich ist.

▷ **Neurologie und Psychiatrie (Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, auch Nervenarzt, Nervenfacharzt)**

Der Facharzt für beide Fachgebiete hat eine umfassende und langjährige, fast doppelte Weiterbildungszeit in beiden Fachgebieten absolviert und ist besonders befähigt zur differentialdiagnostischen Abwägung zwischen hirnorganischen, endogenen, persönlichkeitsbedingten, neurotischen und situativ reaktiven psychischen Störungen.

Er hat Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Methodik und Technik beider Fachgebiete. Er ist aber im allgemeinen entweder mehr neurologisch oder mehr

psychiatrisch orientiert, tätig und erfahren.
▷ **Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Kinder- und Jugendpsychiater)**

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie umfasst die Diagnostik, Therapie, Prävention und Rehabilitation von psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und endogenen psychischen Erkrankungen und Störungen sowie von psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter.

▷ **Neurochirurgie (Neurochirurg)**

Die Neurochirurgie umfasst die Diagnostik und operative Therapie von Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen des zentralen Nervensystems und seiner Hüllen sowie des peripheren und vegetativen Nervensystems.

Der Neurochirurg ist Chirurg mit Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der klinischen Neurologie und den apparativ-neurophysiologischen und neuroradiologischen Zusatzuntersuchungen. Er hat Grundkenntnisse auch in der Psychopathologie.

Der Neurochirurg ist gefragt zu Krankheitserscheinungen, Krankheitsverlauf, operativen Maßnahmen, zum postoperativen Verlauf und zur Prognose hinsichtlich möglicher postoperativer Komplikationen.

Nach operativ behandelten Schädelhirnverletzungen sollten aber die dann abschließenden Untersuchungen zur Feststellung von Art und Ausmaß der neurologischen und besonders auch psychischen Hirnverletzungsfolgen und der dadurch bedingten MdE durch den Neurologen

erfolgen.

▷ **Radiologie, Neuroradiologie (Facharzt für Radiologie, Schwerpunkt Neuroradiologie)**

Die Neuroradiologie umfasst die neuroradiologische Diagnostik bei Erkrankungen und Veränderungen des Nervensystems und seiner Hüllen, insbesondere die Untersuchungen der Hirngefäße, Rückenmarkgefäße, der zum Gehirn führenden extracraniellen Gefäße, der Liquorräume des Gehirns und des Spinalkanals einschließlich der Computertomographie und der Kernspintomographie des Schädels und des Spinalkanals sowie die invasive Therapie zur Embolisation von Gefäßfisteln und Geschwülsten.

Die Hinzuziehung des Neuroradiologen ist unbedingt notwendig bei spezieller diagnostischer Abklärung von Art, Ausmaß und Lokalisation von Verletzungen des zentralen Nervensystems und bei notwendiger differentialdiagnostischer Abklärung zwischen traumatischen und nicht traumatischen, u. a. gefäßbedingten Schädigungen des zentralen Nervensystems.

▷ **Klinische Neuropsychologie (Klinischer Neuropsychologe, Diplom-Psychologe)**

Der Klinische Neuropsychologe ist Psychologe nach abgeschlossener Diplomprüfung im Studiengang Psychologie an einer Universität (Dipl.-Psychologe) und nach 3-jähriger postgradualer Weiterbildungszeit an Universitätseinrichtungen, an denen Ausbildung in klinischer Neuropsychologie kontinuierlich angeboten wird, und an Praxiseinrichtungen mit Weiterbildungsprogramm klinischer Neuropsychologie.

Die Neuropsychologie umfasst die Diagnostik und Therapie hirnorganisch bedingter Beeinträchtigungen intellektueller und kognitiver Funktionen und hirnorganisch bedingter Störungen des Befindens, Erlebens und Verhaltens.

Der Neuropsychologe verfügt über besondere Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in Methodik und Technik der psychologisch-neuropsychologischen Anamnese- und Befunderhebung sowie in der Durchführung und Auswertung der für die jeweiligen Fragestellung notwendigen psychodiagnostischen Testverfahren.

Der Neuropsychologe ist gefragt nach Art und Ausmaß von Leistungsdefiziten, aber auch nach Art und Ausmaß verbliebener, rehabilitationsbedürftiger und rehabilitationsfähiger psychischer Funktionen. Er ist auch gefragt zur post- und prätraumatischen Persönlichkeitsabgrenzung, zur Abgrenzung posttraumatischer psychischer Beeinträchtigungen von psychoreaktiven und vorbestehenden Verhaltens- und Reaktionsweisen. Dies sollte in einem neuropsychologischen Befundbericht oder Gutachten im Einzelnen dargestellt werden. Empfehlungen über nötige und mögliche weitere therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen, Feststellungen zum wahrscheinlich weiteren Verlauf und vor allem die abschließende Wertung der Minderung der Erwerbsfähigkeit ist aber Aufgabe des ärztlichen Gutachters (Neurologe). Dazu muss dieser befähigt sein, die diagnostischen Feststellungen des Neuropsychologen zu werten.

2. Therapeutische Maßnahmen bei psychischen und psychoreaktiven Beeinträchtigungen und Störungen

Solche neuropsychologisch-rehabilitative und psychotherapeutische Maßnahmen können stationär oder ambulant durchgeführt werden. Dies muss der Beratende Arzt oder ärztliche Gutachter empfehlen.

Bei den unfallbedingten psychoreaktiven Störungen kommen im allgemeinen verhaltenstherapeutische Maßnahmen in Betracht. Diese sind im allgemeinen ambulant durchführbar, in besonderen Fällen jedoch auch stationär.

Zur Erläuterung: Verhaltenstherapie als Krankheitsbehandlung geht davon aus, dass die Symptombildung einer psychisch verursachten oder mitverursachten Störung Ergebnis einer individuellen Lerngeschichte ist und durch Verstärkungsbedingungen fixiert werden kann.

In einer Verhaltensanalyse sollen die krankmachenden Bedingungen aufgeklärt werden. In der Verhaltenstherapie sollen sie systematisch verändert und aufgehoben werden. Wesentlich ist eine Einstellungs- und Verhaltenskorrektur und das Erlernen von Vermeidungs- und Bewältigungsstrategien. Hierzu ist aber die aktive Mithilfe, das Mitmachen wollen, die Motivation des Patienten und ggf. seiner Beziehungspersonen erforderlich. Motivation setzt „Leidensdruck“ voraus oder kritische Einsicht.

Eine tiefenpsychologisch (psychoanalytisch) orientierte Psychotherapie ist im allgemeinen bei psychoreaktiven Störungen nach traumatischen Ereignissen nicht geeignet und auch hinsichtlich ihres Langzeitverlaufs nicht absehbar.

Bearbeitungskonzept bei isolierten psychischen Traumen

1. Allgemeiner Grundsatz

Fragen der Zuständigkeit und der Kausalität und treten bei der Eingangsbearbeitung in den Hintergrund. Vorrangig und zeitnah müssen alle erforderlichen Maßnahmen der Heilbehandlung eingeleitet werden.

2. Arbeitsempfehlungen zur medizinischen Rehabilitation

- Engmaschige Heilverfahrensüberwachung und -steuerung ab Unfalltag
- Dokumentation des Heilverlaufs durch fortlaufende Behandlungs- und Befundberichte
- Steuerung des Heilverfahrens grundsätzlich durch D-Arzt

Ausnahme:

UV-Träger hat besonderes Betreuungskonzept, z. B. durch Betriebsärzte

- Wird Behandlung durch Hausarzt bekannt
- ➔ Vorstellung D-Arzt veranlassen (nach vorheriger Kontaktaufnahme mit D-Arzt zur Information über Besonderheiten der Heilverfahrenssteuerung bei psychischen Traumen)

2. Arbeitsempfehlungen zur medizinischen Rehabilitation (Fortset-

- Frühzeitige (konsiliarische) Untersuchung durch einen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (Nervenarzt)
 - Präzise Befunddarlegung und Diagnostik beachten
 - Therapieansätze prüfen (ggf. Rückfrage beim behandelnden Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (Nervenarzt) zu Art und Umfang der in Aussicht genommenen Behandlung)
 - Notwendigkeit psychotherapeutischer Behandlung klären (evtl. Beratenden Arzt einschalten, um adäquate Behandlung zu sichern)
- Betreuung und Überwachung psychotherapeutischer Maßnahmen
 - Fachliche Befähigung, in Traumatherapie erfahrene Psychotherapeuten sind bei Kassenärztlicher Vereinigung zu erfragen
 - Verfügbarkeit der Psychotherapeuten klären (kurzfristige Terminvereinbarung, sinnvolles zeitliches Intervall zwischen Sitzungen)
 - Je nach Fall Kostenübernahme für 5 bis max. 20 Sitzungen (ggf. mit Abstimmung des Beratenden Arztes)
 - Verpflichtung des behandelnden Psychotherapeuten zu ausführlicher Berichterstattung nach der Hälfte der Sitzungen und nach Beendigung der genehmigten Sitzungen
 - Einschaltung Beratender Arzt
- Entscheidung über Verlängerung ambulanter Behandlung/ggf. Einleitung stationärer Maßnahmen
- Wiedervorstellung/Nachschaub beim/durch D-Arzt zur Koordination des Heilverfahrens mit Vorlage aller Behandlungs- und Befundberichte (der weiterbehandelnden Ärzte bzw. Psychotherapeuten)

3. Arbeitsempfehlungen zur beruflichen Rehabilitation

- Einschaltung des Berufshelfers (je nach Sachverhalt/Fallgestaltung des psychischen Traumas) zur
 - Umgehenden Kontaktaufnahme mit dem Versicherten zur Beratung
 - Umgehenden Kontaktaufnahme mit dem behandelnden Arzt
 - Umgehenden Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber und ggf. Betriebs-/Werkstarzt nach vorheriger Abstimmung mit dem Versicherten zur Wiedereingliederung (Arbeitsversuch oder evtl. vorübergehende Umsetzung)

4. Empfehlungen zu parallel zu führenden Ermittlungs-/Bearbeitungsschritten

- Ermittlungen der Einzelheiten zum Unfallgeschehen beim Versicherten selbst, beim Arbeitgeber, beim erstbehandelnden Arzt, evtl. bei Unfallzeugen und bei sonstigen Stellen, wie z. B. Polizei, Staatsanwaltschaft und Krankenkasse
- Ermittlung der Vorerkrankungen (Krankenkasse, vorbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser)
- Einschaltung des Berufshelfers
 - Abschließende Klärung des Unfallherganges
 - Klärung/Erhebung des familiären Umfeldes/der psychosozialen Verhältnisse

5. Empfehlungen zur Begutachtung

- Einschaltung des Beratenden Arztes bei anhaltenden psychischen Störungen
 - Ungeklärte Zusammenhangsfrage (z. B. wegen Dauer der Arbeitsunfähigkeit oder wenn mit dem Eintritt der Arbeitsfähigkeit nicht mehr zu rechnen ist)
- ➔ Klärung der Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit
 - ➔ Notwendigkeit der Begutachtung abklären
 - ➔ Gutachterausswahl durch Verletzten (als Gutachter sind nur solche auf neurologisch/psychiatrischem Fachgebiet tätige Ärzte zu benennen, die Erfahrung in der Traumabegutachtung haben)
 - ➔ Auftrag eines Gutachtens zur Zusammenhangsfrage unter umfassender Befunderhebung (falls erforderlich unter stationären Bedingungen) mit ausführlicher Exploration und Erhebung der psychosozialen Anamnese
 - ➔ Vorsorgliche Anmeldung eines Erstattungsanspruches bei anderen Leistungsträgern (z. B. Krankenkasse)

Bearbeitungskonzept HWS-Distorsion

1. Einführung

Aufgrund psychischer Störungen nach HWS-Distorsionen kommt es vielfach zu Verzögerungen im Heilverlauf. Um möglichst frühzeitig Problemfälle zu erkennen und für diese auch geeignete Bearbeitungsschritte und Behandlungsmaßnahmen festzulegen, wurde ein Ablaufdiagramm zur gezielten Steuerung des Heilverfahrens erarbeitet (Anlage). Damit ist auch eine standardisierte EDV-unterstützte Terminüberwachung zur Steuerung des Heilverfahrens möglich.

2. Erläuterung des Bearbeitungskonzeptes

Beginnend vom Unfalltag gibt das Bearbeitungskonzept HWS-Distorsion Hilfestellung durch Empfehlungen für zu veranlassende Arbeitsschritte in Abhängigkeit von der Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit:

2.1 Maßnahmen unmittelbar nach dem Unfall

Ergeben sich **nach dem Unfall** bei der Erstuntersuchung durch den behandelnden D-Arzt Hinweise auf neurologische Erscheinungen und andere Besonderheiten (z. B. Schwindel, Tinnitus, Kopfschmerzen, Gleichgewichtsstörungen, Doppelbilder, Sehfeld einschränkungen, Empfindungsstörungen, Lähmungen), ist sofort eine Vorstellung beim Neurologen zu veranlassen, um

eine Verletzung des Halsmarkes oder von Halsmarksnervenwurzeln und/oder eine Schädel-Hirn-Beteiligung auszuschließen bzw. eine Vorstellung beim Augen- und/oder HNO-Arzt zu veranlassen. Es empfiehlt sich, frühzeitig den genauen Unfallhergang durch zielgerichtete Fragen an den Versicherten zu klären.

2.2 Maßnahmen nach Ablauf der zweiten Woche nach dem Unfall

Ist der Verletzte länger als **zwei Wochen** nach dem Unfalltag arbeitsunfähig, ist er erstmals bzw. zur Kontrolle (siehe 2.1) einem Neurologen vorzustellen. Zu diesem Zeitpunkt sollten vom D-Arzt bereits auch „gehaltene“ Aufnahmen der HWS gefertigt sein bzw. veranlasst werden (gestufte Diagnostik).

Bei HWS-Distorsionen ohne morphologische Schäden der Bänder und ohne Verletzungen im knöchernen Bereich ist im Regelfall nach der **dritten Unfallwoche**, spätestens in der vierten Woche das Heilverfahren abzuschließen.

2.3 Maßnahmen nach Ablauf der vierten Woche nach dem Unfall

Dauert die Arbeitsunfähigkeit über die **vierte Woche** nach dem Unfall hinaus an, ist eine Wiedervorstellung/Nachschaubesprechung beim D-Arzt zu veranlassen. Dabei ist eine Befundkontrolle und eine weitergehende Stufendiagnostik vorzunehmen. Der D-Arzt

soll die weitere Behandlung selbst übernehmen oder Behandlungsempfehlungen geben. Auf eine möglichst frühzeitige Mobilisierung des Versicherten ist hinzuwirken. Der Sachbearbeiter hat dafür Sorge zu tragen, dass der Heilverlauf der/des Verunfallten durch fortlaufende Behandlungs- und Befundberichte des D-Arztes dokumentiert wird.

In den meisten Fällen ist auch in komplexeren Konstellationen nach Ablauf der **sechsten Woche** nach dem Unfalltag die medizinische Rehabilitation zum Abschluss zu bringen.

2.4 Maßnahmen nach Ablauf der sechsten Woche nach dem Unfall

In Fällen, in welchen Arbeitsunfähigkeit über die **sechste Woche** hinaus besteht, ist spätestens, soweit noch nicht geschehen, besondere berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung einzuleiten. Der/die Unfallverletzte verbleibt in der Behandlung des D-Arztes. Entsprechend der bereits beschriebenen Verfahrensweise sind die Befunde durch den D-Arzt regelmäßig zu kontrollieren. Die Ergebnisse sind durch (Anforderung) fortlaufende(r) Behandlungs- und Befundberichte zu dokumentieren. Vom D-Arzt sind weitergehende diagnostische Maßnahmen durchzuführen bzw. zu veranlassen. Sofern durch den D-Arzt noch nicht geschehen, ist eine (erneute) Vorstellung beim Neurologen zu veranlassen. Zudem ist der Berufshelfer einzuschalten. Dieser hat durch einen Besuch vor Ort den genauen Unfallhergang zu klären, soweit dieser aus der Aktenlage (noch) nicht eindeutig hervorgeht. Weiter ist es Aufgabe des Berufshelfers, konkurrierende Ursachen der fortdauernden Arbeitsunfähigkeit im privaten/familiären Umfeld zu

ermitteln und dabei die psychosoziale Anamnese zu erheben. In Absprache mit dem behandelnden D-Arzt, dem Verletzten sowie dem Beschäftigungsbetrieb hat der Berufshelfer zu diesem Zeitpunkt auch die Möglichkeit, eine Belastungserprobung/stufenweise Wiedereingliederung abzuklären. Sofern eine solche vom behandelnden Arzt für sinnvoll erachtet wird, ist diese zum nächstmöglichen Zeitpunkt einzuleiten. Wie üblich, ist die Belastungserprobung durch den D-Arzt zu überwachen. Im Fall des Scheiterns einer Belastungserprobung verbleibt der/die Unfallverletzte in der besonderen Heilbehandlung durch den D-Arzt. Dieser hat ggf. aufgrund neu gewonnener Erkenntnisse weitergehende Diagnosemöglichkeiten zu veranlassen.

2.5 Maßnahmen nach Ablauf der achten Woche nach dem Unfall

Es ist sicherzustellen, dass bei der Heilverfahrensverzögerung über die sechste Woche hinaus regelmäßige Befundkontrollen durch den D-Arzt stattfinden und diese durch fortlaufende Berichterstattung dokumentiert werden. Ergibt sich aus den Arztberichten, dass die Arbeitsunfähigkeit noch fortauern wird, sind nach Ablauf der **achten Woche** nach dem Unfall die Vorerkrankungen des Unfallverletzten unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Grundsätze bei der Krankenkasse sowie den vorbehandelnden Ärzten und Krankenhäusern zu erheben. Außerdem ist umgehend die Polizeiakte anzufordern, sofern aufgrund des Unfalles polizeiliche Ermittlungen stattgefunden haben. Nach Kenntnis der sonstigen Unfallbeteiligten ist, unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Einschränkungen, mit dem gegnerischen Haftpflichtversicherer(n) Kontakt

aufzunehmen und zu klären, ob diese(r) bereits ein medizinisches oder verkehrsanalytisches Gutachten eingeholt bzw. in Auftrag gegeben hat/haben (selbstverständlich machen diese Gutachten auf zivilrechtlicher Beurteilungsgrundlage eine eigenständige gutachterliche Beurteilung nach den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der GUV nicht entbehrlich). Aufgrund des Urheberrechtsgesetzes bedarf es für die Beiziehung von Gutachten dritter Stellen des Einverständnisses des Haftpflichtversicherers als Auftraggeber und des Gutachters selbst (ggf. mit Kostenbeteiligung bzw. gegen Zahlung eines zusätzlichen Honorars).

Zeitgleich hierzu sind zur qualifizierten Heilverfahrensüberprüfung die Unterlagen dem Beratenden Arzt vorzulegen. Dieser soll zu eingetretenen/möglichen Komplikationen Stellung nehmen. Es ist anhand der Aktenlage durch ihn zu klären, ob sich hinsichtlich der Erstdiagnose eine Änderung/Erweiterung ergeben hat. Zudem soll herausgearbeitet werden, ob neurologische, psychische oder evtl. andere Störungen vorliegen. Die Frage einer möglichen Protrahierung, Somatisierung bzw. Chronifizierung des Krankheitsbildes ist zu erörtern. Durch die Vorlage beim Beratenden Arzt ist auch zu klären, inwieweit die zu diesem Zeitpunkt durchgeführten Behandlungen ausreichend sind oder ob ggf. weitere Behandlungsmaßnahmen (z. B. stationär) oder weitere Diagnostikmethoden erforderlich sind. Entsprechend der ärztlichen Stellungnahme sind die entsprechenden Maßnahmen einzuleiten, um so der Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit entgegenzuwirken.

2.6 Maßnahmen nach Ablauf der 12./13. Woche nach dem Unfall

Liegt über die **12./13. Woche** nach dem Unfall hinaus weiterhin Arbeitsunfähigkeit vor, besteht der Verdacht auf eine psychische Komponente. Dies gilt insbesondere dann, wenn von der/dem Verletzten weiterhin Beschwerden geklagt werden, jedoch keine chirurgischen/orthopädischen Befunde vom D-Arzt mehr objektiviert werden können. In der Regel besteht die Notwendigkeit einer Zusammenhangsbegutachtung. Der/dem Verletzten ist daher die Gutachterausswahl zu eröffnen. Es sind in diesen Fällen besondere Anforderungen an geeignete/kompetente Gutachter zu stellen. Mit der Zusammenhangsbegutachtung sollte ein in diesen Fragen besonders erfahrener Unfallchirurg als Hauptgutachter beauftragt werden, je nach Einzelfall sind Zusatzgutachten bei einem Neurologen/Psychiater, HNO-Arzt u. a. m. einzuholen, um alle ggf. betroffenen Fachgebiete interdisziplinär einzubeziehen bei der Feststellung der verbliebenen unfallbedingten Gesundheitsstörungen. Soweit Unfallfolgen auf unfallchirurgischem Gebiet zuverlässig ausgeschlossen werden können, ist ein Neurologe/Psychiater als Hauptgutachter zu beauftragen. Ist nach dem Ergebnis des Zusammenhangsgutachtens davon auszugehen, dass die fortdauernde Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit dem beklagten Unfallereignis steht, ist für eine nahtlose Weiterbehandlung/Therapie in Form ambulanter oder – wenn erforderlich – auch stationärer Betreuung zu sorgen, um so eine alsbaldige Arbeitsfähigkeit der/des Unfallverletzten zu erreichen. Stellt sich im Rahmen der Zusammenhangsbegutachtung jedoch heraus, dass die fortdauernde Arbeitsunfähigkeit nicht (mehr) in Zusam-

menhang mit dem Unfallereignis steht, ist die Behandlung zu Lasten des Unfallversicherungsträgers abzurechnen und umgekehrt ein Erstattungsanspruch bei dem zuständigen Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkasse) anzumelden. Gleiches gilt für die Zahlung von Verletztengeld.

2.7 Maßnahmen nach Ablauf der 52. und vor Ablauf der 78. Woche nach dem Unfall

In den Fällen, in welchen ein Zusammenhang zum Unfallereignis zu bejahen war/ist, muss der Sachbearbeiter möglichst frühzeitig nach Ablauf der 52.

Woche und rechtzeitig vor Ablauf der **78. Woche** das Ende des Verletztengeldanspruchs prüfen, sofern mit dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit nicht mehr gerechnet werden kann. Die Grundsätze des § 24 SGB X (Anhörung) sowie die des § 46 Abs. 3 SGB VII sind zu beachten. Die Verletztengeldzahlung endet mit Ablauf der 78. Woche, gerechnet vom Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an, jedoch nicht vor dem Ende einer evtl. stattfindenden stationären Behandlung, wenn mit dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit nicht gerechnet werden kann und berufsfördernde Leistungen nicht zu erbringen sind.

Bearbeitungskonzept HWS-Distorsion – Kurzfassung

Unfalltag	Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit	Arbeitsempfehlung
	<ul style="list-style-type: none"> • Auftreten neurologischer Erscheinungen und anderer Besonderheiten (z. B. Schwindel, Tinnitus, Kopfschmerzen, Gleichgewichtsstörungen, Doppelbilder, Sehfeld einschränkungen, Empfindungsstörungen, Lähmungen) 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Vorstellung beim Neurologen (ggf. Ausschluss einer Schädel-Hirn-Beteiligung) ➔ Vorstellung beim Augen- und/oder HNO-Arzt
2. Woche		<ul style="list-style-type: none"> ➔ Fertigung einer „gehaltenen“ Aufnahme der HWS veranlassen (gestufte Diagnostik) ➔ (Kontroll-)Vorstellung beim Neurologen
3./4. Woche		
<p>Abschluss des Heilverfahrens im Regelfall (Morphologische Schäden der Bänder und im knöchernen Bereich liegen nicht vor)</p>		
		<ul style="list-style-type: none"> ➔ Wiedervorstellung/Nachschau beim/durch D-Arzt: <ul style="list-style-type: none"> • Befundkontrolle • Stufendiagnostik (weitergehende) • weitergehende Behandlung • Dokumentation des Heilverlaufs durch fortlaufende Behandlungs- und Befundberichte

Zeit

6. Woche

Abschluss der Rehabilitation in komplexeren Fällen

- Einleitung besonderer berufsgenossenschaftlicher Heilbehandlung (spätester Zeitpunkt!)
- Wiedervorstellung/Nachschau beim/durch D-Arzt:
 - Befundkontrolle
 - Stufendiagnostik (weitergehende)
 - weitergehende Behandlung
 - Dokumentation des Heilverlaufs durch fortlaufende Behandlungs- und Befundberichte
- (Kontroll-)Vorstellung beim Neurologen
- Besuch des Berufshelfers vor Ort zur
 - abschließenden Klärung des Unfallherganges
 - Klärung/Erhebung des familiären-sozialen Umfeldes/der psychosozialen Anamnese/Situation
 - Prüfung/Vorbereitung/Einleitung einer Belastungserprobung/stufenweisen Wiedereingliederung (D-Arzt, Verletzter, Betrieb)

8. Woche

- Wiedervorstellung/Nachschau beim/durch D-Arzt:
 - Befundkontrolle
 - Stufendiagnostik (weitergehende)
 - weitergehende Behandlung
 - Dokumentation des Heilverlaufs durch fortlaufende Behandlungs- und Befundberichte

Zeit

Unfalltag Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsempfehlung

- Ermittlungen der Vorerkrankungen (Krankenkasse/vorbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser)
- Anforderung der Polizeizekte
- Kontaktaufnahme mit Haftpflichtversicherer (wegen dort vorliegender/veranlasster medizinischer und insbesondere verkehrsanalytischer Gutachten – ggf. letzteres in besonderen Einzelfällen selbst in Auftrag geben)
- Vorlage an den Beratenden Arzt/qualifizierte Überprüfung:
 - Sind Komplikationen eingetreten?
 - Änderung/Erweiterung der Diagnose
 - neurolog. Störungen
 - psychische Störungen
 - Andere
 - Behandlung ausreichend?
 - Weitergehende Maßnahmen erforderlich (Diagnostik/Behandlung – stationäres Heilverfahren)?

12./13.
Woche

- Chirurgische/orthopädische Befunde liegen nicht (mehr) vor; Beschwerden bestehen aber noch bzw. werden vorgebracht:
psychische Ursachen?

- Gutachterauswahl (ggf. eingeschränkt) durch Verletzten
- umfassende Befunderhebung und Diagnostik unter – möglichst – stationären Bedingungen mit ausführlicher Exploration, Erhebung der psychosozialen Anamnese und begleitende psychotherapeutisch orientierte (stationäre) Behandlung

Zeit

Unfalltag Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsempfehlung

→ Gutachten zur Zusammenhangsfrage i. R. des stationären Aufenthaltes in einer neurol./psychosomatischen Fachklinik, ansonsten ambulant bei:

- Chirurgen
- Orthopäden

Zusatz-GA bei:

- Facharzt für Neurologie/ Psychiatrie (Nervenarzt)
- Augenarzt
- HNO-Arzt

unter „ganzheitlicher“ Würdigung aller Befunde

- (Hinweise für) Ursächlicher Zusammenhang

→ nahtlose ambulante/stationäre (Weiter-)Behandlung/Therapie

- kein ursächlicher Zusammenhang

→ Erstattungsanspruch

52.
Woche

- mit dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit ist nicht mehr zu rechnen

→ Prüfung Ende Verletzengeld
→ Anhörung

78.
Woche

Zeit

Zusammenfassung Konsenspapier zur HWS-Beschleunigungsverletzung^{*)}

I. Feststellungen zum Unfallablauf

1.

Auf die HWS wirken Beschleunigungskräfte bei Aufprall eines anderen Kraftfahrzeuges aus jeder Richtung ein.

1.1

Bei Verletzungsentstehung sind die Richtung und der Betrag der einwirkenden Kräfte und deren Aufbaugeschwindigkeit mitentscheidend.

1.2

Die Gefahr, eine HWS-Beschleunigungsverletzung zu erleiden, ist mit Überraschungseffekt größer als bei Wahrnehmung der Gefahr.

1.3

Die Kopfhaltung und der Betrag der Beschleunigung spielen eine wesentliche Rolle bei der Verletzungsschwere. Niedrige Beschleunigungen (Differenzgeschwindigkeiten bei Aufprall von Fahrzeugen ähnlich großer Masse < 10 km/h) können allenfalls bei vorbestandenden anatomischen Besonderheiten Verletzungen hervorrufen.

1.4

Zu einem höheren Verletzungsrisiko können die extreme Seiddrehung (Rotation) des Kopfes im Augenblick des Aufpralles und auch anatomische Besonderheiten in den oberen Kopf-/HWS-Gelenken beitragen.

2.

Verletzungen können in allen HWS-Abschnitten erlitten werden.

2.1

Bei Schrägaufprall des auffahrenden Fahrzeuges kann der Kopf an der Kopfstütze vorbeischnellen.

2.2

Trotz richtig eingestellter Kopfstütze kann bei Heckaufprall mit hoher Krafteinleitung durch Schermechanismen eine Beschleunigungsverletzung entstehen.

2.3

Durch das Zurückbleiben des Kopfes mit passiver Überstreckung der HWS bei klassischer Heckkollision können ventrale Bandstrukturen und/oder dorsale knöchernen, ggf. discogene Elemente geschädigt werden. Die Gegenbewegung des Kopfes und daraus folgender HWS-Flexion nach vorne ist energiearm. Verletzungsrelevant ist sie nur in Ausnahmefällen.

^{*)} von Moorahrend 1992 et. al. (Hrsg.)

2.4

Der Frontalaufprall bewirkt bei angelegtem Sicherheitsgurt eine Verstärkung der HWS-Flexion in die Aufprallrichtung. Diesem Mechanismus kann zur Zeit nur das «Airbag-System» wirkungsvoll entgegenwirken. Die Gegenbewegung des Kopfes nach hinten ist energiearm, als Verletzungsursache ist sie nicht relevant.

2.5

Selten sind andere verletzungsbegünstigende Faktoren; vorstellbar sind unter anderem:

- ungünstige Sitzposition mit sehr weit in Richtung Windschutzscheibe stehendem Kopf, z. B. bei einer stark kyphotisch fixierten BWS,
- Vorhalten des Kopfes, z. B. bei Suche nach Parklücken oder Hausadressen
- Tonussenkung der Hals- und Nackenmuskulatur, z. B. durch Alkoholgenuss oder Nichterkennen der Aufprallgefahr (schlafender Beifahrer).

3.

Die Beschleunigungsverletzung ist in der Regel ein multisegmentales Geschehen an der HWS.

3.1 (ausgenommen Saturnus, Göttingen)

Schädigungsrelevant sind in den Kopf-/oberen HWS-Segmenten (vor allem C0/1 und/oder C1/2) überwiegend Scherkräfte bei Heckkollision, bei Frontalaufprall hingegen Rotations- und Flexionskräfte. In den unteren HWS-Segmenten (z. B. C5/6 oder C6/7) wirken vermehrt axiale Traktionskräfte bei Frontalaufprall sowie Rotations- und Flexionskräfte bei Heckkollisi-

sion.

3.2 (ausgenommen Saturnus, Göttingen)

Bei vorgeschädigter HWS mit erheblichem Beweglichkeitsverlust einzelner Segmente kann der Kopf durch Ausbleiben einer «steifungsbedingten» Pendelbewegung leichter zu Scherbelastungen in einzelnen HWS-Segmenten beitragen.

Infolgedessen sind monosegmentale Verletzungen am Übergang versteifter HWS-Abschnitt/bewegter HWS-Abschnitt am wahrscheinlichsten.

4. (ausgenommen Saturnus, Göttingen)

Wenn bei Heckaufprall (HWS-Extension) das Fahrzeug anschließend frontal auf einen stehenden Pkw oder auf ein nicht bewegtes Hindernis aufprallt, kann der Zweitbewegung des Kopfes nach vorne (HWS-Flexion) in Ausnahmefällen eine mitursächliche Bedeutung bei Verletzungsentstehung zukommen. Hierbei wären Überdehnungen am Ligamentum nuchae, an den fibrösen Kapselgelenken und Verletzungen der tiefen Nackenmuskulatur zu erwarten.

5.

Bei Kräften, die auf HWS und Kopf einwirken, können Bewegungen mit und ohne Aufprall des Kopfes auf einen festen Gegenstand ablaufen. Die Beschleunigungsverletzung ohne Aufprall des Kopfes wird im anglo-amerikanischen Schrifttum als «non-contact-injury» bezeichnet. Die mit Aufprall wird als «contact-injury» umschrieben. Die Abklärung, ob ein Kontakt des Kopfes mit dem Fahrzeug stattgefunden hat (ein Kopfkontakt führt nicht immer zu einer Kopfverletzung), ist häufig nur durch Analyse eines unfallmechanisch geschulten Sachverständigen zu treffen. Der Begriff «HWS-Beschleunigungsverletzung» soll

ausschließlich für die «Nicht-Kontakt-Verletzungen» gebraucht werden.

Um Interpretationsmissverständnissen vorzubeugen: Beide Begriffe sind zur Definition des Körperschadens an der HWS (Diagnose) ungeeignet.

6.

Mit Erleiden einer Beschleunigungsverletzung müssen keine Schäden an Rückenlehne, Kopfstüttaufhängung des Pkw-Sitzes oder korrekt eingestellter Kopfstütze eintreten. Das Nachgeben der Rückenlehne (Verformungen, Abbrüche) bei Heckkollision reduziert die einwirkenden Belastungen auf die HWS.

7.

Nach Erleiden einer Beschleunigungsverletzung nach typischer Heckkollision kann ein schmerzfreies Intervall von bis zu mehrstündiger Dauer (vereinzelt 24 bis 36 Stunden) vor Einsetzen akuter Nackenbeschwerden vorkommen.

7.1

Die Ursachen hierfür sind nicht endgültig geklärt. Schmerzauslösung kann durch Stauchung einzelner Wirbelgelenke und Menisci, Kapselzerrungen, Überdehnung von Ligamentum nuchae, hinterem oder vorderem Längsband, Ligamenta alaria, Ligamenta interspinosa und Überdehnung und Teilerreißung muskulärer Strukturen mit einsetzender Hämatombildung hervorgerufen werden. Hierdurch resultieren Gewebaufquellungen (Ödeme) und andere raumfordernde Prozesse (Hämatome), die zu unterschiedlicher Aktivierung von Rezeptoren, Nozizeptoren und Schmerzfasern führen, wovon eine unterschiedliche Anzahl in den Kapsel-Band-Strukturen der einzelnen Bewegungssegmente der HWS besteht. Gehäuft sind diese Rezeptorfelder

besonders am craniocervicalen Übergang, geringer im Bereich der unteren HWS.

II. Anmerkungen zur Akutdiagnostik

1.

Nach Erleiden einer Beschleunigungsverletzung sollen die Röntgenaufnahmen der HWS in Standardprojektionen und die Schrägaufnahmen (Kleinmann-Einsichtsaufnahmen in die Neuroforamina) erstellt werden, wobei alle 7 Halswirbel und das Segment HW VII/BW I zur Darstellung kommen sollen. Atlasaufnahmen (a.p. und transbuccal) sind nach Höhe der Schmerzlokalisation zu ergänzen.

1.1

Je nach Schmerzzustand sind nach Ausschluss knöcherner und/oder Luxationsverletzungen frühestmöglich durch Mitwirkung des Arztes gehaltene Funktionsaufnahmen in maximaler Flexion und Extension der HWS vorzunehmen.

2.

Nach Erleiden einer HWS-Beschleunigungsverletzung ist die konsiliarische Vorstellung beim Neurologen innerhalb der ersten Woche nach Unfall zu fordern. Bei anamnestischen oder klinischen Hinweisen auf ein neurogenes Defizit ist die neurologische Untersuchung sofort zu veranlassen.

2.1

Eventuelle Besonderheiten des Beschwerdebildes sind ausschlaggebend für das Hinzuziehen von Ärzten weiterer Fachrichtungen, z. B. HNO-Arzt, Ophthalmologe.

3.

Beim diagnostischen Vorgehen ist ein situationsangepasstes Verhalten angezeigt.

3.1

Bei fortbestehenden Schmerzen nach Akutstadium (bis 1 Woche nach Unfall) soll der Standard-Röntgendiagnostik die Erstellung von Funktionsaufnahmen folgen. Hierbei soll der diagnostizierende Arzt mitwirken und durch beruhigendes Eingehen auf den Patienten die Erstellung dieser Aufnahmen erleichtern.

3.2

Bei wiederholtem schmerzbedingtem Scheitern dieses Diagnoseschrittes und Fortbestehen von Schmerzen, Schwindel und vegetativen Symptomen ist ohne Zuziehen eine computertomographische Untersuchung, ggf., Kernspintomographie anzufertigen. (Idealerweise wäre zur weiteren Diagnoseeingrenzung eine solide manualmedizinische, segmentale Diagnostik vorzuschalten, um so gezielt die bildgebenden Verfahren einsetzen zu können.)

4.

Die Graduierung der Verletzungsschwere von HWS-Beschleunigungstraumen wird dann als sinnvoll erachtet, wenn sie interdisziplinär im medizinischen Fachbereich Anwendung findet, z. B.:

Schweregrad I:

- Schmerzsymptomatik nicht über 72 bis 96 Stunden
- keine erfassbaren Veränderungen durch diagnostische Verfahren zu belegen

Schweregrad II:

- Symptombdauer bis 3 Wochen nach Schadensereignis
- objektive Feststellung des muskulären Hartspannes und «pain release» unter Physiotherapie

Schweregrad III:

- Radiologisch objektivierbare Fehlstellung bis hin zum Ausmaß einer reversiblen Subluxation eines Bewegungssegmentes mit oder ohne neurologische Störungen

Schweregrad IVa:

- Luxation oder Luxationsfraktur der HWS, ggf. kombiniert mit neurologischen Störungen

Schweregrad IVb:

- tödliches HWS-Beschleunigungstrauma

Die Einteilung soll helfen, die «problematischen» Schweregrade II schneller zu identifizieren um diese zügiger konsiliarisch untersuchen zu lassen.

III. Anmerkungen zum subjektiven Beschwerdebild

1.

Nach Erleiden einer HWS-Beschleunigungsverletzung und Abklingen einer psychischen «Schockreaktion» können verschiedene Symptome auftreten. Sie sind in der Reihenfolge ihrer Häufung vor allem:

- a) Schmerzen und Spannungsgefühl im Nacken mit Bewegungsbehinderung ohne oder mit stundenlang schmerzfreiem Intervall
- b) Übelkeit und Brechreiz
- c) Schwindel über unterschiedlich lange Zeiträume
- d) Optische Sensationen, z. B. Verschwommen Sehen, Flimmer Sehen

2.

Nach erlittenen Beschleunigungsverletzungen können in Einzelfällen vegetative

Symptome wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Brechreiz und Schwindel über eine längere Zeitspanne bis hin zu mehreren Wochen auftreten.

3.

Auch nach leichter Verletzung (Grad I) soll der Patient grundsätzlich innerhalb der ersten Woche zu ärztlichen Kontrolluntersuchungen durch den Erstdiagnostizierenden und/oder Erstbehandler aufgefordert werden, um eine Dokumentation des Beschwerderückganges zu führen oder bei Persistenz eine weiterführende Diagnostik zu veranlassen.

Nach Überzeugung der Unterzeichner ist bei Beschwerderückgang der Verletzte frühestmöglich unter Weiterbetreuung durch den Erstbehandler zur Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit anzuhalten.

IV. Anmerkungen zur Akutbehandlung der HWS-Beschleunigungsverletzung

1.

Bei Beschleunigungsverletzung der Schweregrade I und II ohne klinisch und radiologisch zu belegende strukturelle Verletzungen wird körperliche Ruhe sowie die Rezeptur von Analgetika empfohlen.

1.1

Die Versorgung des Unfallverletzten mit einer flexiblen HWS-Schaumstoffmanschette über 3 bis 5 Tage soll äußerst zurückhaltend gehandhabt werden (ein Verzicht darauf erscheint sinnvoll). Wenn sie eingesetzt wird, soll sie nur nachts oder tags stundenweise getragen werden.

1.1.1

Wenn möglich soll auch hierbei die ambulante, kurzfristig anzuberaumende Befundkontrolle durch den Erstdiagnostizierenden/Erstbehandler erfolgen (gegebenenfalls durch den Weiterbehandler am Heimatort).

1.2

Bei leichten Weichteilzerrungen (Schweregrad I) intermittierende Ruhigstellung in Schaumstoff-Halsmanschette (nur stundenweise). Analgetikagaben, vorübergehende lokale Kalikompressen. Myotonolytika zurückhaltend einsetzen, da Kombinationspräparate unter diesen mit deutlich relaxierender Wirkung stark psychotrop und somit katalysatorisch bei der Entstehung neuropsychologischer Phänomene wirken können.

1.2.1

Bei größeren Verletzungen (Schweregrad II) ohne knöcherne Beteiligung kurzfristige Immobilisierung über 1 bis 2 Tage im Bett bei ausreichender analgetischer Abdeckung. Obligat Eis Anwendung, cervicale Lagerungsstütze (eine Hyperlordosierung mit lagerungsabhängiger Einengung des Spinalkanals ist zu vermeiden). Ab dem 4. bis 5. posttraumatischen Tag kurzfristige (stundenweise) Anwendung der Schanz'schen Halskrawatte, gleichzeitig Beginn einer isometrisch/auxoton stabilisierenden krankengymnastischen Behandlung. Später Aufnahme von Techniken zur Automobilisation (aktive Bewegungen mit kleinen Bewegungsausschlägen im schmerzfreen Bewegungsradius).

1.2.2

Bei Verletzungen mit Hinweisen auf strukturelle Beteiligung (Schweregrad III, im bildgebenden Verfahren indirekte Zeichen von

Bandverletzungen) feste Halsorthese, die den Kopf gegen die Schultern vollständig immobilisiert. Nach 2 Wochen Beginn der frühfunktionellen krankengymnastischen Behandlung (Schwerpunkt: Stabilisationstechniken). Eine 8- bis 10-tägige stationäre Behandlung kann erwogen werden.

1.2.3

Bei makrostrukturellen Verletzungen (Schweregrad IVa) ohne neurologische Beteiligung längerfristige Fixierung in fester Halsorthese (4 bis 6 Wochen). Bei Fortbestehen der Instabilität nach erfolgter Ruhigstellung mit und ohne neurologische Ausfälle operatives Vorgehen. Bei guter Stabilität ist postoperativ ebenfalls so früh wie möglich eine funktionelle Behandlung anzustreben.

2.

Grundsätzlich soll die Akutbehandlung (in Deutschland) durch Unfallchirurgen, Chirurgen und Orthopäden erfolgen. Eine Mitbehandlung durch andere Facharztgruppen soll unterbleiben. Ärzte anderer Fachdisziplinen haben in der Akutbehandlung dieser Verletzten diagnostische und/oder konsiliarisch beratende Funktion.

3.

In der ambulanten Betreuung von Patienten mit HWS-Beschleunigungsverletzungen (Grad I + II) ist die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit individuell am posttraumatischen Beschwerdekomples orientiert. Sie soll primär möglichst kurz befristet sein und ggf. entsprechend dem Beschwerdeverlauf um kurze Zeitspannen verlängert werden. Erfahrungsgemäß ist bei diesen Verletzungsgraden die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit spätestens nach 4 Wochen beendet. Eine Verlängerung der verlet-

zungsbedingten Arbeitsunfähigkeit bedarf einer somatisch belegbaren Begründung.

4.

Nachfolgende subjektive Beschwerden in Kombination mit den objektiven Befunden rechtfertigen eine Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit.

Subjektive Beschwerden

- ➔ Hochcervicaler/diencephaler Beschwerdekomples mit Nacken-/Kopfschmerz
- ➔ Schmerzen, die bis hinters Auge ziehen
- ➔ Gleichgewichtsstörungen
- ➔ Übelkeit
- ➔ Schlafstörungen
- ➔ Schluckbeschwerden

Objektive Befunde

- ➔ Endgradige passive und aktive Bewegungsbehinderung der HWS, besonders der Rotationsbewegungen, mit reproduzierbarer Schmerzprovokation in definierten Einstellungen
- ➔ Lokaler Muskelhartspann
- ➔ Auffälliger HNO-Befund (ENG-Befund)
- ➔ Atypische Positionen im Kopfgelekn-/Atlas-axis-Bereich im Röntgenbild

5.

Krankengymnastische Mitbehandlung des akuten Verletzungsbildes vom 1. bis 5. (bis 8.) Tag nach Unfall ist zu unterlassen. Mit Aufnahme der aktiven Physiotherapie soll der Einsatz analgetischer Medikamente reduziert sein.

6.

Zu Beginn der Physiotherapie erscheinen vorsichtige axiale, entlastende Traktionen sowie isometrische An- und Entspannungs-

übungen der Schulter- und Nackenmuskulatur sinnvoll. Diese Maßnahmen sind durch lokale Kälteapplikation (Eis) zu ergänzen.

7.

Wärmeapplikation und passive Mechano-therapie haben im Behandlungsregime der akuten Verletzung (entspricht 3 bis 5 Tage nach Verletzung) keinen Platz.

8.

Der enge Kontakt zwischen Physiotherapeuten und Verletztem dient neben der Therapie auch der Überprüfung und Vertiefung der Patientenmotivation. Behandelnder Arzt und Physiotherapeut sollen sich häufig über die Behandlungsfortschritte austauschen.

9.

Andere Behandlungsformen wie Akupunktur, therapeutische Lokalanästhesie, Reflexzonenmassage, Akupressur werden zur Behandlung der akuten HWS-Beschleunigungsverletzung abgelehnt.

V. Feststellung zur gutachterlichen Bewertung von Beschleunigungsverletzungen der HWS

1.

Nicht jede HWS-Beschleunigungsverletzung bedarf der Begutachtung. Wichtig ist trotzdem, dass durch den behandelnden Arzt die erzielte Beschwerdefreiheit und die Wiederherstellung der freien Beweglichkeit nachvollziehbar dokumentiert wird. Ein wichtiges Dokumentationskriterium ist die Erfassung des «Krankheitsverhaltens» des Verletzten vor dem Unfall.

2.

Ein gewisser Prozentsatz Unfallbeteiligter klagt Beschwerden über das erste Unfalljahr hinaus. Angegeben werden Nacken-Hinterhauptschmerzen, Schulter-Arm-Beschwerden, Schwindel. Nach den bisherigen Erfahrungen können diese Beschwerden sowohl somatischer als auch psychosomatischer Ursache sein.

2.1

Der chronische Nacken-/Hinterhauptschmerz ist bei Nachweis unfallbedingter segmentaler Fehlstellungen im Röntgenbild (Funktionsaufnahmen) auch nach 1 Jahr als Unfallfolge anzusehen, sofern das betroffene Segment auch reparative Sekundärfolgen (z. B. Spondylose) aufweist, um so mehr, wenn eine manualmedizinisch segmentale Diagnostik diese als schmerzursächlich belegt!

2.2

Degenerative Veränderungen spielen bei den Problemfällen, d.h. bei den unerklärlich verzögerten Verläufen zahlenmäßig eine untergeordnete Rolle. Sie sind in aller Regel nicht die Erklärung für die persistierenden subjektiven Beschwerdebilder. Haben degenerative Veränderungen bereits vor dem Unfall zu Funktionseinbußen geführt, ist, wenn objektivierbare Verletzungsfolgen fehlen, davon auszugehen, dass spätestens nach einem Jahr der Status quo ante wieder erreicht ist.

3.

In Deutschland sollen Erstgutachter bei der Einschätzung solcher Verletzungsbilder Chirurgen oder Orthopäden sein. Diese Fachärzte verfügen über die meisten dokumentierten Untersuchungs-, Behandlungs- und Begutachtungserkenntnisse. Neurologen und Neuropsychologen, Neurochirurgen, Ophthalmologen und HNO-Ärzte können

bei begutachtungsbedürftigen Befunden als Zusatzgutachter fungieren.

4.

Andere Fachärzte wie Ärzte für Anästhesie, Ärzte für Psychiatrie, Neuropsychologen, Ärzte mit manualmedizinischem Schwerpunkt und solche, mit Behandlungskonzepten durch therapeutische Lokalanästhesie, haben einen Platz in der Behandlung des chronischen Beschwerdebildes.

Ihre Mitwirkung bei Gutachtenerstellung beschränkt sich jedoch auf die Beantwortung gezielter Fragen des Erstgutachters. Voraussetzung für die Bearbeitung gutachterlicher Fragen, die mit einem solchen Verletzungsbild in Zusammenhang stehen, sind fundierte Kenntnisse und Erfahrungen in deren Begutachtung.

5.

Als Zusatzgutachter soll bei Hinweis auf neurogene Schadenskomponente ein Arzt für Neurologie fungieren. Von seiner Befunderhebung hängt ab, ob in Einzelfällen andere Fachärzte hinzugezogen werden.

6.

Sämtliche Befunde sollen grundsätzlich zur Gutachtenerstellung nach abgeschlossener, kompletter Diagnostik der Akutverletzung dem Gutachter vorliegen.

6.1

Bei klinisch gesichertem Hinweis auf eine Nervenwurzelbeteiligung (nervenärztlicher Befund) soll neuerlich eine segmentbezogene computertomographische Diagnostik erfolgen, diese entscheidet über die Zuziehung eines Neurochirurgen.

7.

Die Erarbeitung eines Erhebungsbogens, in dem Akutbefunde und Heilverlauf dokumentiert werden, erscheint sinnvoll. Er könnte ein brauchbares Zusatzinstrument bei der Gutachtenerstellung sein.

VI. Schlussbemerkung

Im deutschsprachigen Raum beschreiben die Begriffe „HWS-Schleudertrauma“, „Peitschenschlagverletzung“, und auch „Beschleunigungsverletzung“ nicht den Körperschaden, sondern sie skizzieren den Unfallmechanismus. Sie sind als wissenschaftlich-medizinische Diagnoseumschreibung ungeeignet.

Als Diagnosebegriff soll vornehmlich

**„(komplexe) Distorsion des Nackens“
oder
„(komplexe) Distorsion der HWS“**

verwendet werden (ggf. mit dem Zusatz: „nach Beschleunigungstrauma“). Es wäre wünschenswert, wenn im anglo-amerikanischen Sprachraum entsprechende Begriffe

Fragenkatalog zur Sachaufklärung

1. Wie hat sich das beobachtete Ereignis genau zugetragen bzw. war der Versicherte in das Unfallgeschehen involviert?
2. Nur bei Auffahrunfällen mit vorangegangener HWS-Distorsion: Welche Art von Kollision (Heck-, Frontal-, Seiten- und Mehrfachkollision usw.) fand statt?
 - Wie hoch war die Geschwindigkeit beider Fahrzeuge?
 - In welcher Höhe war die Kopf- und Nackenstütze eingestellt?
 - War der Versicherte angegurtet?
 - Wer war Verursacher des Unfalles?
3. Gab es Zeugen (bitte genau namentlich und mit Adresse benennen)?
4. Wurde das Ereignis (teilweise) auf eine ungewöhnliche Weise erlebt?
 - als sei man nicht Teil des Geschehens
 - dass automatisch gehandelt wurde (z. B. geschrien), ohne dass man sich dazu bewusst entschlossen hätte
 - z. B. schneller oder langsamer (Zeitlupe)
 - als unwirklich (wie ein Film)
 - in einem Zustand der Verwirrung; oder Probleme, sich noch in Zeit und Raum zu orientieren
 - als ob man gar nicht betroffen sei
 - als ob man darüber schwebt
 - mit nur bruchstückhafter, unvollständiger Erinnerung
5. Wie hat sich der Versicherte direkt nach dem Unfall verhalten (z. B. erste Handlungen nach dem Unfall, körperliche Reaktionen wie Übelkeit, Blässe, Ohnmacht usw.)?
6. Wann hat der Versicherte erstmals einen Arzt aufgesucht? Was passierte bis zur Erstkonsultation?
7. Wem wurde erstmals über das Geschehen berichtet?
8. Erlebt der Versicherte das Unfallgeschehen immer wieder, z. B. in Alpträumen? Ggf. wie oft?
9. Wirkt sich das Nacherleben des Unfalles auf sonstige Art und Weise aus? Wie?
10. Welche Probleme belasten den Versicherten nach dem Unfall konkret?
11. Liegen familiäre, berufliche oder soziale Probleme beim Versicherten vor? Ggf. welche?
12. Wann sind solche Probleme erstmals aufgetreten bzw. seit wann bestehen diese?
13. Ergeben sich Hinweise darauf, dass bereits früher oder parallel zum Unfall

andere traumatische Erfahrungen gemacht wurden (andere Gewalterfahrungen, Unfälle, Verlust nahestehender Personen, Wohnungseinbrüche etc.)

14. Kam es bereits zu zusätzlichen Belastungen im Umgang mit Kollegen, mit anderen Stellen (medizinischer Notdienst o. ä.) oder auch mit Angehörigen, Freunden oder Bekannten (z. B. Bemerkungen derart, man solle sich nicht so anstellen oder man sei ja selber schuld)? Berichtet der Versicherte, dass ihm Misstrauen entgegengebracht wird/wurde bzgl. seines Unfallerlebnisses?
15. Ist der Versicherte penibel (überkorrekt)?

16. Welche Anforderungen stellt der Versicherte an sich und seine Arbeit (Perfektionismus)?

17. Ist er den Anforderungen bei der Arbeit und im Privatleben nach dem Unfall (noch) gewachsen (Hinweise auf Konzentrationsstörungen, Überlastungen)? Kann der Arbeitsplatz fort-dauernd erhalten werden?

Die vorgenannten Fragen sind oftmals an mehrere Verfahrensbeteiligte z. B. Versicherten, Arbeitgeber, Ärzte, Zeugen zu stellen, um einen umfassenden Eindruck zu gewinnen.

Fachkliniken für stationäre Reha-Maßnahmen bei psychischen Störungen

1. Stationäre Einrichtungen im Zuständigkeitsbereich des LVBG Südwestdeutschland

- Psychosomatische Fachklinik
Kurbrunnenstr. 12
67098 Bad Dürkheim
- Kliniken Schmieder
– Klinik Konstanz –
Eichhornstr. 68
78464 Konstanz
- Klinik Reichenbach
Bergstr. 38
76337 Waldbronn
- Psychiatrisches Landeskrankenhaus
Heidelberger Str. 1a
69168 Wiesloch
- Zentrum für Psychiatrie
Weissenhof
74189 Weinsberg
- Klinikum Karlsbad-Langensteinbach
Abt. Schädel-Hirn-Verletzte
Guttmannstr. 1
76307 Karlsbad
- Universitätsklinik Freiburg
Abt. für Psychiatrie und
Psychotherapie
Hugstetter Str. 55
79106 Freiburg
- Universitätsklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie
Oslanderstr. 24
72076 Tübingen

2. Stationäre Einrichtungen außerhalb des Zuständigkeitsbereiches des LVBG Südwestdeutschland, die mit UV-Trägern zusammenarbeiten

- Klinik Flachsheide
Abt. Psychosomatik und
Psychotherapie
Forsthausweg 1
32105 Bad Salzufen
- Klinik am Rosengarten
Fachklinik für konservative Orthopädie
und Neurologie
Westkorso 22
32545 Bad Oeynhausen

(Diese Auflistungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit)

Gutachtenauftrag zur Zusammenhangsfrage bei psychischen Störungen

Sehr geehrte,

wir bitten, uns nach Untersuchung d. Verletzten ein Gutachten zur Klärung der Zusammenhangsfrage zu erstatten.

wir bitten, uns nach Aktenlage ein Gutachten zur Klärung der Zusammenhangsfrage zu erstatten.

Nach unseren Feststellungen ist von folgendem Sachverhalt auszugehen:

Wir bitten, in Ihrem Gutachten nach Diskussion bzw. mit Begründung folgende Fragen zu beantworten:

1. Welche Gesundheitsstörungen liegen auf Ihrem Fachgebiet vor?
2. Besteht zwischen dem Unfall und den Gesundheitsstörungen ein ursächlicher Zusammenhang?
 - 2.1 Lag bereits vor dem Unfallzeitpunkt eine psychisch relevante Vorerkrankung/Schadensanlage (insbesondere eine besondere prätraumatische Persönlichkeitsstruktur) im Sinne eines Vollbeweises vor?
 - 2.2 War das Unfallereignis vom und seine organischen Auswirkungen ihrer Eigenart und Stärke nach unersetzlich, d. h. nicht mit anderen all-

täglich vorkommenden Ereignissen austauschbar (also Ursache im Sinne der Entstehung) oder

- 2.3 war eine entsprechende Vorerkrankung/Schadensanlage (die unter Nr. 1 bewiesen ist) so leicht ansprechbar, dass sie gegenüber den psychischen Auswirkungen des Unfallereignisses die rechtlich allein wesentliche Ursache ist (sog. Gelegenheitsursache) oder
- 2.4 wurde die bestehende Vorerkrankung/Schadensanlage in ihrer Entwicklung durch das Unfallereignis – dauernd oder vorübergehend – verschlimmert (also Ursache im Sinne der Verschlimmerung)?
3. Welche Gesundheitsstörungen sind zusammenfassend ursächlich auf den Unfall vom zurückzuführen und somit als Unfallfolge zu berücksichtigen?
4. Für welchen Zeitraum ist die Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit, zumindest im Sinne einer wesentlichen Teilursache, durch die Unfallfolgen bedingt bzw. ab wann sind die Unfallfolgen derartig in den Hintergrund getreten, dass die weitere Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit im wesentlichen durch unfallunabhängige Faktoren

bedingt ist (sog. Verschiebung der Wesensgrundlage)?

5. Welche weiteren Behandlungs-/therapeutischen Maßnahmen halten Sie unfallbedingt und für wie lange erforderlich, um die Erwerbsfähigkeit der/des Versicherten zu bessern bzw. wieder vollständig herzustellen?

6. Wann kann voraussichtlich mit einer Arbeits- und Belastungserprobung (stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben) begonnen werden?

oder

ist bereits zum jetzigen Zeitpunkt absehbar, dass aufgrund der bestehenden Unfallfolgen respektive von Nicht-Unfallfolgen Arbeitsfähigkeit nicht mehr eintreten wird?

7. Ist die/der Versicherte körperlich/psychisch dem Grunde nach für Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation geeignet?

8. Falls die/der Versicherte für Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation nicht geeignet ist, welche anderen Tätigkeiten sind der/dem Versicherten unter Berücksichtigung des positiven Leistungsbildes zumutbar?

9. Wie hoch schätzen Sie die unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit ab ein?

10. Für den Fall einer dauernden Verschlimmerung:
Liegt eine abgrenzbare oder eine richtunggebende Verschlimmerung vor?

Wie hoch ist derzeit der unfallbedingte abgrenzbare Verschlimmerungsanteil einzuschätzen?

11. Wann halten Sie eine Nachuntersuchung für erforderlich?

Falls zur Beantwortung der Beweisfragen eine Zusatzbegutachtung (Ärzte anderer Fachgebiete) oder eine weitergehende Befundung (Röntgenologe/klinischer Psychologe) erforderlich sein sollte, bitten wir Sie, diese zu veranlassen.

Die von Ihnen im Rahmen der Begutachtung erhobenen Daten übermitteln Sie im Rahmen Ihrer Auskunftspflicht gemäß § 100 SGB X.

Für Ihr Gutachten erhalten Sie Gebühren nach Ltnr. 84 des Abkommens Ärzte/Unfallversicherungsträger. Bitte geben Sie uns Ihr Geldinstitut an.

Im übrigen verweisen wir auch auf die beigefügten Merkblätter.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrage

Anlagen

