

Ausgabe
Nr. 1

Schriftenreihe
zu aktuellen Themen
der Schadenversicherung

M. Rehfeldt · N.A. Sittaro · E. Wehking

Psychische Folgeschäden

*Ein Problem in der Unfall-
und Haftpflichtversicherung*

e+s rüch

Schriftenreihe
zu aktuellen Themen
der Schadenversicherung

Ausgabe Nr. 1

M. Rehfeldt · N. A. Sittaro · E. Wehking

Psychische Folgeschäden
*Ein Problem in der Unfall-
und Haftpflichtversicherung*

Inhalt

Kapitel	Seite
1. Vorgeschichte	4
2. Kurze Statistik	4
3. Psychische Störungen	5
4. Risikogruppen	8
5. Therapiemöglichkeiten und Kosten	9
6. Anleitung für die Sachbearbeitung	12
7. Zusammenhangsgutachten	13
8. Gesetzliche Unfallversicherung: Rechtsvorgaben; MdE-Bewertung	14
9. Haftpflichtversicherung: Vorgaben aus der Rechtsprechung	16
10. Von der Schadensverwaltung zum Management	18
11. Literaturhinweise	19
12. Abkürzungsverzeichnis	20

Vorbemerkung:

Dieser Leitfaden entstand, weil in den letzten Jahren Schadensfälle unter Hinweis auf psychische Störungen angestiegen sind. Dies führt zu erhöhten Anforderungen an den Schadenssachbearbeiter, welcher sich traditionell mit der Regulierung von körperlichen Verletzungsfolgen beschäftigt und in aller Regel über wenig Erfahrungen im Management mit psychisch leidenden Anspruchstellern verfügt. Die private Unfall-

versicherung hat im Jahre 1988 in den neu aufgelegten allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen die Entschädigung psychischer Reaktionen komplett aus dem Leistungsumfang ausgeschlossen, in der gesetzlichen Unfallversicherung und auch in der Kfz-Haftpflicht gewinnt dieser Bereich hingegen ständig an Bedeutung.

1. Vorgeschichte

Eine erstmalige gesetzliche Regelung der Haftpflicht im Zusammenhang mit Personenschäden im Verkehr erfolgte 1838 in Preußen. Im Jahre 1871 wurde dann die Haftung auf sämtliche Eisenbahngesellschaften im Gesamtbetrieb der Bahnen ausgedehnt. Erste ärztliche Veröffentlichungen über grotesk anmutende Unfallschäden datieren von 1879, darin diskutiert der Bahnarzt Dr. Riegler angebliche Verletzungen des Rückenmarkes nach Eisenbahnfahrten. Eine umfangreichere medizinische Darstellung über nervöse Erkrankungen nach Eisenbahnunfällen wurde im Jahre 1918 von Horn verfasst, der die Beobachtung machte, dass nervöse Symptombildungen nach Eisenbahnunfällen am besten durch rasche und umgehende Zahlung einer Ab-

findung und die Wiederaufnahme einer geregelten beruflichen Tätigkeit zum Abklingen zu bringen waren. (1.)

Nachdem die psychischen Leiden durch Grundsatzurteile des Bundessozialgerichtes den körperlichen Leiden gleichgestellt worden sind, erfolgt auch in der gesetzlichen Unfallversicherung die Behandlung und Entschädigung psychischer Störungen nach Arbeits- und Wegeunfällen. Hier gilt abweichend von der Haftpflichtversicherung die Theorie von den wesentlichen Bedingungen bei der Abgrenzung des Leistungsumfanges gegenüber der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung.

2. Kurze Statistik

Entschädigungsansprüche nach Unfällen sind im vereinigten Deutschland aktueller den je. Pro Jahr ereignen sich über 1,4 Mio. Arbeitsunfälle, welche unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung stehen. Bei fast 50 Mio. Kraftfahrzeugen kommt es jährlich zu über 2 Mio. Unfallereignissen im Straßenverkehr unter Einschluss all der zahlreichen Bagatellunfälle. Jährlich werden in Deutschland über 500.000 Personen im Straßenverkehr verletzt.

Abb.1: Deutsche Verkehrsstatistik 1997

Kraftfahrzeuge	48.679.000
Unfälle insgesamt	2.232.000
Verletzte	501.000
Tote	8.549

Im Jahre 1996 berichten die Psychosomatiker um Prof. Tress, dass etwa 25 % der erwachsenen Durchschnittsbevölkerung in Deutschland unter psychogenen oder psychogen mitbedingten Beschwerden leidet und dass sich unter den Patienten von Hausärzten und Internisten diese Rate sogar auf 40 % beziffern lasse. (2.)

Diese Zahlen belegen eindeutig, dass es schon rein statistisch zu einer Überschneidung von Personengruppen kommen muss, wenn bei jedem 4. Deutschen psychische bzw. psychosomatische Leiden vorliegen und wenn jedes Jahr über 500.000 Personen im Rahmen von Straßenverkehrsunfällen geschädigt werden bei einer zusätzlichen Zahl von 1,415 Mio Arbeitsunfällen (Angaben des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften in St. Augustin 1995).

Die vom Hauptverband desweiteren angegebene Zahl von gut 206.000 Wegeunfällen jährlich dürfte im Wesentlichen in der auf über 500.000 bezifferten Zahl der Straßenverkehrs-

unfälle enthalten sein, so dass insgesamt rund 2 Mio. Personen in Deutschland pro Jahr eine körperliche Verletzung erleiden, welche durch die gesetzliche Unfallversicherung bzw. durch die Kfz-Haftpflichtversicherung zu entschädigen sind. Hinzu kommt die wesentlich größere Zahl von Personen, die in Verkehrsunfälle verwickelt werden, ohne hierbei gleichzeitig eine körperliche Verletzung zu erleiden. Dabei hat die Zahl der sogenannten Bagatellunfälle kontinuierlich zugenommen. (3.)

Die ansteigende Häufigkeit psychogener Beschwerden in der Gesamtbevölkerung erklärt, weshalb psychische Schädigungen nach Unfällen in steigendem Maße geltend gemacht werden. Das Spannungsfeld zwischen Psyche und Unfallschaden kann nur dann verständlich gemacht werden, wenn die häufigsten Formen spontaner psychischer Erkrankungen, typische Formen unfallbedingter psychischer Störungen und schließlich auch der zivil- und sozialrechtliche Hintergrund für die Schadensregulierung bekannt sind.

3. Psychische Störungen

In Deutschland existieren sehr gründliche epidemiologische Erhebungen zu Art und Umfang spontaner psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Maximal 1 % der erwachsenen Bevölkerung leidet unter schwerwiegenden Geisteskrankheiten wie Schizophrenien oder Gemüteskrankungen. Wesentlich häufiger sind Depressionen und Angststörungen und es konn-

te die Arbeitsgruppe um Herrn Prof. Maier nachweisen, dass diese Krankheitsbilder in der hausärztlichen Praxis weit im Vordergrund stehen, gefolgt von der Alkoholabhängigkeit. (4.)

Auffallend ist zudem der hohe Anteil aufgrund psychischer Störungen vorzeitig berufs- oder erwerbsunfähig gewordener Arbeitnehmer.

Abb. 2: Zugang an Renten wegen Erwerbs- und Berufsunfähigkeit

Insgesamt		283 693	
darunter		männlich	weiblich
Neurosen, Persönlichkeitsstörungen (ICD 300-316)	34 597	17 562	17 035
Verletzungen und Vergiftungen (ICD 800-999)	7 743	5 644	2 099
darunter			
Frakturen der oberen und unteren Extremität (ICD 810-829)	2 489	1 757	732

Statistisches Jahrbuch 1998

Die psychischen Beschwerden nach Unfallereignissen unterscheiden sich nur graduell von den häufigsten spontanen psychischen Erkrankungen in der Durchschnittsbevölkerung. Ein Teil der Beschwerdeklagen betrifft anhaltende Schmerzen nach dem häufigsten Personenschaden, nämlich der leichten HWS-Zerrung. Die Schadenssachbearbeiter sowie die mit der Behandlung und Begutachtung befassten Ärzte kennen das Problem fehlender bzw. unzureichender körperlicher Verletzungstatbestände. Bei anderen leichteren Verletzungen wie z. B. einer Schädelprellung mit

Gehirnerschütterung oder einer Extremitätenprellung können ebenso chronifizierende Schmerzerkrankungen auftreten, deren Ursache trotz gründlicher medizinischer Befunderhebung nicht im organischen Bereich zu sehen sind. Werden die Unterlagen derartiger Verletzungsfolgezustände dem nervenheilkundlichen Beratungsarzt vorgelegt, so fällt gehäuft auf, dass die Anspruchsteller bereits in den zurückliegenden Jahren aufgrund banaler körperlicher Erkrankungen prolongierte Arbeitsunfähigkeitszeiten aufweisen.

3.1. Undifferenzierte Somatisierungsstörungen

Eine sogenannte undifferenzierte Somatisierungsstörung (USD) wird diagnostiziert, wenn folgende Kriterien vorliegen:

- ◆ mindestens 6 Monate anhaltende multiple und körperliche Symptome, für die keine ausreichende somatische Erklärung gefunden wurde.

Typische Symptome sind:

- ◆ **gastrointestinale Beschwerden:** Bauchschmerzen, Übelkeit, Gefühl von Überblähung, schlechter Geschmack im Mund oder extrem belegte Zunge, Klagen über Erbrechen oder Regurgitation von Speisen, Klagen über häufigen Durchfall oder Austreten von Flüssigkeit aus dem Anus
- ◆ **kardiovaskuläre Beschwerden:** Atemlosigkeit ohne Anstrengung, Brustschmerzen

- ◆ **urogenitale Beschwerden:** Dysurie oder Klagen über die Miktionshäufigkeit, unangenehme Empfindungen im oder um den Genitalbereich, Klagen über ungewöhnlichen oder verstärkten vaginalen Ausfluss
- ◆ **Haut- und Schmerzsymptome:** Klagen über Fleckigkeit oder Farbveränderungen der Haut, Schmerzen in den Gliedern, Extremitäten oder Gelenken, unangenehme Taubheit oder Kribbelgefühl
- ◆ Häufig werden die somatoformen Symptome von Depression und Angst begleitet.

Die Prävalenzrate in der Bevölkerung beträgt ca. 10 % . Daher kommt der Diagnose USD eine ausgesprochen hohe praktische Relevanz zu. (5.) Hier besteht das Problem in der angemessenen Befristung eines mit Unfallfolgen zu begründenden Leistungsanspruches. (6.)

3.2. Depressive Störungen

Depressive Entwicklungen bis hin zu Versagenszuständen stellen in der beratungsärztlichen Praxis die zweithäufigste Problematik dar.

Die endogene Depression ist keine seltene Erkrankung. Man schätzt, daß etwa 0,6 – 0,9 % der Bevölkerung irgendwann in ihrem Leben hieran erkranken. Frauen sind häufiger betroffen als Männer, manche Autoren sprechen sogar von einem Verhältnis 2:1. (7)

Die Anspruchsteller 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 in der Begutachtungspraxis zeigen, dass derartige Persönlichkeiten zumeist schon vor dem Unfall in früheren Lebensphasen depressive Episoden aufwiesen und z. B. unter der Diagnose eines

psychovegetativen Erschöpfungssyndroms arbeitsunfähig waren. Bei der Bewertung der Unfallursächlichkeit muss somit die prämorbid Persönlichkeitsstruktur aufgearbeitet werden

3.3. Angststörungen

Die dritte große Problemgruppe stellen Patienten dar, welche nach einem Unfallereignis über Angststörungen klagen, insbesondere einhergehend mit nächtlichen Alpträumen, einem Wiedererinnern des Unfalles und einem Zustand der vegetativen Übererregtheit. Sofern derartige Störungen als verzögerte Reaktionen innerhalb von 6 Monaten nach dem Trauma auftreten, welches als eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung auf den Anspruchsteiler eingewirkt hat, liegt nach den international akzeptierten diagnostischen Vorgaben eine sogenannte post-traumatische Belastungsstörung (PTBS) vor, die in aller Regel als unfallursächlich angesehen wird. (8.)

3.4. Konversionssyndrom

Ein besonderes Problem stellen Anspruchsteller mit sogenannten Konversionssymptomen dar. Hierbei handelt es sich um Personen, welche unbewusst in tiefen Schichten ihres Gemütslebens äußerliche Ereignisse bzw. Konflikte nicht adäquat verarbeiten können und auch schon auf minderschwere Unfallereignisse mit körperlich anmutenden Störungen reagieren, so z. B. mit organisch nicht begründbaren Lähmungen oder grotesk anmutenden Schmerzklagen. Charakteristischerweise verhält sich diese Geschädigten-gruppe uneinsichtig gegenüber der psychischen Genese ihrer Beschwerden und lässt sich durch Organfachärzte verschiedenster Fachrichtungen behandeln, ohne dass es hierdurch zu einem Beschwerderückgang kommt bzw. kommen kann (zum Begriff der somatoformen Störung s. 9.)

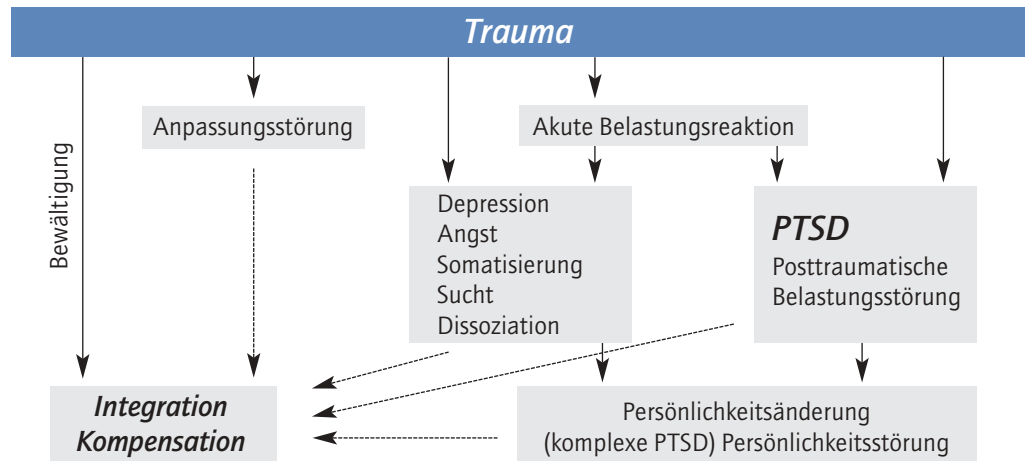
sowie Art und Ausmaß des Unfallschadens, schließlich die Fähigkeit des Anspruchstellers, den Schaden psychisch adäquat zu verarbeiten.

Die Häufigkeit von PTBS ist abhängig von der Art des Traumas und wird gemäß der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin bei Verkehrsunfallopfern mit ca. 15 % angegeben. Die Lebenszeitprävalenz für PTSD in der Allgemeinbevölkerung liegt zwischen 1 % und 7 %.

Probleme bereiten Anspruchsteller, welche ein minderschweres Trauma erlitten haben, aber trotzdem über erhebliche psychische Beschwerdesymptome klagen.

Das wohl schwierigste und für den begutachtenden Arzt verantwortungsvollste Problem stellt die schon bei Eisenbahnunfällen deutlich gewordene Problematik des Entschädigungsbegehrens dar, welches entweder in der Form einer Aggravation (Übertreibung eines vorhandenen organischen Beschwerdekerns) zu Tage tritt oder seltener als reine Simulation (gezielte Vortäuschung von erwiesenermaßen nicht vorhandenen Beschwerden – siehe hierzu auch 10.)

Abb. 3: Übersicht traumareaktiver Entwicklungen



AMWF-Leitlinien der Dt. Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin Leitlinienregister Nr. 051

4. Risikogruppen

Die beratungsärztliche Praxis lehrt, dass die Art und Schwere eines Unfalles mit Komplikationen aus dem Bereich der Psyche nicht korreliert. So werden ausgesprochen schwere Unfallereignisse wie Polytraumen von der Mehrzahl der Verletzten psychisch adäquat bewältigt, hingegen können Bagatellunfälle ausgedehnte Entschädigungsansprüche nach sich ziehen. Mit gehäuft auftretenden Komplikationen aus dem psychischen Bereich ist zu rechnen bei Personen:

- ◆ welche bereits vor dem Unfall unter manifesten psychischen Vorerkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen gelitten haben
- ◆ welche den Unfall schuldlos erlitten haben;
- ◆ welche sich in biographischen Umbruchsituationen befinden, z. B. in beruflichen und privaten Krisensituationen;
- ◆ welche das Unfallereignis dramatisch erleben und schon in der frühen Phase nach dem Unfall eine psychische Begleitreaktion aufweisen;
- ◆ welche sekundär durch unangemessene und überzogene ärztliche Behandlungsmaßnahmen in ihrer Fehlhaltung fixiert werden;

- ◆ welche das Unfallereignis in gezielter Absicht zur Erlangung einer ausreichenden sozialen Absicherung instrumentalisieren.

Als Frühindikatoren für eine psychische Mitbeteiligung nach Unfallereignissen sind anzusehen prolongierte Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie ein sich ausweitendes Beschwerdebild mit einer Chronifizierung ohne hierfür erkennbare körperliche Ursachen. In der beratungsärztlichen Tätigkeit gibt es eine auffällige Häufung von psychischen Reaktionsbildungen in der Berufsgruppe der selbständigen Handels- und Versicherungsvertreter, darüber hinaus sind die Lehrer und Sozialberufe eindeutig überrepräsentiert. Hierbei handelt es sich um eine Erfahrungstatsache, welche möglicherweise auf einer künstlichen Fallselektion beruht.

5. Therapiemöglichkeiten und Kosten

Die therapeutische Beeinflussbarkeit von psychischen Reaktionen nach Verkehrsunfällen ist unter gewissen Voraussetzungen als günstig zu bewerten, und zwar:

- ◆ wenn die psychische Problematik frühzeitig als solche erkannt und akzeptiert wird;
- ◆ wenn eine zügige Mitbehandlung des Verletzten durch einen Nervenarzt bzw. erfahrenen Psychologen erfolgt;
- ◆ wenn ein sekundärer Krankheitsgewinn durch Fixierung auf Entschädigung oder Rentenansprüche noch nicht eingetreten ist und

wenn der Geschädigte einer Wiederaufnahme seiner Berufstätigkeit positiv gegenüber steht.

Die als Rechnungsgrundlage für die Berufsunfähigkeitsversicherung von der DAV ermittelte Reaktivierungswahrscheinlichkeit, weist sowohl für Frauen als auch Männer einen deutlichen, altersabhängigen Rückgang nach einer Invaliditätsdauer von 4 Jahren auf.

Abb. 4: Reaktivierungswahrscheinlichkeit in der Berufsunfähigkeitsversicherung

Alter bei Eintritt der Invalidität	Geschlecht	im						nach
		1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	6 Jahren ¹
		%	%	%	%	%	%	%
20	Mann	8,9	12,7	22,3	26,6	28,5	17,2	73,1
	Frau	8,3	11,9	21,0	25	26,8	16,1	70,6
30	Mann	9,9	11	16,4	15,4	13,6	6,2	54,1
	Frau	9,3	10,3	15,5	14,5	12,7	5,8	51,7
40	Mann	8,2	6,5	6,5	4,5	3,6	1,4	27,2
	Frau	7,7	6,1	6,1	4,3	3,4	1,3	25,8
50	Mann	3,3	2,4	1,5	0,9	0,4	0,3	8,5
	Frau	3,1	2,2	1,4	0,9	0,4	0,3	8

1) Näherung: ohne Berücksichtigung von Sterblichkeit

DAV 1997 RI

Im gesamten Invalidenbestand beträgt die Reaktivierungswahrscheinlichkeit von Frauen im gewichteten Mittel über alle Altersgruppen und Selektionsjahre etwa 90 % der Reaktivierungswahrscheinlichkeit von Männern. Ein deutlicher Rückgang der Reaktivierungswahrscheinlichkeit ist ab einem Invaliditätseintrittsalter von 40 Jahren zu verzeichnen. Ein Änderungsrisiko für die Reaktivierungswahrscheinlichkeit besteht vor allem darin, dass veränderte wirtschaftliche Rahmenbedingungen das Reaktivierungsverhalten beeinflussen.

Auch aufgrund der im klinischrehabilitativen Bereich wie z.B. in der Klinik am Rosengarten in Bad Oeynhausen gemachten Therapieerfahrungen

kann ausgesagt werden, dass eine psychotherapeutische Mitbehandlung am besten sofort nach der Diagnosestellung einer psychischen Begleitreaktion eingeleitet werden soll, und zwar parallel zu den sonstigen unfallärztlichen Behandlungsmaßnahmen. Dabei orientiert sich die psychologische Therapie nach einer kurzen Diagnostikphase an den geklagten Leitsymptomen und dem differentiellen Störungsbild. Bei ausgeprägten depressiven Störungen ist eine Gesprächspsychotherapie indiziert in Verbindung mit psychopharmakologischen Behandlungsmaßnahmen, bei spezifischen Angststörungen empfiehlt sich eine intensive Verhaltenstherapie, in welcher der Patient in steigendem Maße mit den angstausslösenden Situationen im Beisein

seines Therapeuten konfrontiert wird. Momentan wird insbesondere die Verhaltenstherapie, welche durch die Ergebnisse der Lerntheorien wissenschaftlich gut fundiert ist, bevorzugt zur Behandlung von Erlebnisreaktionen nach Unfällen angewendet. Vorteile dieser Therapiemethode stellen ihre Symptombezogenheit und zeitliche Befristung dar. (11.) Eine Kombination beider Verfahren bietet sich jedoch auch zur Motivationsförderung zu Beginn der Behandlung an. (12.)

5.1. Auswahl des Interventionssettings

Interventionssetting/Behandlungsmodalitäten gemäß der Leitlinien der AMWF:

- ◆ Ambulante Behandlung von akuten Belastungsreaktionen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen sollte grundsätzlich bei nicht zu ausgeprägter Symptomatik und guter Kooperation des Patienten sowie seines Umfeldes versucht werden.
- ◆ Teilstationäre Behandlung empfiehlt sich, wenn in der akuten Phase massive Angst-

- ◆ Insgesamt ist die frühzeitige Diagnosestellung mit konsequenter Einleitung einer psychotherapeutischen Intervention das beste Mittel, um einen psychischen Dauerschaden abzuwenden.
- ◆ Eine ganzheitliche Unfallnachsorge durchgeführt unter Einschluss einer Verhaltenstherapie, bei Erfordernis ergänzt durch eine Gesprächspsychotherapie und psychometrische Verfahren ist erforderlich.

zustände so ausgeprägt sind, dass wichtige soziale Funktionen nicht mehr möglich bzw. weitgehend eingeschränkt sind.

- ◆ Stationäre Behandlung ist erforderlich bei starker Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen, verbunden mit ausgeprägten depressiven und/oder Panikreaktionen, die zu einer Einschränkung der Selbststeuerung führen.

5.2. Therapiemethoden

Psychotherapie:

Beratung und Information der Betroffenen und der Bezugspersonen über die Notwendigkeit, über das Trauma zu reden:

- ◆ schnelle und erreichbare Soforthilfe
- ◆ Aufklärung über normale Stressreaktion und Abgrenzung von pathologischen Reaktionen
- ◆ Vor- und Nachteile verschiedener Therapiemethoden
- ◆ Rasche Frühintervention mit Beratung und Aufklärung über die Folgen des Umfeldes.
- ◆ Einzeltherapie mit supportivem Vorgehen sowie vorsichtigem Durcharbeiten des Erlebten
- ◆ Expositionstechniken, um das Trauma in korrigierter Form emotional bewältigen zu können (traumaorientiertes Vorgehen)
- ◆ Verhaltenstherapeutisch/kognitive Vorgehensweisen im Sinne einer multimodalen Traumatherapie (MMTT), um die Habituation von Angststrukturen abzubauen
- ◆ Kognitiv orientiertes Eye-Movement-Desensitisation and Reprocessing-Training
- ◆ Familienberatung/Therapie (Verringerung der expressed emotions)
- ◆ Gruppeninterventionen auch unter Einbeziehung nonverbaler Verfahren, wie Gestaltung, Erzählen, Rollenspiel, Entspannungsverfahren

Pharmakotherapie:

Die Mehrzahl der von den Trägern der Unfallversicherung zugewiesenen Patienten wird nach einer sich anschließenden Arbeitserprobung wieder voll arbeitsfähig. Als wichtige Voraussetzung sollten ein noch vorhandener Arbeitsplatz zur Verfügung stehen sowie die positive Motivation des Patienten, an seine Arbeit zurückzukehren. Negativ waren die Erfahrungen jedoch mit Unfallverletzten, deren psychische Symptomatik weitgehend fixiert und maßgeblich durch Entschädigungsansprüche eingeengt war. Auch der im Zeitraum zwischen Unfallereignis und Therapiebeginn z. B. durch Kündigung verloren gegangene Arbeitsplatz stellt einen negativen Belastungsfaktor dar ebenso wie anhaltende schwere Konflikte im privaten Bereich oder eine begleitende Suchterkrankung.

- ◆ Uneingeschränkt gute Therapieerfahrungen haben die Verfasser dieses Leitfadens bei psychisch nicht vorgeschädigten Patienten jüngeren und mittleren Lebensalters mit gesichertem Arbeitsplatz, einer guten Motivation und einem kurzen zeitlichen Abstand zwischen Unfallereignis, psychischer Störung und dem Einsetzen der psychotherapeutischen Behandlung machen können. Über die Langzeitergebnisse lassen sich noch keine statistisch zu sichernden Aussagen machen.

Die Behandlungskosten für eine ambulante oder stationäre Psychotherapie sind abhängig von Art und Umfang sowie Dauer der durchzuführenden Maßnahmen. Eine verhaltenstherapeutisch ausgerichtete stationäre Behandlungsmaßnahme dauert 6 bis 8 Wochen. Es schließt sich in aller Regel eine Arbeitserprobung an, bei etwa 20 % der Patienten wird ein zweiter stationärer Behandlungszeitraum erforderlich. Manche Patienten benötigen nach der Klinikentlassung eine ambulante psychologische Weiterbetreuung für den Zeitraum von 3 bis 6 Monaten.

Bei einem geschätzten Pflegesatz in Höhe von 400,- DM und einer durchschnittlichen stationären Behandlungsbedürftigkeit von 6 bis 8 Wochen ergeben sich Behandlungskosten im Bereich von 15.000,- bis 20.000,- DM.

Die Kosten für eine ambulante Psychotherapie liegen größenordnungsmäßig zwischen 150,- und 200,- DM pro Stunde. Sofern ein Patient seinen Therapeuten dreimal in der Woche in Anspruch nimmt und durchschnittlich pro Sitzung 150,- DM zahlt, entstehen nach Ablauf eines halben Jahres Kosten bis zu 12.000,- DM.

Die Vergleichbarkeit zwischen stationärer und ambulanter Behandlung ist insofern schwierig, als die Behandlungsintensität im ambulanten Bereich nicht einheitlich geregelt ist. Die meisten nachfolgend stationär behandelten Patienten hatten zuvor nur einmal in der Woche Kontakt zu ihrem Psychotherapeuten und wünschten dringend eine Intensivierung des therapeutischen Angebotes.

- ◆ Als grobe Regel sollte man Patienten mit ausgeprägten psychischen Störungen, welche auf eine ambulante Behandlung nicht ausreichend ansprechen, der stationären Psychotherapie zuweisen.
- ◆ Vor allem Patienten im Zustand der Arbeitsunfähigkeit sollten primär stationär behandelt werden.
- ◆ Die Fallkosten werden vor allem durch Kranken- und Verletztengeld bei anhaltender Arbeitsunfähigkeit in die Höhe getrieben!

6. Anleitung für die Sachbearbeitung

Für den Schadensachbearbeiter können aus fachärztlicher Sicht gesicherte Hinweise gegeben werden, welche an die Entwicklung einer psychischen Komplikation nach einem Unfall denken lassen müssen.

Zu beachten ist der Umstand, dass psychische Störungen in der Regel nicht unmittelbar nach dem Unfall, sondern erst mit einer zeitlichen Verzögerung von Monaten, in seltenen Fällen sogar Jahren, geltend gemacht werden (late-onset PTSD).

Für die Sachbearbeitung gilt:

- ◆ Jede mit körperlichen Verletzungsfolgen nicht nachzuvollziehende und anhaltende Arbeitsunfähigkeit erweckt den dringenden Verdacht auf eine psychische Komplikation!
- ◆ Sobald die nach chirurgischer Erfahrung zu erwartende Zeit der Arbeitsunfähigkeit wie sie z.B. in den Tabellen von Hax oder Weller (13.) zusammengestellt wurden überschritten wird, ohne dass verletzungsimmanente Komplikationen aufgetreten waren, ist erhöhte Aufmerksamkeit geboten.
- ◆ Jede Ausweitung eines anfänglich umschriebenen Beschwerdebildes mit neu hinzutretenden Beschwerdekla gen und entsprechenden fachärztlichen Attesten ist hochverdächtig auf eine psychosomatische Ausweitung des Beschwerdebildes!

Anspruchsteller mit leichten bis mittelschweren Distorsionsverletzungen der Halswirbelsäule, welche nach Ablauf von zwei bis spätestens drei Monaten ihre berufliche Tätigkeit nicht wieder aufgenommen haben, leiden zu etwa 50 % an psychischen Begleitreaktionen. Angaben in den fachärztlichen Attesten im Hinblick auf anhaltende Schwindelklagen, Ohrgeräusche und ausgedehnte manualtherapeutische Behandlungen an der Halswirbelsäule mit häufig wechselnden Arztkontakten sprechen für eine psychosomatische Überlagerung des ursprünglichen Verletzungszustandes. (14.)

Die Analyse von Behandlungsverläufen bei Verletzten mit ausgeprägten psychischen Störungen ergibt, dass die entstehenden Kosten vor allem durch den Umstand der monatelang anhaltenden Arbeitsunfähigkeit bedingt werden. Hier fallen in der gesetzlichen Unfallversicherung Verletztengelder an und in der Haftpflichtversicherung sind die Regressansprüche der Krankenversicherungsträger zu befriedigen. Zusätzlich geltend gemacht werden von den Geschädigten insbesondere in der Haftpflichtversicherung Verdienstaustausch und immaterielle Schäden, vor allem ein Schmerzensgeld. Die Kosten für eine adäquate Psychotherapie gestalten sich vergleichsweise gering, so dass für die Schadensachbearbeiter der Grundsatz gilt:

- ◆ Um so eher eine adäquate Diagnostik und Therapie eingeleitet wird, desto eher kann auch mit dem Wiedereintreten der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden und um so geringer fallen letztendlich die resultierenden Gesamtkosten für die Schadensabwicklung aus.
- ◆ Insgesamt also ist es in der Sachbearbeitung zwingend geboten, von der bislang noch häufig geübten Verwaltung des Schadens Abstand zu nehmen und zu einem adäquaten, zielgerichteten Schadensmanagement überzugehen.

Konkret empfiehlt sich folgende Vorgehensweise:

1. Bei Nachweis einer psychosomatischen Beschwerdeausweitung sollte der behandelnde Arzt gezielt gefragt werden, ob er eine Therapiebedürftigkeit aus seiner Sicht bestätigen kann. Der Schadensachbearbeiter sollte signalisieren, dass er zu einer Kostenübernahme für eine weiterführende diagnostische Abklärung bereit ist.

2. Wenn sich eine psychogene Störung bestätigen lässt, sollte eine baldige und adäquate Behandlung erfolgen und es sollte in der Schadenssachbearbeitung auch die erforderliche Kostenzusage erteilt werden. Im Gegenzug ist die Kostenübernahme allerdings von der regelmäßi-

gen Erstattung eines Behandlungsberichtes abhängig zu machen, damit der Leistungsumfang der Unfallversicherungsträger von dem der Krankenversicherungsträger zuverlässig abgegrenzt werden kann.

3. In Zweifelsfällen sollte eine umgehende Zusammenhangsbegutachtung in Auftrag gegeben und durchgeführt werden. Für die Entschädigung von psychischen Störungen gelten in der gesetzlichen Unfallversicherung und in der Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung unterschiedliche Rechtsbestimmungen, welche sowohl von der Sachbearbeitung als auch von den beteiligten medizinischen Sachverständigen zu berücksichtigen sind.

Trotzdem kann folgende Leitlinie berücksichtigt werden:

Wenn der Verletzte unstrittig einen schweren Unfall erlitten hat (z. B. ein schweres Polytrauma oder eine Verbrennung), so geht in aller Regel auch die Behandlung einer begleitenden psychischen Störung zu Lasten des Unfallversicherungsträgers.

7. Zusammenhangsgutachten:

Besteht der Verdacht auf eine psychische Störung, so ist die neurologisch/psychiatrische Begutachtung unabdingbar. Sie ist durch den Sach-

Man wird den Kausalzusammenhang in aller Regel auch dann zu bestätigen haben, wenn der Verletzte durch das Unfallgeschehen nachweislich eine Phase der erheblichen Existenzbedrohung durchlaufen hat, z. B. durch Einklemmung im Fahrzeugwrack oder durch Konfrontation mit anderen verletzten Personen oder gar Sterbenden. Hiernach kann es zu ausgeprägten psychischen Reaktionen kommen, auch wenn die Betroffenen selbst keine schwerwiegenden körperlichen Dauerschäden erlitten haben.

In der Freiburger Studie an Verkehrsunfallopfern wurden Patienten, welche nach Unfallverletzungen in einer unfallchirurgischen Klinik stationär behandelt werden mussten, erstmals wenige Tage nach dem Unfall nachuntersucht und auch 1/2 Jahr später noch einmal intensiv befragt und auf psychische Störungen diagnostiziert. Nur 1/3 der Patienten wies keinerlei psychiatrische Störungen auf, bei 18,4 % kam es zu einer posttraumatischen Belastungsstörung und ein weiteres Drittel der Patienten wies milde Varianten einer Belastungsreaktion auf. (15.)

Auftragserteilung und Bewertung von erstatteten Gutachten:

7.1. Verwaltungsseitige Vorbereitung einer psychiatrischen Gutachtenerstattung:

- a) Haben Sie Ihre Fragen an den Sachverständigen hinlänglich präzisiert?
- b) Ist die ärztliche und psychologische Berichtslage seit dem angeschuldigten Unfallereignis vollständig?
- c) Sind Vorerkrankungen aus dem psychosomatischen bzw. psychiatrischen Formenkreis durch Herbeiziehung eines Vorerkrankungsregisters zuverlässig ausgeschlossen worden?
- d) Haben Sie den genauen Ereignishergang recherchiert und sind ggf. vorhandene Zeugen verwaltungsseitig befragt worden?
- e) Haben Sie in Ihrem Gutachtenanforderungsschreiben den Sachverständigen zumindest auf die allerwichtigsten versicherungsrechtlichen Vorgaben für die Bewertung von psychoreaktiven Störungen in Ihrer Versicherungsart hingewiesen?

7.2. Kriterien für die Plausibilitätsprüfung eines erstatteten psychiatrischen oder psychosomatischen Fachgutachtens

- a) Hat der Sachverständige nur die Aussagen des Verletzten berücksichtigt?
- b) Sind verwaltungsseitige Ermittlungsergebnisse, Zeugenaussagen und das Vorerkrankungsregister mitberücksichtigt worden?
- c) Hat der Sachverständige Art und Schwere des geltend gemachten Traumas umfassend geprüft und diskutiert?
- d) Hat Ihr Gutachter eine saubere Trennung zwischen den unfallbedingten und unfallfremden Schädigungsfolgen vorgenommen?
- e) Hat der Sachverständige (insbesondere bei leichten Traumen) die versicherungsrechtlichen Vorgaben des BGH (in der Sachversicherung) bzw. des BSG (in der gesetzlichen Unfallversicherung) berücksichtigt?
- f) Hat der Sachverständige die vorgeschlagene MdE schlüssig und unter Hinweis auf anerkannte Schadenstabellen begründet?
- g) Sofern ein unfallbedingter Dauerschaden festgestellt wird: Hat der Sachverständige nachvollziehbar begründet, weshalb es sich um einen Dauerschaden handelt und welche Faktoren der adäquaten psychischen Bewältigung des Unfallereignisses im Wege stehen?
- h) Sind unfallfremde Ursachen für das Fortbestehen des Krankheitsbildes über Jahre hinweg ausgeschlossen worden (z. B. schwere Persönlichkeitsstörungen, neu hinzugetretene Konflikte im sozialen und privaten Bereich, anderweitige psychische oder organische Erkrankungen etc.)?

8. Gesetzliche Unfallversicherung: Rechtsvorgaben; MdE-Bemessung

In der gesetzlichen UV gilt die Theorie von der wesentlichen Bedingung und es sind hiernach nur diejenigen Bedingungen rechtserheblich, welche wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg an dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Gleichzeitig gilt der Grundsatz, dass die Versicherten in dem Zustand geschützt sind, in welchem sie sich zum Unfallzeitpunkt befunden haben. Der Gutachter hat somit zu prüfen, ob das angeschuldigte Unfallereignis geeignet war, ein psychisches Leiden im Ursachensinne zu bedingen, bzw. ob es für den Fall vorbestehender psychischer Störungen geeignet war, im Sinne der wesentlichen Teilursache eine Verschlimmerung des anlagebedingten Leidens zu bewirken.

In der Praxis wird sich der nervenärztliche Gutachter zunächst mit der Persönlichkeitsstruktur des Verletzten auseinandersetzen und prüfen, welche Persönlichkeit (ggf. mit welchen latenten Anlagedispositionen oder klinisch-manifesten Vorschädigungen) von dem angeschuldigten Trauma getroffen worden ist.

Da in der gesetzlichen Unfallversicherung der Vollbeweis für einen erlittenen körperlichen und auch für einen psychischen Schaden zu führen ist, hat der nervenärztliche Gutachter der Verwaltung plausibel darzulegen, dass im Zuge des Unfallgeschehens eine Erkrankung entstanden ist. Es muss letztendlich plausibel dargelegt werden, dass (unter Berücksichtigung der anlagemäßigen Persönlichkeitsstruktur) das angeschuldigte Trauma zu einer psychischen Störung bei dem Verletzten geführt hat, welche einen greifbaren Krankheitswert besitzt.

Sodann – und hier ergeben sich erfahrungsgemäß die meisten Schwierigkeiten – hat der nervenärztliche Gutachter die in der gesetzlichen Unfallversicherung geforderte Lehre von der wesentlichen Bedingung zu berücksichtigen und konkret anzuwenden. Es reicht nämlich nicht aus, wenn der Gutachter allein unter Hinweis auf die

zeitliche Ablauffolge eine unfallbedingte psychische Störung zur Entschädigung vorschlägt. Es ist für den Fall von nachgewiesenen psychoreaktiven Gesundheitsstörungen zusätzlich zu prüfen, ob das angeschuldigte Unfallereignis und seine Auswirkungen ihrer Eigenart und Schwere nach unersetzlich sind, und es fordert das Bundessozialgericht in seiner neueren Rechtsprechung sogar, dass der schädigende Vorgang nach seiner Art und Schwere allgemein geeignet sein muss, Krankheiten der Art hervorzurufen, wie sie im Einzelfall als Schädigungsfolge geltend gemacht werden. Bei der gutachterlichen Bewertung soll die Ziffer 71 in den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit in der Fassung von 1996 berücksichtigt werden. Hierin werden als geeignete Auslöser für psychische Traumen z.B. langjährige rechtsstaatswidrige Haft, eine Geiselnahme oder eine Vergewaltigung aufgeführt.

Hieraus wird deutlich, dass die Rechtsprechung in aller Regel ein erhebliches und eingreifendes Trauma fordert, um hieraus eine entschädigungspflichtige psychische Erkrankung herleiten zu können. Auf jeden Fall aber hat sich der medizinische Sachverständige bei seiner Kausalbewertung an der zu diesen Fragen in der medizinischen Wissenschaft herrschenden Meinung zu orientieren. Für den Fall einer abweichenden Bewertung muss eine ausführliche und auf Literatur gestützte Begründung dargelegt werden. (16. und 17.)

In der Praxis der Sozialgerichtssprechung ist es nach dem ergangenen BSG-Urteil vom 26.01.1994 zu diskrepanten Urteilen gekommen. Das LSG Nordrhein-Westfalen hat die Bemessungskriterien des BSG in seiner Rechtsprechung für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung zugrunde gelegt und einem Arzt, welcher an einer schweren Virus-Hepatitis erkrankt war und hieraus einen psychischen Dauerschaden im Sinne einer anhaltenden Depression geltend machte, die Entschädigung verweigert. (18.) Das LSG Niedersachsen argumentiert in einem jüngsten Urteil aus dem Jahre 1998, daß die allgemeine Eignung eines schädigenden Vorganges in der gesetzlichen Unfallversicherung nicht zu berücksichtigen sei und spricht einem anhaltenden depressiven Proban-

den eine Dauer-MdE aufgrund des erlittenen psychischen Schadens als Unfallfolge zu. (19.)

In der gutachterlichen Praxis sollte der medizinische Sachverständige vor allem die Frage beantworten, ob das angeschuldigte Unfallereignis über eine Belastung des täglichen Lebens deutlich hinausgegangen ist oder ob der Unfall mit einer Belastung des täglichen Lebens austauschbar war. In aller Regel wird man als Sachverständiger darzulegen haben, dass z. B. ein schweres Polytrauma oder eine Verbrennungsverletzung über eine alltägliche Belastung deutlich hinausgehen und somit als wesentliche Ursache oder zumindest wesentliche Teilursache für die Entstehung eines psychischen Schadens zu bewerten sind. Anders zu bewerten sind minderschwere Unfallereignisse, welche sich auch im täglichen Leben häufig ereignen. Diese sind in aller Regel als Gelegenheitsursache einzuschätzen. Letztendlich reicht zur Bewertung der haftungsausfüllenden Kausalität die Bejahung der Wahrscheinlichkeit aus. Es muss somit in der Praxis mehr für als gegen den Kausalzusammenhang sprechen, ohne dass ein definitiver Vollbeweis erforderlich ist.

Besonders kritisch müssen geltend gemachte psychische Dauerschäden hinterfragt werden. Wir alle wissen aus der täglichen Lebensführung, dass gravierende Einschnitte wie z. B. der Verlust von nahen Angehörigen nach ausgeprägten Trauerreaktionen von den Hinterbliebenen mit steigendem Abstand zum schädigende Ereignis allmählich überwunden werden. Dasselbe gilt prinzipiell auch für Unfallereignisse, zumal wenn diese keine gravierenden körperlichen Verletzungsfolgen hinterlassen haben. In aller Regel sollte eine MdE aufgrund von Schädigungsfolgen aus dem psychischen Bereich nur befristet resultieren, längstens für zwei bis drei Jahre. Kommt es im weiteren Verlauf zu keinem Abklingen der psychischen Störung, so muss der beteiligte Gutachter besonders genau nach konkurrierenden und unfallfremden Ursachen für diese Entwicklung forschen.

Bewertung der MdE-Grade

Psychoreaktive Störungen sind in der Unfallversicherung im Hinblick auf die sozialmedizinisch messbaren Leistungseinschränkungen im Erwerbsleben zu bemessen; die Leistungsart eines Schmerzensgeldes ist der Unfallversicherung fremd.

Unter Hinweis auf die MdE Graduierung im Standardwerk von Schönberger/Mehrtens/Valentin „Arbeitsunfall und Berufskrankheit“ (20.) gestaltet sich MdE-Bewertung wie folgt:

- ◆ für leichtere psychovegetative oder psychische Störungen 0 bis 10 v. H.
- ◆ für stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis und Gestaltungsfähigkeit (z. B. depressive, phobische, psychosomatische Störungen) 20 bis 40 v. H.
- ◆ und für schwere Persönlichkeitsänderungen mit erheblichen sozialen Anpassungsschwierigkeiten mit 50 bis 100 v. H..

Sofern eine verwaltungsseitig einmal zuerkannte MdE im späteren Verlauf anderweitig zu bewerten ist, muss der Umstand einer wesentlichen Veränderung im Verletzungsfolgezustand schlüssig nachgewiesen werden. In der Praxis bedeutet dies, dass die Veränderung der MdE nach oben oder unten jeweils um wenigstens 10 v. H. zu bemessen ist. Der Nachweis einer wesentlichen Veränderung gestaltet sich gerade bei psychischen Störungen oftmals schwer und sollte vor allem im Hinblick auf die Kompetenz des Verletzten in der beruflichen und persönlichen Lebensführung vorgenommen werden. So liegt eine Besserung bei einem depressiven Patienten dann vor, wenn es zu einer Auflockerung der Stimmungslage und des Antriebs gekommen ist und wenn sich dies auch an einer aktiveren Beteiligung in der Sozialgemeinschaft nachvollziehen lässt.

9. Haftpflichtversicherung: Vorgaben aus der Rechtsprechung

Für diese Versicherungssparte findet die Theorie von der wesentlichen Bedingung keine Anwendung, es gelten vielmehr die Prinzipien der Zivilrechtsprechung. Nach einer längeren Phase widersprüchlicher Urteile verschiedener Obergerichte hat der Bundesgerichtshof (BGH) in einem Grundsatzurteil vom 30.04.1996 Rechtsklarheit geschaffen (21.) und in zwei einschlägigen Folgeurteilen von 1997 seine Rechtsprinzipien nochmals unterstrichen.

Die Grundzüge der Zivilrechtsprechung gestalten sich wie folgt:

- ◆ Der Schädiger hat für seelisch bedingte Folgeschäden einer Verletzungshandlung, auch wenn sie auf einer psychischen Anfälligkeit des Verletzten oder sonstwie auf einer neurotischen Fehlverarbeitung beruhen, haftungsrechtlich grundsätzlich einzustehen. (21.)

- ◆ Eine Zurechnung kommt nur dann nicht in Betracht, wenn das Schadensereignis ganz geringfügig ist (Bagatelle) und nicht gerade speziell auf die Schadensanlage des Verletzten trifft. (21.)

- ◆ In der Praxis bedeutet dieser Rechtsgrundsatz, dass die Haftung in aller Regel dann zu bejahen ist, wenn eine schädigende Handlung stattgefunden hat.

Sofern der Geschädigte selbst schon psychisch oder psychosomatisch vorerkrankt war, schließt dies die Haftung nicht aus. Der BGH lässt Ausnahmen zu für den Fall, dass bei dem Geschädigten eine Simulations- oder Begehrenstendenz nachgewiesen wird oder wenn die schädigende Handlung als Bagatelle zu bewerten ist. Gerade aber die Frage des Bagatellschadens ist nach Ansicht des BGH ausschließlich juristisch und

nicht vom medizinischen Sachverständigen zu würdigen.

Kommt also nun die Zivilrechtsprechung zu der Einschätzung, dass ein schädigendes Ereignis rechtlich gesehen bei der Entstehung oder Fortentwicklung psychischer Folgeschäden nicht hinweg gedacht werden kann, so wird die Haftung in aller Regel zu bejahen sein.

Ein Folgeurteil des BGH vom 11.11.1997 hat die praktischen Konsequenzen dieser Sichtweise noch einmal deutlich gemacht. Konkret war der Fall eines Klägers zu entscheiden, welcher eine primäre narzistische Persönlichkeitsstörung aufwies und auch mit partnerschaftlichen Problemen belastet war. Der Kläger erlitt unfallbedingt im Zuge einer minderschweren PKW-Kollision eine Schädelprellung mit HWS-Schleudertrauma ohne Anzeichen für eine Gehirnerschütterung. Es bestand Arbeitsunfähigkeit für fünf Tage. Im weiteren Verlauf kam es zu körperlichen Beeinträchtigungen und Lähmungserscheinungen mit der Folge, dass der Kläger sein Möbelgeschäft aufgab. Die Schadensansprüche des Klägers wurden vom Landgericht und vom Oberlandesgericht zurückgewiesen.

Der BGH gab hingegen der vom Kläger angestregten Revision statt mit der Begründung, dass eine Schädelprellung mit HWS-Schleudertrauma nicht als Schadensbagatelle zu bewerten sei, dass die von der Beklagten geäußerte Annahme einer Begehrensneurose durch das Sachverständigengutachten nicht nachgewiesen sei und dass zu prüfen sei, ob die psychische Fehlentwicklung des Klägers nicht eher auf einer Konversionsneurose beruhe. Der BGH stellte klar, dass für den Fall einer festzustellenden Konversionsneurose dem Entschädigungsanspruch des Klägers stattzugeben sei und verwies die Angelegenheit zunächst an das Oberlandesgericht zur weiteren Sachaufklärung zurück. (22.)

Ebenfalls mit Datum vom 11.11.1997 hob der BGH ein vorinstanzliches Urteil auf, in welchem einer Klägerin die Entschädigung abgesprochen worden war. Dabei hatte die Klägerin einen geringfügigen Kfz-Unfall erlitten, als dessen Folge sie eine Distorsionsverletzung der HWS geltend machte. Im weiteren Verlauf kam es zu einer

Angststörung mit geltend gemachten starken Beschwerden im gesamten Wirbelsäulenbereich, mit Kreislaufbeschwerden und Lähmungserscheinungen. Die Klägerin trug vor, wegen dieser Beschwerden ihren Beruf nicht mehr ausüben zu können und bei der Haushaltsführung ständiger Unterstützung zu bedürfen. Auch hier argumentiert der BGH wie folgt: „In den Entscheidungsgründen des landgerichtlichen Urteils, denen das Berufungsgerecht beitrifft, wird dargelegt, dass die bei der Klägerin eingetretene neurotische Entwicklung im Unfallgeschehen ihren Ursprung hat. Danach ist der Unfall der „Auslöser“ für die psychischen Reaktionen der Klägerin. Dies bedeutet aber, dass er damit deren Ursache im haftungsrechtlichen Sinn ist.“ (23.)

In der versicherungsmedizinischen Praxis wird der nervenärztliche Sachverständige vorwiegend folgende Gesichtspunkte zu prüfen haben:

1. War der Geschädigte zum Zeitpunkt des Unfalles auch mit ggf. vorbestehenden psychischen Leiden arbeits- und leistungsfähig?
2. Führte der hinzutretende Unfall zu einer bewusstseinsfernen Fehlverarbeitung mit der Folge eines hieraus erwachsenden Leistungsversagens?
3. Gibt es Hinweise auf bewusstseinsnahe Begehrenden tendenzen bzw. sogar auf Simulation?
4. Steht zumindest aus ärztlicher Sicht die psychische Reaktion des Geschädigten in krassem Gegensatz zu Art und Umfang der erlittenen Verletzungen?
5. Für den Fall eines einschlägigen psychischen Vorschadens: Ist gerade diese Schadensanlage direkt und nachteilig durch das Unfallgeschehen betroffen und nachteilig beeinflusst worden?

Sofern der nervenärztliche Sachverständige den Umstand einer bewusstseinsfernen, also der Willkürkontrolle entzogenen Fehlverarbeitung des Unfallgeschehens bejaht und eine vorwiegende Begehrenshaltung oder gar Simulation verneint, werden in der Sachversicherung zunehmend auch die nach minderschweren Unfällen auftretenden psychischen Fehlentwicklungen zu

entschädigen sein. Der Bundesgerichtshof hat an die Zuerkennung einer Schadensbagatelle, welche die Haftung ausnahmsweise ausschließt, strenge Anforderungen geknüpft. Ein ärztlicherseits diagnostiziertes und nachgewiesenes Distorsionstrauma der HWS auch leichten Grades gilt nach dieser Rechtsprechung nicht als Schadensbagatelle. Auch die Diagnose von vorbestehenden psychischen Störungen wird die Haftung in aller Regel nicht ausschließen können, zumal dann nicht, wenn die schädigende Handlung die spezielle Schadensanlage des Verletzten nachteilig getroffen hat.

Es ist absehbar, dass die Entschädigungsleistungen in der Haftpflichtversicherung, für psychische Leiden vor allem in der Leistungsart der Kfz-Haftpflicht, zukünftig erheblich ansteigen werden. Hieraus folgt zwingend, dass aktives Schadensmanagement mit frühzeitiger Diagnostik und Therapie angezeigt ist. Gleichzeitig sollten für den Fall anhaltender Arbeitsunfähigkeit bei Anspruchstellern mit neurotischen Fehlentwicklungen entsprechende Reserven gebildet werden, da hier oftmals eine anhaltende Leistungsminderung im Erwerbsleben resultiert und die auflaufenden Entschädigungssummen in aller Regel die Dimension eines Großschadens erreichen.

Aber auch ohne nachweisbare Primärverletzung kann ein Unfallgeschehen zu psychisch vermittelten Folgeschäden, den sogenannten Schockschä-

den, führen. Man kann dies unter dem Stichwort „das Ereignis ist banal, das Ergebnis katastrophal“ zusammenfassen. Das unmittelbare Miterleben eines Unfalles oder die Nachricht vom Tod eines nahen Angehörigen können zu schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Sie sind dem Schädiger haftungsrechtlich voll zurechenbar, es ist hier nicht nur Schmerzengeld zu zahlen, sondern auch sämtliche materiellen Schäden auszugleichen. Allerdings ist die Ersatzpflicht hier an strengere Voraussetzungen geknüpft. Eine Haftung kommt nur in Betracht, wenn die Beeinträchtigung selbst Krankheitswert besitzt, also eine Gesundheitsbeschädigung darstellt. Diese muss voll bewiesen werden. Voraussetzung dafür ist, dass es nicht nur zu medizinisch relevanten Störungen des körperlichen Wohlbefindens kommt, sondern dass sogenannte psychopathologische Ausfälle von einiger Dauer auftreten müssen. Bloße Trauer, seelische Erschütterung oder tiefe Depression, ohne dass es zu schweren psychopathologischen Ausfällen kommt, fallen unter das allgemeine Lebensrisiko und werden nach der Wertung des Gesetzgebers für eine enge Begrenzung des Ersatzes mittelbarer Schäden nicht dem Schutzzweck der Norm zugerechnet.

Die [private Unfallversicherung](#) ist von dieser Entwicklung der Zivilrechtsprechung nicht betroffen, denn hier sind zumindest seit 1988 psychische Reaktionen jedweder Art vom Versicherungsschutz ausgeschlossen worden.

10. Von der Schadensverwaltung zum Management

Das aktive und erfolgreiche Management hängt vorrangig von einer guten und vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen dem Schadenssachbearbeiter, den Außendienstmitarbeitern seiner Verwaltung und den Verletzten bzw. Geschädigten ab.

- ◆ Nur durch die zügige Prüfung der Ansprüche und prompte und zielgerichtete Schadensabwicklung lässt sich das Risiko eines unerwarteten Schadenverlaufes minimieren.

Im Frühstadium kann insbesondere Probanden mit akuten psychischen Fehlentwicklungen noch wirksam geholfen werden.

- ◆ Die Einleitung einer sachgerechten Therapie hilft den Betroffenen und senkt gleichzeitig die letztendlich entstehenden Kosten.

Schon 1918 stellte Horn fest, dass die baldige Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit neben Gewährung einer Abfindung sich positiv auf den Verlauf der psychischen Störung auswirkt.

Wenn Unfallverletzungen körperlicher und seelischer Art erfolgreich therapiert worden sind und wenn die Wiederaufnahme der Berufstätig-

tigkeit erfolgt ist, resultiert in aller Regel keine wesentliche Einschränkung der Lebensqualität mehr.

Verbleibt hingegen eine anhaltende Leistungseinbuße im Erwerbsleben aufgrund einer chronifizierenden psychischen Störung und erreicht ein Verletzter seine Arbeitsfähigkeit nicht wieder, so bewirkt in aller Regel die Erbringung auch hoher Geldleistungen keine Verbesserung der Lebensqualität.

- ◆ An die Stelle des auch heute noch üblichen langjährigen Kampfes um die zu erbringende Geldleistung sollte eine zügige Prüfung der Ansprüche treten mit einer prompten und zielgerichteten Schadensabwicklung.

11. Literaturhinweise:

- (1) W. Hausotter: Die Begutachtung der Eisenbahnunfälle am Beginn des Industriezeitalters – Ein medizinhistorischer Exkurs mit Bezug zur Gegenwart. In: Versicherungsmedizin, 48, Heft 4, 138-142 (1996)
- (2) W. Tress et al: Psychosomatische Grundversorgung in der Praxis. In: Deutsches Ärzteblatt 93, Heft 10, 481-483 (1996)
- (3) H. Münker et al: Verletzungen der Halswirbelsäule bei PKW-Unfällen. In: Versicherungsmedizin 47, Heft 1, 26-32 (1995)
- (4) W. Maier et al: Psychische Erkrankungen in der Allgemeinpraxis. In: Deutsches Ärzteblatt 93, Heft 18, 947-950 (1996)
- (5) AMWF-Leitlinien der Dt. Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin, Leitlinienregister Nr.051
- (6) M. Seckmeyer: Zum Nachweis des sogenannten „HWS-Schleudertraumas“. In: Versicherungsmedizin 49, Heft 2, 48-51 (1997)
- (7) M. Sokoliuk: Endogene Depression und manisch depressive Krankheit. Internet Veröffentlichung <http://home.tonline.de/home/matthias.sokoliuk>
- (8) Ph. Saigh: Posttraumatische Belastungsstörung. Verlag: Hans Huber, Bern 1995
- (9) R. Kfiebci: Somatisierung. In: Der Psychotherapeut, 41., 201-214 (1996)
- (10) G. Ritter, J. Kramer: Unfallneurose, Renten-neurose. Perimed, Erlangen (1991)
- (11) M. Vogelsang: Verhaltenstherapie der posttraumatischen Belastungsstörung. In: Der Psychotherapeut, 41, 254-263 (1996)
- (12) R. Tausch: Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie – Ergänzung und Kombination. In: Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie & Psychotherapie, Band 4, 145-162 (1994)
- (13) Hax/Wellertabellen:
Hax: Heilverfahrenshinweise nach der Tabelle Dr. Hax, Stand 29.10.1996, BG-Unfallklinik Duisburg

Weller: Medizinische Expertentabelle Weller I/II zur medizinischen Beurteilung des zeitlichen Heilverfahrensablaufs.

Prof. Dr. S. Weller, Tübingen BG-Unfallklinik, Landesverband der Berufsgenossenschaften Südwestdeutschland
- (14) E. Wehking et al: Die Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule. In: Versicherungsmedizin 45, Heft 5, 163-164 (1993)

- (15.) U. Fromberger et al.: Die Entwicklung von posttraumatischen Belastungsstörungen nach Verkehrsunfällen. Erste Ergebnisse einer prospektiven Studie. In: Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen. Herausgeber H. J. Möller, R. R. Engel, P. Hoff. Verlag: Springer 1996, Seite 309-312.
- (16.) BSG-Urteil vom 26.01.1994
AZ: 9 Rvg 3/93, BSG NJW 95, 1640
- (17.) BSG vom 18.10.1995
AZ: 9/9a Rvg 4/92, BSGE 77,1
- (18.) LSG NRW vom 28.09.1994
AZ: L 17 U 175/91,
HVBG-INFO 10/95, S. 786 ff
- (19.) LSG Niedersachsen vom 27.01.1998
AZ: L 3 U 419/96, nicht veröffentlicht
- (20.) Schönberger/Mehrtens/Valentin: Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 5.3.11
- (21.) BGH NJW 1996, Seite 2425 ff.
- (22.) BGH NJW 1998, Seite 810 ff.
- (23.) BGH NJW 1998, Seite 813 ff.

12. Abkürzungsverzeichnis:

AMWF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften	MdE	Die MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) ist eine Beeinträchtigung der Fähigkeit sich seinen Erwerb zu verschaffen. Sie ist in der gesetzlichen Unfallversicherung nach den Verhältnissen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu berechnen (Grundsatz der abstrakten Schadenbemessung), in der Kfz-Haftpflichtversicherung jedoch zu beziehen auf den ausgeübten Beruf.
BGH	Bundesgerichtshof	UV	Unfallversicherung
BSH	Bundessozialgericht		
DAV	Deutsche Aktuarvereinigung		
HWS	Halswirbelsäule		
Kfz	Kraftfahrzeug		
LSG	Landessozialgericht		

Herausgeber:

E+S Rückversicherungs-AG
Personen-Rückversicherung
Bereich Risikoeinschätzung

Karl-Wiechert-Allee 50
30625 Hannover

Autoren:

Dr. Meike Rehfeldt, MHM
Dr. Nicola-Alexander Sittaro
Dr. Dr. Erwin Wehking, MA

Ansprechpartner:

Dr. Nicola-Alexander Sittaro
Karl-Wiechert-Allee 50
30625 Hannover
Tel. 0511/56 04-14 50
Fax 0511/56 04-15 18
nicola-alexander.sittaro@
hannover-re.com