

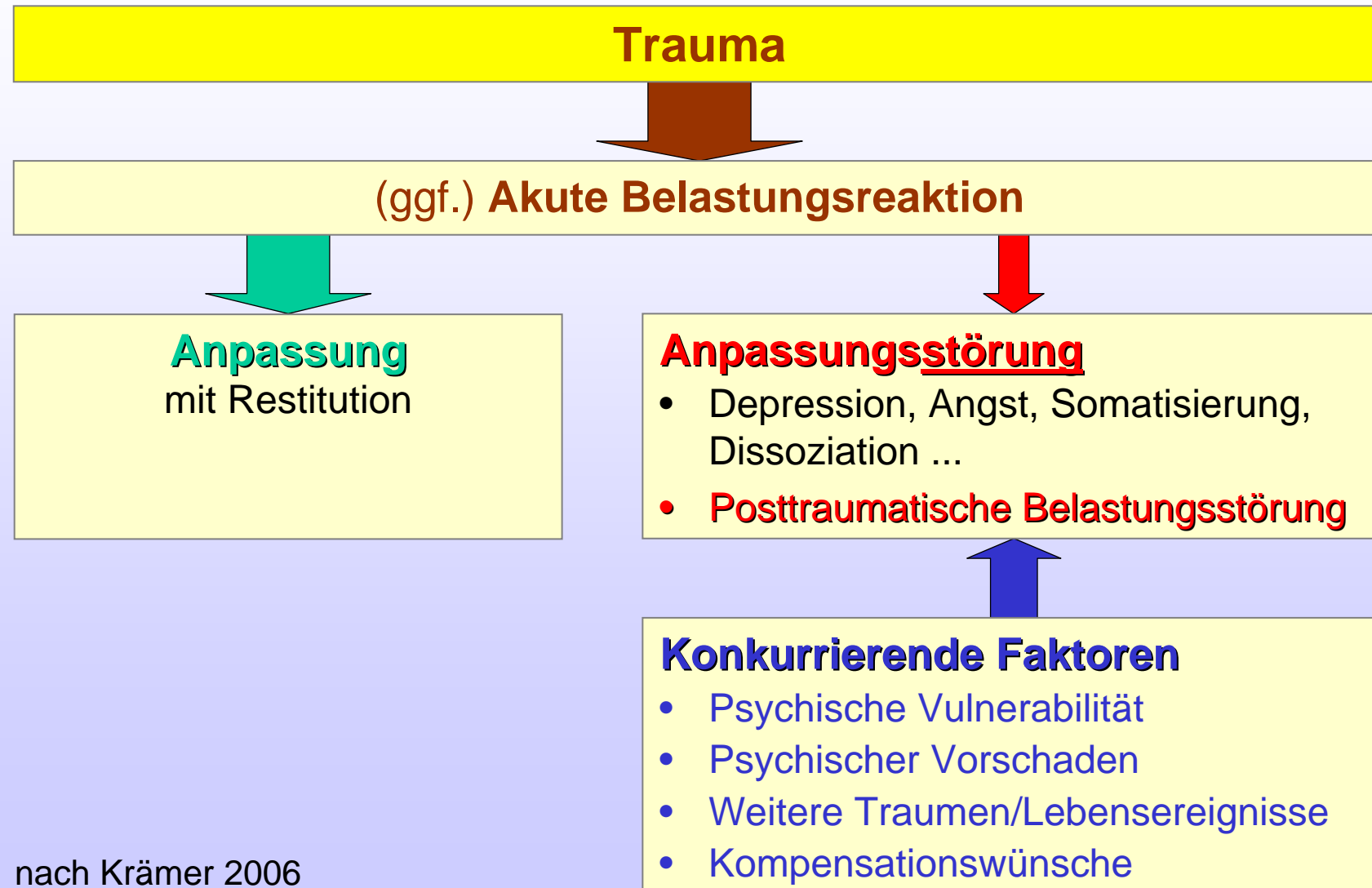
Kriterien der kausalen Beurteilung psychoreaktiver Unfallfolgen

ANB-Jahrestagung Potsdam 19.5.2007

Bernhard Widder
Klinik für Neurologie und
Neurologische Rehabilitation
Bezirkskrankenhaus Günzburg



Reaktionsformen auf einmalige Traumen



nach Krämer 2006

.... Warum das Rad neu erfinden ?



AWMF-Leitlinie 051/022

**Ärztliche Begutachtung in der Psychosomatik und
Psychotherapeutischen Medizin - Sozialrechtsfragen**



... Es ist ... sinnvoll, die Wahrscheinlichkeit eines Kausalzusammenhangs ... nach 4 Kriterien, die gegeneinander konkret abgewogen werden müssen, zu prüfen:

1. **Objektiver Schweregrad** des schädigenden Ereignisses
2. **Überindividueller Schweregrad** des subjektiven Erlebens des schädigenden Ereignisses
3. **Individuell bedingter Schweregrad** des subjektiven Erlebens des schädigenden Ereignisses
4. **Mögliche sekundäre Motive**, also z.B. sog. Begehrenshaltungen

Kasuistik

F.F., 2.8.1969, Unfall vom 12. 7.1994 ./ GUV

Sozialanamnese

In der Türkei geboren, mit 7 Jahren nach Deutschland gekommen, Hauptschule in Deutschland. 2 Ausbildungen abgebrochen, zunächst arbeitslos, dann 1992-1994 Tätigkeit in Kernkraftwerk. Sei dort der beste Arbeiter gewesen, deswegen immer wieder Konflikte mit Arbeitskollegen.

Mit der Krankenkasse vereinbarte Wiedereingliederung nach dem Unfall 1994 sei vom Arbeitsgeber abgelehnt worden, da man im KKW nur gesund arbeiten könne (?). Seitdem nicht mehr gearbeitet, seit 2001 berentet.

Seit 1991 verheiratet, 2 Kinder (1991 und 2003). Seit 2003 deutscher Staatsbürger.

Kasuistik

F.F., 2.8.1969, Unfall vom 12. 7.1994

Unfallanamnese

Beim Abbauen eines Laborschanks aus Holz trifft eine Holzplatte des Oberschranks den Kläger am Kopf. Danach gemäß Unfallanzeige noch 2 Stunden gearbeitet. Zu Hause wegen Übelkeit hingelegt. Abends ins Krankenhaus.

D-Arzt: Schädelprellung (Beule links frontoparietal) und V.a. Commotio cerebri, eine Nacht Überwachung, dann Entlassung. Am Abend des Folgetages Wiederaufnahme wegen Schwindel, Kopf- und Kieferschmerzen. In der Folge wechselnde Beschwerden, insbesondere HWS-Beschwerden, nach 3 Wochen Entlassung.

4.8.1994 Nervenarzt: Heftige Schmerzen vom Nacken zum Hinterkopf und zur rechten Schulter ausstrahlend, Schwindelgefühl und Schwarzwerden vor den Augen. Neurologisch unauffällig. Bildgebende Untersuchungen unauffällig.

28.07.1995 Nervenarzt: „Chronifizierte depressive Erlebnisreaktion, wobei im Rahmen des damaligen Traumas stattgefundenen Konflikte und Auseinandersetzungen mit den behandelnden Ärzten auch eine Rolle spielen.“



Kasuistik

Psychosomatisches Gutachten 3/2006

1. Objektiver Schweregrad des Unfallereignisses

„... Mittelschwerer Unfall mit Gehirnerschütterung sowie Verletzung des Oberkiefers.“

Kasuistik

Psychosomatisches Gutachten 3/2006

2. Überindividueller Schweregrad des subjektiven Erlebens

AWMF-Leitlinie 051/022

- „Todesangst, Miterleben von Tod/Schädigung von Nahestehenden,
- Unkontrollierbarkeit, Ohnmachtserleben,
- eingreifende Veränderung der materiellen oder sozialen Lebenszusammenhänge durch die objektiven Folgen des schädigenden Ereignisses,
- Verletzung von subjektiv besonders bedeutungsvollen ("narzisstisch besetzten") Körperorganen wie Herz, Gehirn, Genitale.“

„... hat Unfallereignis erlebt, das von seinem objektiven Geschehensablauf her von den meisten Menschen als eindrücklich erlebt werden würde. Es kam bei ihm zu einer Verletzung des Kopfes und zu einem extremen Ohnmacherleben. Es wurde ein Organ verletzt, nämlich der Kopf, der bei dem Probanden besonders bedeutungsvoll besetzt sei. Insofern ist dieses Kriterium erfüllt.“

Kasuistik

Psychosomatisches Gutachten 3/2006

3. Individuell bedingter Schweregrad des subjektiven Erlebens

AWMF-Leitlinie 051/022

- „Biographische Hinweise auf **unspezifische Vulnerabilität** in der Bewältigung auch von geringeren Lebensbelastungen/ Ereignissen ... (z.B. manifeste Hinweise auf schon früher stark erhöhte narzißtische Kränkbarkeit ...), - schädigendes Ereignis dann möglicherweise rechtlich nicht wesentliche Ursache.
- Biographische Hinweise auf **spezifische Vulnerabilität** in der Bewältigung ... (z.B.: durch vorangegangene Traumatisierung wird jetziges Ereignis bedrohlicher erlebt) - Ereignis dann möglicherweise eher mit Wahrscheinlichkeit kausal wirksam.“

„... hat früher belastende Lebensereignisse bewältigt. Dennoch hat er nun nach dem Unfall eine Somatisierungsstörung entwickelt. Als persönlichkeitspezifische Vulnerabilität könnte aufgeführt werden, dass er sein psychisches Gleichgewicht bisher durch eine hohe Leistungsbereitschaft innerhalb des Berufes hatte sichern können.“

Kasuistik

Psychosomatisches Gutachten 3/2006

4. Sekundäre Motive

AWMF-Leitlinie 051/022

- „Bewusste oder weitgehend **bewusstseinsnahe Motive**, die zu Aggravation oder Simulation von Beschwerden führen.
- Überwiegend **bewusstseinsferne Motive**, die nicht der willentlichen Steuerung unterliegen (z.B. Verlangen nach Gerechtigkeit oder Entschädigung bei einer entsprechend disponierten Persönlichkeit, ggf. bis hin zu querulatorischen Entwicklungen).“

„... Hinweise für das Vorliegen von überwiegender Aggravation. ... die Verdeutlichungstendenz ist Teil der Diagnose einer Somatisierungsstörung und darf somit nicht eigenwertig bewertet werden.“

Kasuistik

Psychosomatisches Gutachten 3/2006

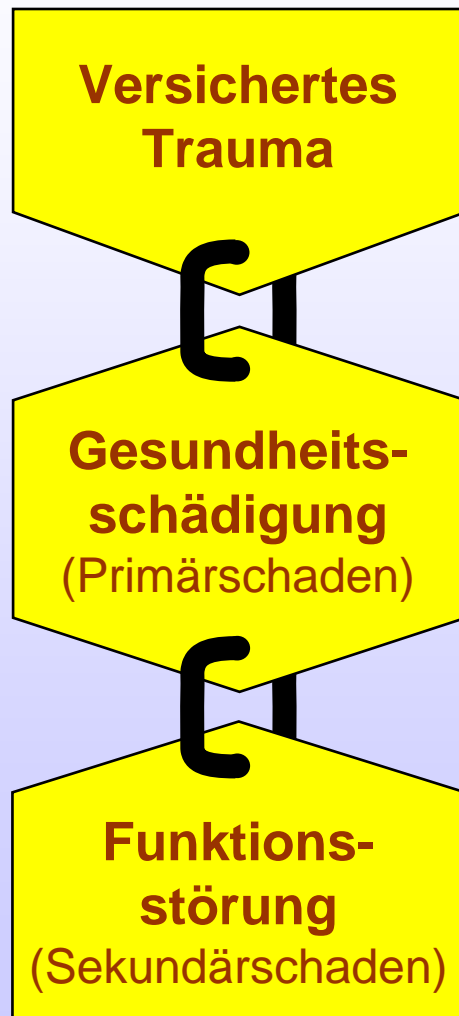
Beurteilung

„... unter Berücksichtigung des klar gegebenen zweiten Kriteriums ist davon auszugehen, dass dem schädigenden Ereignis mit Wahrscheinlichkeit die Bedeutung einer wesentlichen Bedingung zukommt. Es ist nicht von einer Gelegenheitsursache auszugehen, auch wenn bei Kriterium 4 sekundär im Wesentlichen unbewusste Motive eine gewisse Rolle spielen.“

Diagnose

„Somatisierungsstörung, leichte depressive Störung, MdE 70 v. H.“

Warum nicht auch hier Beweisführung anhand der gutachtlichen Kausalkette ?

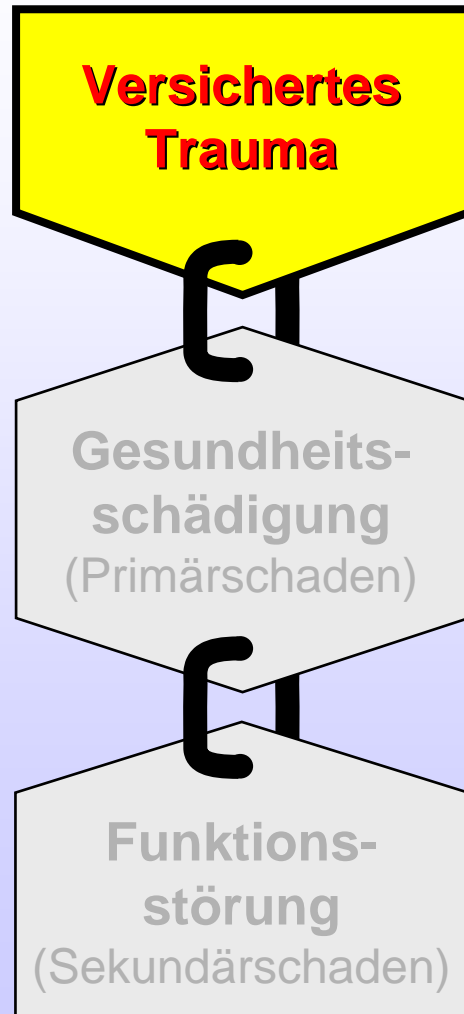


- **Einzelne Glieder der Kausalkette**
Klärung im „Vollbeweis*“
- **Verknüpfungen**
Je nach Rechtsgebiet „Vollbeweis“ oder „überwiegende Wahrscheinlichkeit“

* Subjektive Gewissheit mit “einem für das praktische Leben brauchbaren Grad an Gewissheit, der den Zweifeln Schweigen gebietet, ohne sie völlig auszuschließen”

1. Schritt

Objektiver Schweregrad



+++

Erlebnis oder Konfrontation mit Ereignissen, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten (**A1-Kriterium**)

?

auf den Kopf fallendes Brett

?

nicht alltägliches Kränkungserlebnis

?

leichter Heckaufprall im Stadtverkehr

1. Schritt

Objektiver Schweregrad

BSG vom 9.5.2006 - B 2 U 26/04 R u. B 2 U 1/05 R

... Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen. ... berechtigt jedoch nicht zu dem ... Umkehrschluss, dass bei einem gravierenden, nicht alltäglichen Unfallgeschehen ... ein gegenüber der Krankheitsanlage rechtlich wesentlicher Ursachenbeitrag ohne weiteres zu unterstellen ist.

BGH vom 11.11.1997 - VI ZR 376/96

... Danach kann ... eine Entschädigung versagt werden, wenn es sich nur um eine vorübergehende, im Alltagsleben typische ... Beeinträchtigung des Körpers oder des seelischen Wohlbefindens handelt.

... eine Schädelprellung mit HWS-Schleudertrauma (ist) für das Alltagsleben nicht typisch, (wenn diese) unstreitig auch eine mehrtägige Arbeitsunfähigkeit des Klägers zur Folge hatte.

2. Schritt

Subjektiver Schweregrad



- **ohne organische Verletzung**
Ist der Nachweis („Vollbeweis“) eines psychischen Primärschadens nicht zu führen, erübrigt sich jede weitere Zusammenhangsdiskussion (kein „post hoc ergo propter hoc“ !)

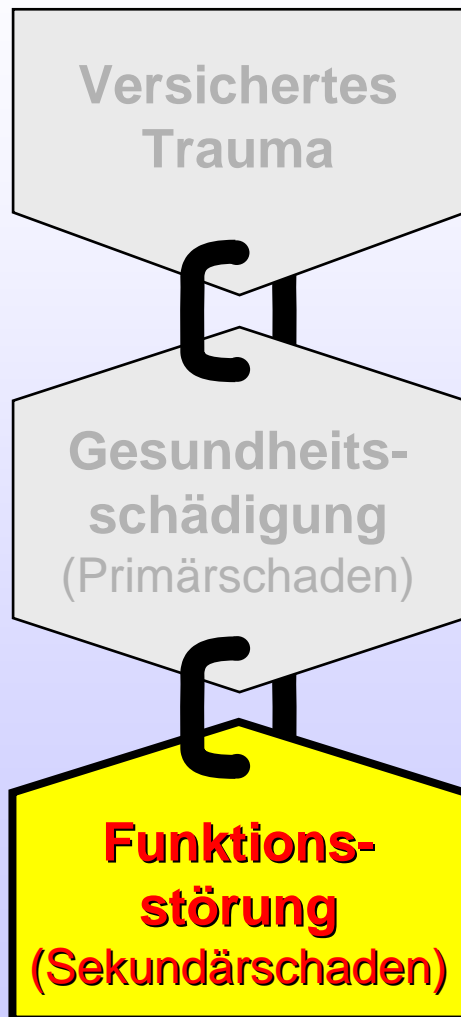
BSG vom 9.5.2006 - B 2 U 1/05 R

... Gesichtspunkte für die Beurteilung sind ... Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, den Befunden und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie der gesamten Krankengeschichte.

- **mit organischer Verletzung**
(Mittelbare) psychische Schäden, die sich infolge einer organischen Schädigung entwickeln, sind auch dann entschädigungspflichtig, wenn sie bzgl. des Erlebens des Unfallereignisses keinen Krankheitswert besitzen

3. Schritt

Psychische Funktionsstörung



„Übliche“ ICD-10-Diagnosen nach Traumen

F3 Affektive Störungen

F32 depressive Störungen

F34 anhaltende affektive Störungen

F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F40 phobische Störungen

F41 sonstige Angststörungen

F42 Zwangsstörungen

F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

F44 dissoziative Störungen
(Konversionsstörungen)

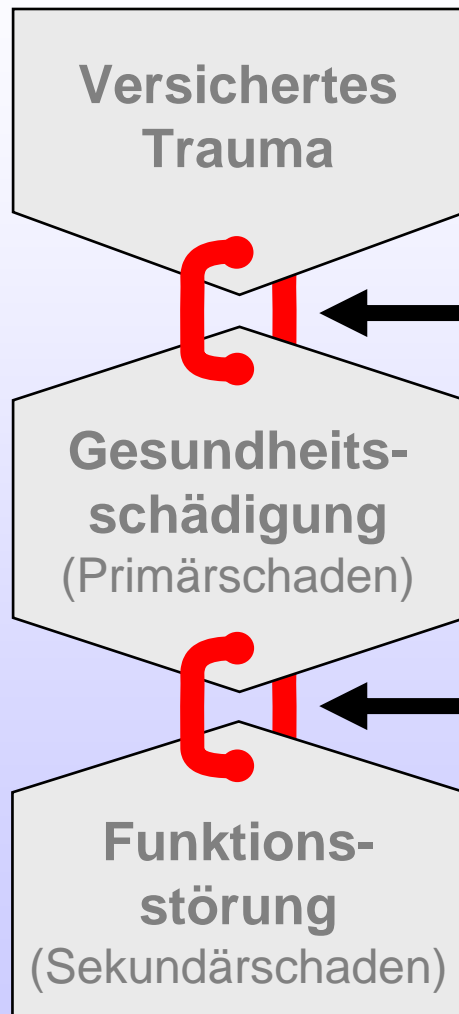
F45 somatoforme Störungen

F48 sonstige neurotische Störungen

CAVE: Nur nach Kausalitätsbeurteilung zu diagnostizieren

4. Schritt

Zusammenhangsbeurteilung



BSG vom 9.5.2006 - B 2 U 26/04 R u. B 2 U 1/05 R

... Die Kausalitätsbeurteilung ... schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen.

... Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der ... Ursachenzusammenhang ... positiv festgestellt werden muss. ... es gibt ... keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache die ... naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies ... zu einer Beweislastumkehr führen würde.

BGH vom 2.10.1990 - VI ZR 353/89

... Der Ansicht, der Ersatzanspruch des Klägers sei schon dann ausgeschlossen, wenn neben dem Unfallereignis weitere Umstände für den eingetretenen Schaden ursächlich geworden sein können, kann nicht gefolgt werden. ... Es genügt die hinreichende Gewissheit, dass die Depressionen des Klägers ohne den Unfall nicht aufgetreten wären.

Abgrenzung zu konkurrierenden Faktoren

- **Kompensationswünsche**

BSG vom 9.5.2006 - B 2 U 1/05 R

... Andererseits liegt es auf der Hand, dass wunschbedingte Vorstellungen seitens des Versicherten ... einen wesentlichen Ursachenzusammenhang ... nicht zu begründen vermögen.

- **Psychische Vorerkrankungen**

→ „Verschlimmerung“ einer vorbestehenden psychischen Störung

→ „Entstehung“ bei „neuer“ psychopathologischer Symptomatik

- **Persönliche Vulnerabilität**

→ „Schadensanlage“

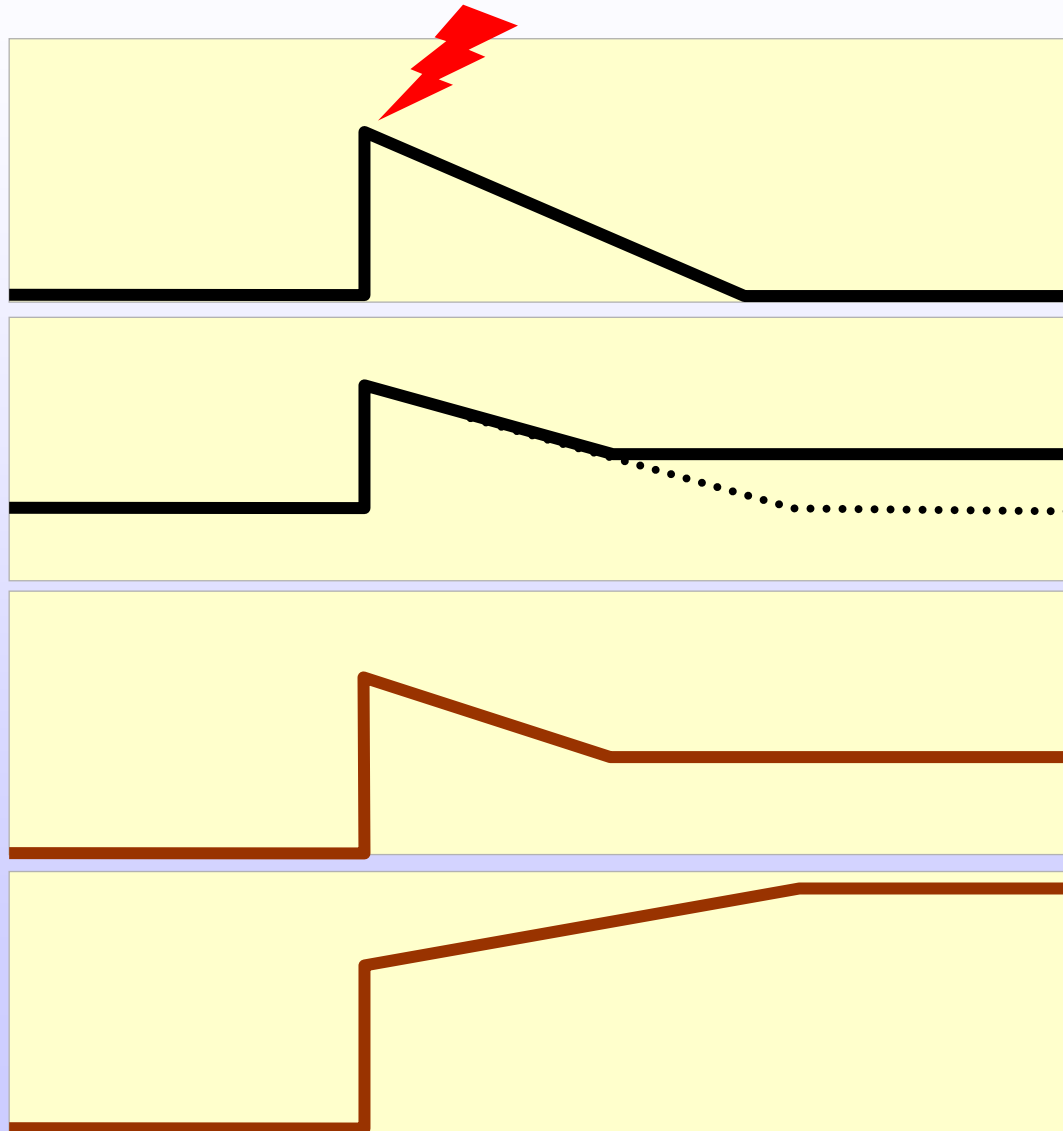
**Nachweis im
„Vollbeweis“**

- **Konkurrierende (unfallunabhängige) Traumen und/oder Lebensereignisse**

→ „Verschiebung der Wesensgrundlage“

**Nachweis im
„Vollbeweis“**

Hilfskriterium „Erwartungsgemäßer Verlauf“



Erwartungsgemäßer,
abklingender Verlauf

Vorübergehende/
anhaltende
Verschlimmerung

**Anhaltende Beschwerden
(Chronifizierung)**

**Sekundäre
Symptomausweitung
„symptom magnification
syndrome“**

„Erwartungsgemäßer Verlauf“ im ICD-10

ICD	Kategorie	Schweregrad	Vulnerabilität	Beginn	Dauer
F43.2	Anpassungsstörung	(+) - +	+	0-3 Monate	6 Monate bis 2 Jahre
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	++	(+)	0-6 Monate	Mehrzahl Heilung. Selten, bei Extrembelastung, chronischer Verlauf
F62.0	Andauernde Persönlichkeitsänderung	+++	-	nicht	> 2 Jahre

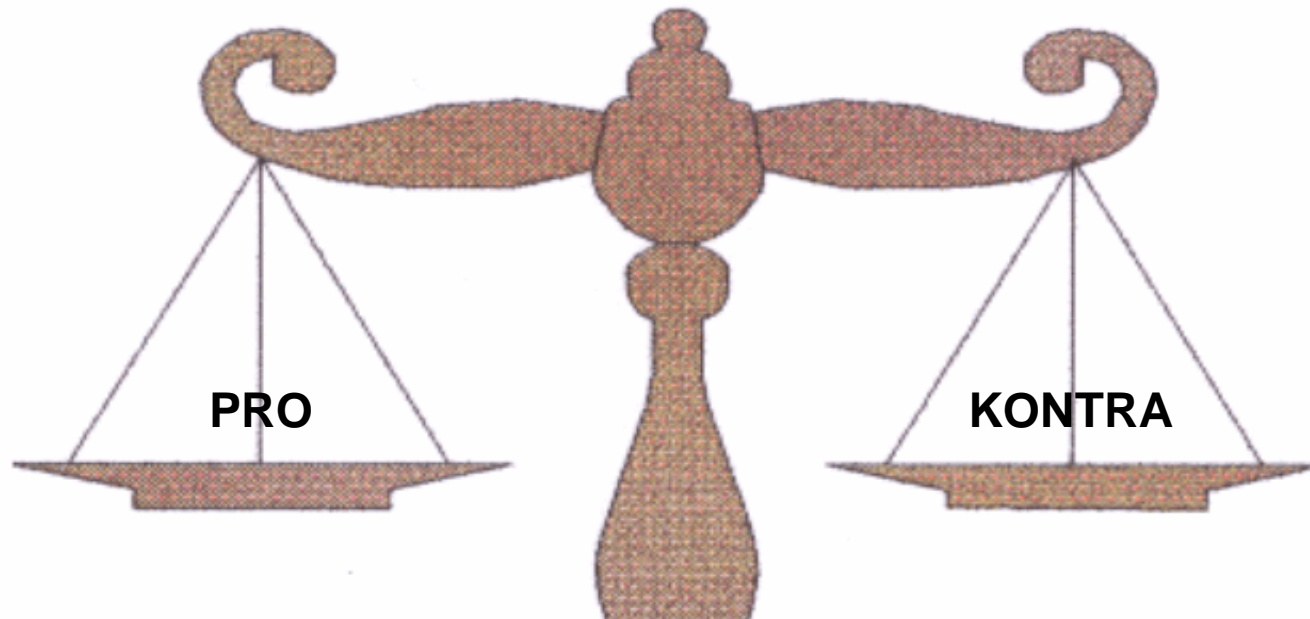
Aufgrund des Vergleichs mit anderen psychoreaktiven Störungen erscheint bei **Anpassungsstörungen**

- ein erheblich verzögert einsetzender Beginn und/oder
- eine mehr als 2 Jahre anhaltende bzw. sogar zunehmende Beschwerdesymptomatik

im Allgemeinen als Unfallfolge wenig plausibel, es sei denn, **anhaltende unfallbedingte Stressoren** (z.B. körperliche Schäden) vermögen den abweichenden Verlauf zu erklären

4. Schritt

Zusammenhangsbeurteilung



Objektiver Schweregrad (A1-Kriterium)
Subjektiver Schweregrad (A2-Kriterium)
Symptomatik (B/C-Kriterium der PTSD)
Mittelbare Unfallfolgen (z.B. körperliche Traumafolgen)
Konkurrierende Faktoren
Verlauf und Dynamik der Symptomatik
Konsistenz des Beschwerdebildes

5. Schritt

Bewertung der Traumafolgen

<i>Foerster et al., Med Sach 2007; 103: 52-56</i>	MdE
Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	
Unvollständig ausgeprägtes Störungsbild	bis 20 v.H.
Üblicherweise zu beobachtendes Störungsbild, geprägt durch starke emotional und durch Ängste bestimmte Verhaltensweisen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit und gleichzeitig größeren sozial-kommunikativen Beeinträchtigungen	bis 30 v.H.
Schwerer Fall, gekennzeichnet durch massive Schlafstörungen mit Alpträumen, häufigen Erinnerungseinbrüchen, Angstzuständen, die auch tagsüber auftreten können, und ausgeprägtes Vermeidungsverhalten	bis 50 v.H.
Anpassungsstörung (F43.2)	
Stärkergradige sozial-kommunikative Beeinträchtigung, zusätzlich zur psychisch-emotionalen Störung wie Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität und Rückzug	bis 20 v.H.
Stark ausgeprägtes Störungsbild	bis 30 v.H.
Somatoforme Schmerzstörung (F45.4)	
Leichte bis mittelgradige Ausprägung mit körperlich-funktionelle Einschränkung	bis 20 v.H.
Stärkergradige körperlich-funktionelle Einschränkung mit erheblicher psychisch-emotionaler Beeinträchtigung	bis 30 v.H.

5. Schritt

Bewertung der Traumafolgen

	MdE (GUV)	GdB/ MdE	Invali- dität
Leichtere Störungen (z.B. psychovegetatives Syndrom)	0-10	0-20	
Stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen)	20-40	30-40	?
<i>Schwere Störungen (z.B. schwere Zwangskrankheit)</i>			
- mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten	50-70	50-70	
- mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten	80-100	80-100	

nach Schoenberger et al. 2003