

2. Jahrestagung der GMTTB, 20./21.4.2012, Konstanz

**"Nervenärztliche Trends in Diagnostik,
Therapie und Begutachtung von
Beschleunigungstraumen der HWS aus
österreichischer Sicht"**

Prim.Univ.Prof.Dr. Walter Oder

Rehabilitationszentrum Wien-Meidling

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt





Zur Person



- Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
- Neurorehabilitation im AUVA-Rehabilitationszentrum Wien-Meidling
- Schwerpunkt: SHT > andere Neurotraumen
- Stationäre Begutachtungen
- Konsiliartätigkeit im benachbarten Unfall-Krankenhaus, dem größten Wiens
- Gerichtlichtlich zertifizierter SV: ZRS

Titze/Oder (Hrsg)

Das Gutachten in der gesetzlichen Unfallversicherung

Zum Inhalt:

Für die Beurteilung von Unfallfolgen im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung sind schlüssige, den geltenden wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende fachärztliche Gutachten unerlässliche Voraussetzung.

Dieses Buch legt moderne Standards in der Begutachtung für die gesetzliche Unfallversicherung in Österreich fest. Es stellt so medizinischen Sachverständigen ein Gerüst von MdE-Werten zur Verfügung, das als Unterstützung und zur Orientierung für die verantwortungsvolle Aufgabe der Gutachtenserstellung dienen kann.

In einem unfallchirurgisch-orthopädischen Teil und einem neurologisch-testpsychologischen Teil werden alle wichtigen Unfallfolgen erklärt und mit entsprechenden MdE-Werten versehen.

Die Herausgeber:

Dr. **Walter Titze** ist gerichtlich beideter und zertifizierter Sachverständiger für Unfallchirurgie und seit 1991 leitender Arzt der Chefärztlichen Station der AUVA/Landesstelle Salzburg.

Univ.-Prof. Dr. **Walter Oder** ist allgemein beideter und zertifizierter Gutachter am LG für ZRS Wien, seit 1995 Primarius des Rehabilitationszentrums Wien-Meidling der AUVA und derzeit Präsident der Gesellschaft der Gutachterärzte Österreichs.



ISBN 978-3-214-00722-5



MANZ

MANZ

Titze/Oder
(Hrsg)

Titze/Oder (Hrsg)

Das Gutachten in der
gesetzlichen Unfallversicherung

Das Gutachten in der gesetzlichen Unfallversicherung

Leitlinie - Beschleunigungstrauma der HWS - der DGN, ÖGN und SNG

AWMF online-Leitlinien-Register Nr. 030/095, Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie;
4. Auflage 2011, ISBN 3131324120

Expertengruppe

Tegenthoff, Martin; Ruhr-Universität Bochum, Neurologie

Badke, Andreas; Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Tübingen, Chirurgie

Grifka, J.; Universitätsklinik Regensburg, Orthopädie

Keidel, Matthias; Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Neurologie

Köllner, Volker; Universitätskliniken des Saarlandes, Psychosomatik

Lang, Christoph; Universitätsklinik Erlangen, Neurologie

Mokrusch, Thomas; Hedon-Klinik Lingen, Neurologie

Oder, Walter.; Rehabilitationszentrum Wien-Meidling, Neurotraumatologie

Stöckli, H.; Facharzt FMH, Neurologie

Westhofen, M.; Uniklinikum Aachen, Klinik für HNO, Plastische Kopf- und Halschirurgie

Federführend: apl. Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. C. J. G. Lang

Forensisch / epidemiologische Aspekte

- Es fließen in die Behandlung und Beurteilung nahezu regelmäßig auch **versicherungstechnische, juristische und psychische Momente** ein.
- Erhebliche **nationale Unterschiede** weisen auf die Bedeutung gesetzlicher Regelungen, kultureller Besonderheiten / Voreinstellungen bzw. Erwartungshaltungen hin.

Nationale Besonderheiten

Trends in Österreich:

- Unfallanalytisches Gutachten:
Harmlosigkeitsgrenze ?
- Polemiken gegen KfZ-Sachverständige
- Ligamenta alaria
- Klassifikation: Erdmann vs. QTF
- Zunahme psychoreaktiver Störbilder

Stellenwert des unfallanalytischen Gutachtens

(Ludolph, 2010)

- Medizinischer SV sichert (objektiviert) die Verletzung
- Kfz-technischer SV sichert die **Gefährdung**
Bedeutung des Kfz-technischen GA resultiert aus der statistischen Abhängigkeit zwischen Gefährdung und Verletzung:
Verletzungsrisiko = proportional zur Gefährdung
- Unfallanalytisches Gutachten kann Beweis einer stattgehabten Verletzung erleichtern,
- kann eine Verletzung **weder beweisen noch ausschließen!**
- Das medizinische und das unfallanalytische Gutachten sind unterschiedliche Hilfestellungen zur Überzeugungsbildung des Auftraggebers

Gibt es eine untere *unfalltechnisch*
messbare Harmlosigkeitsgrenze ?

Technischer SV: **Vulnerabilitätsschwelle**

- Bei kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderungen **Delta-V von kleiner als 11 km/h**
 - bei jüngeren, gesunden, durchschnittlichen,
 - normal gebauten Menschen (Männer ?)
 - ohne Vorschädigung der HWS
- "erfahrungsgemäß, in der Regel" eine **Verletzung aus biomechanischer Sicht nicht erklärbar.**

Kritik an der Harmlosigkeitsgrenze für HWS-Verletzungen in Österreich

- Ermittelt wurde diese mittels Schlittenversuchen bei freiwilligen Versuchspersonen – „*fragwürdige Selektion*“
- Nur anwendbar, wenn reine *Heckkollision* vorliegt (Stossrichtung muss klar vektoriell definierbar sein)
- Zunächst *Delta-V* 15 km/h, später auf *Delta-V* 11 herabgesetzt
- *Volvo-Versuchsreihe*: bei *Delta V* 3-7 Verletzungsrisiko ca. 15%

Laubichler, Jatro Neurologie und Psychiatrie 8: 36-40, 2011:

- *Fallenberg B, Castro WHM: Aussagekraft der verkehrstechnischen Analysen bei der Ermittlung der kollisionsbedingten Geschwindigkeiten bei PKW-PKW-Kollisionen. Verkehrsunfall und Fahrzeugtechnik* 2001; 12: 353-377

- *Burg H: Genauigkeit von Kollisionsberechnungen am Beispiel von Unfällen an Kreuzungen. SV* 2006; 2: 77-82

- *Wiesmans J: Peobil Seminar: whiplash injuries, biomechanics, low speed accidents and prevention research. Delft, The Netherlands: November 1st, 2002*

Harmlosigkeitsgrenze: Polemiken gegen Zivilgerichte

- In Österreich: Einzelne Zivilrichter sollen aufgrund eines verkehrstechnischen Gutachtens mit dem Ergebnis:
„*Fahrzellenbeschleunigung unter der Harmlosigkeitsgrenze*“, Klagen ohne zusätzliches medizinisches Gutachten abweisen.
- Bundesgerichtshof in Karlsruhe vom 18.1.2003 (VT ZR 139/02): Harmlosigkeitsgrenze sei nicht geeignet, die „*tatrichterliche Überzeugung ... von einer Ursächlichkeit für eine HWS-Verletzung auszuschließen*“.

Polemiken gegen Kfz-SV

- Verkehrstechniker sollen Delta-V in der Praxis nicht immer zuverlässig rekonstruieren können:
- untersuchen die Fahrzeuge oft nicht selbst, Fotos unzureichend
- aufgrund der Aktenlage, der angegebenen Fahrgeschwindigkeiten und der Schwere des Fahrzeugschadens an den beteiligten Autos.
- Ca. 51 % aller in Österr. üblichen Fahrzeugtypen für Menschen ab einer **Körpergröße von über 180 cm** „ungeeignet“:
gefährlicher Scheitel-Dachabstand 3 cm → Stauchungsverletzung
- Gut eingestellte **Kopfstütze**: Voraussetzung für die Gültigkeit der "Harmlosigkeitsgrenze" (nur in 25% nach ÄVKÖ- Studie)

Ausnahmen, die eine HWS-D begünstigen und auch unter der „Wahrscheinlichkeitsgrenze“ von 11 km/h ermöglichen sollen

- ***Out of position***: Körperhaltung während des Crash
- ***Frauen***, Ältere, Körpergröße
- ***Gesundheits- und Trainingszustand***
- Technische Details: ***Kopfstützeinstellung***
- Physikalische Details: Bremsung, ***Anstoßwinkel***
- ***Psychische Resonanz, (un)-erwartetes Trauma***

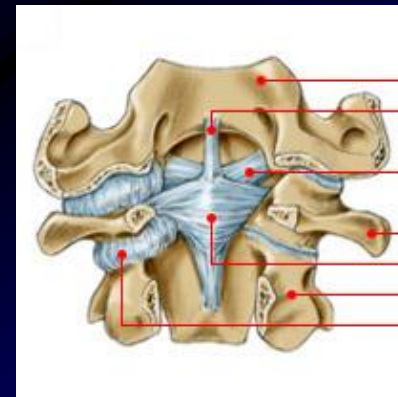
Flügelbänder = Kopfgelenksbänder = Ligamenta alaria

Länge 0.97 +/- 0.15 cm

Breite 0.7 +/- 0.14 cm

Dicke 0.2 - 0.3 cm

10% dehnbar



- Hochfeld – Kernspintomographie, 3 Tesla
- Große physiologische Normvarianten:
- Asymmetrie und interindividuelle Variabilität in der beschwerdefreien Normalbevölkerung

LL: Zur Pathophysiologie und Biomechanik nach HWS-BV

Bedeutung der Ligg. alaria

- Verletzung der Ligg. alaria nach neueren Erkenntnissen in der Vergangenheit **überbewertet**.
- Es weisen häufig auch **asymptomatische Individuen strukturelle Veränderungen der Ligg. alaria** auf, so dass ihre klinische Bedeutung für die Entstehungsursache von Nackenschmerzen nach HWS-BV, nach dem heutigen Erkenntnisstand infrage gestellt werden muss.
- Demnach stellen **seitendifferente Darstellungen der Flügelbänder mit Strukturunregelmäßigkeiten** im MRT **Zufallsbefunde** dar und lassen nicht auf vorangegangene Verletzungen schließen.
- Hartwig, E., A. Kettler, M. Schultheiss, L. Kinzl, L. Claes, H. J. Wilke (2004): In vitro low-speed side collisions cause injury to the lower cervical spine but do not damage alar ligaments. Eur. Spine J. 13, 590–597.
- Pfirrmann CWA, Binkert CA, Zanetti M, Boos N, Hodler J. MR Morphology of Alar Ligaments and Occipitoatlantoaxial Joints: Study in 50 Asymptomatic Subjects. Radiology 2001; 218: 133-137

Klassifikationen der HWS-Beschleunigungsverletzung

- Erdmann (1973)
- Quebec Task Force (QTF, 1995)
- modifiz. Erdmann nach Keidel (1998)
- Enzensberger Konsenspapier

(Moorahrend, 1993)

Schweregrad	0	I	II	III	IV
Klinisches Erscheinungsbild	keine HWS-Beschwerden; keine objektivierbaren Ausfälle	nur HWS-Beschwerden in Form von Schmerzen, Steifigkeitsgefühl, Überempfindlichkeit, keine objektivierbaren Ausfälle	HWS-Beschwerden wie unter I und muskuloskeletale Befunde (Bewegungseinschränkung, palpatorische Überempfindlichkeit)	HWS-Beschwerden wie unter I und neurologische Befunde (abgeschwächte oder aufgehobene Muskeleigenreflexe, Paresen, sensible Defizite)	HWS-Beschwerden wie unter I und HWS-Fraktur oder -dislokation

Erdmann vs. Quebec Task Force

- International: Einteilung der **Quebec Task Force**
- In der Diagnostik und Begutachtung in **Österreich** seit Jahrzehnten die **Erdmann**-Einteilung **allg. gebräuchlich**, obwohl sie gewisse Mängel aufweist.
- Sie hat sich eingebürgert und ist auch **Juristen**, **Schadenreferenten**, **Versicherungen** ein Begriff.
- Letztlich besteht aber kein gravierender Unterschied zwischen den Unterteilungen.

Vergleich: Erdmann - QTF

- Die beiden Tabellen entsprechen sich nicht exakt
- Näherungsweise gilt:

Erdmann 0 = QTF 0,
 Erdmann I = QTF I / II,
 Erdmann II = QTF II > III,
 Erdmann III = QTF III / IV,

Schweregrad	0	I	II	III	IV
Klinisches Erscheinungsbild	keine HWS-Beschwerden; keine objektivierbaren Ausfälle	nur HWS-Beschwerden in Form von Schmerzen, Steifigkeitsgefühl, Überempfindlichkeit, keine objektivierbaren Ausfälle	HWS-Beschwerden wie unter I und muskuloskeletale Befunde (Bewegungseinschränkung, palpatorische Überempfindlichkeit)	HWS-Beschwerden wie unter I und neurologische Befunde (abgeschwächte oder aufgehobene Muskeleigenreflexe, Paresen, sensible Defizite)	HWS-Beschwerden wie unter I und HWS-Fraktur oder -dislokation

Problematik aller Einteilungen

insbes. des Schweregrades I / II nach Erdmann

Überwiegend subjektive Beschwerden / Angaben:

- **Dauer des beschwerdefreien Intervalls** bzw.
- vom Verletzten mitbeeinflussbare Parameter:
- z.B. **Krankenstandsdauer** fließen in die Bewertung ein.

→ Der gut informierte (eingesehene und gut beratene) Verletzte kann den Schweregrad der Verletzung bei diesen Einteilungskriterien beeinflussen.

Verletzbare Strukturen

Neuropsychiatrisches Fachgebiet

- Knochen
 - Wirbelkörper: Stauchung, Verrenkung
 - Dens
 - Wirbelbögen
 - Dornfortsätze
- Gelenke
 - Kapseln, Bänder
- Bandscheiben
- **Rückenmark: Prellung, Kompression**
- **Nervenwurzeln: sensibel, motorisch**
- Muskel: Zerrung, Einblutung
- Gefäße: **Dissektion**
- Weichteilverletzungen (Kehlkopf etc.)

- **Psyche**

Nervale Läsionen nach HWS-D

- Bei leichteren Verletzungsgraden ist mit Läsion nervaler Strukturen nicht zu rechnen.
- Eine Begutachtung erfolgt daher in vielen Fällen auch **ohne neurologische Beteiligung in Österreich.**
- Bei höheren Verletzungsgraden Nervenschäden an peripheren Strukturen (Nervenwurzeln, Spinalganglien, periphere Nerven einschließlich der Plexus), Rückenmark, an autonomen Nervengeflechten
- - selten - am Gehirn entstehen: *Dissektion*

Psychoreaktive Störungen nach HWS-D

- Da HWS-D fast immer **ohne Amnesie** erlebt werden, kommt einem **erlebnisreaktiven bzw. vorstellungsbedingten oder psychovegetativen Moment** große Bedeutung zu:
- Durch einen **fiktiven Heckaufprall** konnte gezeigt werden, dass **20%** aller Involvierten **passagere Symptome** beklagten, obwohl **keine relevante biomechanische Verletzung** vorlag.

(Castro et al. 2001).

Empfehlung in der LL 2011: Neuro - *Psychiatrisches* Fachgebiet

- „... wichtig ist eine gründliche körperliche Untersuchung unter **Berücksichtigung psychischer Aspekte** des Verletzungserlebens.
- Ein traumatisches Erleben des Unfalls bzw. eine **akute Belastungsreaktion** nach dem Unfall, sowie
- **psychische Störungen in der Vorgeschichte** erhöhen das Risiko anhaltender Beschwerden + sollten erfasst werden.
- Bei drohender Chronifizierung soll eine **psychische Komorbidität** abgeklärt und ggf. behandelt werden“.

Vorbestehende „psychische Vulnerabilität“

- Prätraumatische Existenz von Angst / Depression erhöht die Wahrscheinlichkeit
- posttraumatischer Beschwerdeangaben und
- von Entschädigungszahlungen.

Mykletun A, Glozier N, Wenzel HG, Overland S, Harvey SB, Wessely S, Hotopf M. *Reverse causality in the association between whiplash and symptoms of anxiety and depression. The HUNT study.* Spine 2011; 36; 1380-6

Beschwerdeverlängernd bei HWS-D

- Depression,
chronische Schmerzsyndrome
Somatisierungsstörungen in der **Vorgeschichte**,
 - Ängste oder stressbezogene Symptome,
 - Arbeitsplatz- und/oder familiäre Konfliktsituationen
- sind als diesbezüglich **negative Prognosefaktoren** anzusehen.

*Suissa et al. 2001; Scholten-Peeters et al. 2003; Keidel 2006;
Carroll et al. 2008; McLean et al., 2006*

Psychotrauma nach HWS-D

- Begriff der „psychisch-seelischen Traumatisierung“ hat in Österreich in den letzten Jahren einen **hohen allgemeinen Bekanntheitsgrad** erreicht.
- Möglicherweise aufgrund der diesbezüglichen Sensibilisierung der Menschen wird von Betroffenen **auch nach geringfügigen körperlichen Verletzungen** über eine **psychische Traumatisierung** geklagt.
- Die „geforderten“ Diagnosen psychoreaktiver Syndrome werden im Rahmen von Attesten von traumatologisch unerfahrenen **Psychologen/Psychiatern** bestätigt.

Psychotrauma - Eine Sichtweise

- Es kommt in Österreich zu einem inflationären Einsatz von „**Modediagnosen - Posttraumatische Belastungsstörung**“
- Diese Mode-Diagnosen im **Internet** mit detaillierter Angabe der hierfür notwendigen Symptome für jedermann abrufbar.
- Diese entsprechenden, über das Internet beschafften Diagnose-Kriterien werden dann in der gutachterlichen Exploration mitunter von den Probanden 1:1 angegeben.
- Leider werden solche **Angaben** - bei welchen mitunter der Wunsch nach finanzieller Entschädigung für erlittene Unbilden im Mittelpunkt des Erlebens steht - **gutachterlich** nur allzu oft ebenfalls **1:1 übernommen**. (Wurzer, 2011)

Die andere Sichtweise Traumatische Neurose

**Problematik der gerechten Beurteilung psychischer
Folgen (körperlicher ?) Verletzungen**

**Plausible Kausalitätsüberlegungen komplexer
intrapsychischer Vorgänge?**

**Lassen sich die Folgen eines Traumas objektiv,
etwa anhand somatisch verifizierbarer Befunde feststellen?**

**Ist die distanzierte Haltung des SV geeignet,
komplexe innerseelische Prozesse einführend wahrzunehmen?**

Hirschmüller (Der Med. SV 99, 137-140, 2003)

„Spezifische“ seelische Unfallfolgen?

- **Akute Belastungsreaktion** (ICD 10, F43.0)
folgt unmittelbar auf das Ereignis;
Dauer: Stunden bis wenige Tage (maximal 28 Tage)
- **Posttraumatische Belastungsstörung**
(ICD10, F43.1; DSM IV 309.8)
- **Anpassungsstörung** (Reaktion auf ein minderschweres, das Leben veränderndes Ereignis ICD10 F43.2, DSM IV 309.0ff)
- **Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung oder seelischer Erkrankung**
(ICD10 F62.0)

Akute Belastungsreaktion

ICD-10: F43.0

- Passagere Störung bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen
- als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung.
- Setzt direkt nach dem Unfall ein,
- tritt mit vegetativen Zeichen auf,
- Bewußtseinseingengung, Angst, Verstimmung, Überaktivität, Rückzug.
- Rückbildung innerhalb von wenigen Stunden -Tagen.

Posttraumatische Belastungsstörung

ICD-10 F43.1

- Hauptkriterium:
Erfahrung einer *Leib und Leben existentiell bedrohenden Unfallsituation*
 - Heckkollisionen mit HWS-D fallen üblicherweise nicht darunter
 - Ausnahmen:
 - Massenkarambolagen auf Autobahnen mit brennenden Kfz;
 - Auffahrunfälle in Tunnels oder mit Beteiligung von Lastwagen
 - Erleben des gewaltsamen Todes anderer
 - Eingeklemmt-Sein im Pkw
- massive Gefühle von Todesangst, Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein

Anpassungsstörungen

ICD-10 F43.2 - „Reaktive Depression“

- Klinisch signifikante **Affekt- /Verhaltensstörung**
- Reaktion auf einen oder mehrere **Stressoren**:
Identifizierbare psychosoziale Belastungen von einem nicht außergewöhnlichen oder katastrophalen Ausmaß
- häufig bei **chronifizierten** medizinischen Zuständen
- **spezifiziert nach vorherrschenden psych. Symptomen**
Depressio, Angstsymptome, oder gemischt

Anpassungsstörungen...

- **Übergangskategorie** zwischen Zuständen,
- die noch unter die normalen, angepassten und adäquaten Verarbeitungsmuster fallen, und solchen,
- die schweren psychiatrischen Störungen entsprechen.
- Dauer: bis zu 6 Monaten
- **Ausnahme: längere depresssive Reaktion** (bis 2 Jahre)
- **Cave: *Disposition, phänomenologisch unspezifisch***

Anpassungsstörungen

Kritische Aspekte

- Schwere des auslösenden **Stressors** nicht klar definiert
- „**Vulnerabilität**“ nicht klar definiert
- Ab wann wird eine psych. Symptomatik zur Störung?
- **Schwelle** zwischen „normaler“ Reaktion und Störung?
- Nur unzureichende Differenzierung zwischen Anpassungsstörung und **depressiver Episode**
- **Diagnosestellung symptomverstärkend** – watchful waiting?
- Therapie: Psycho-, medikamentös, Kombination?

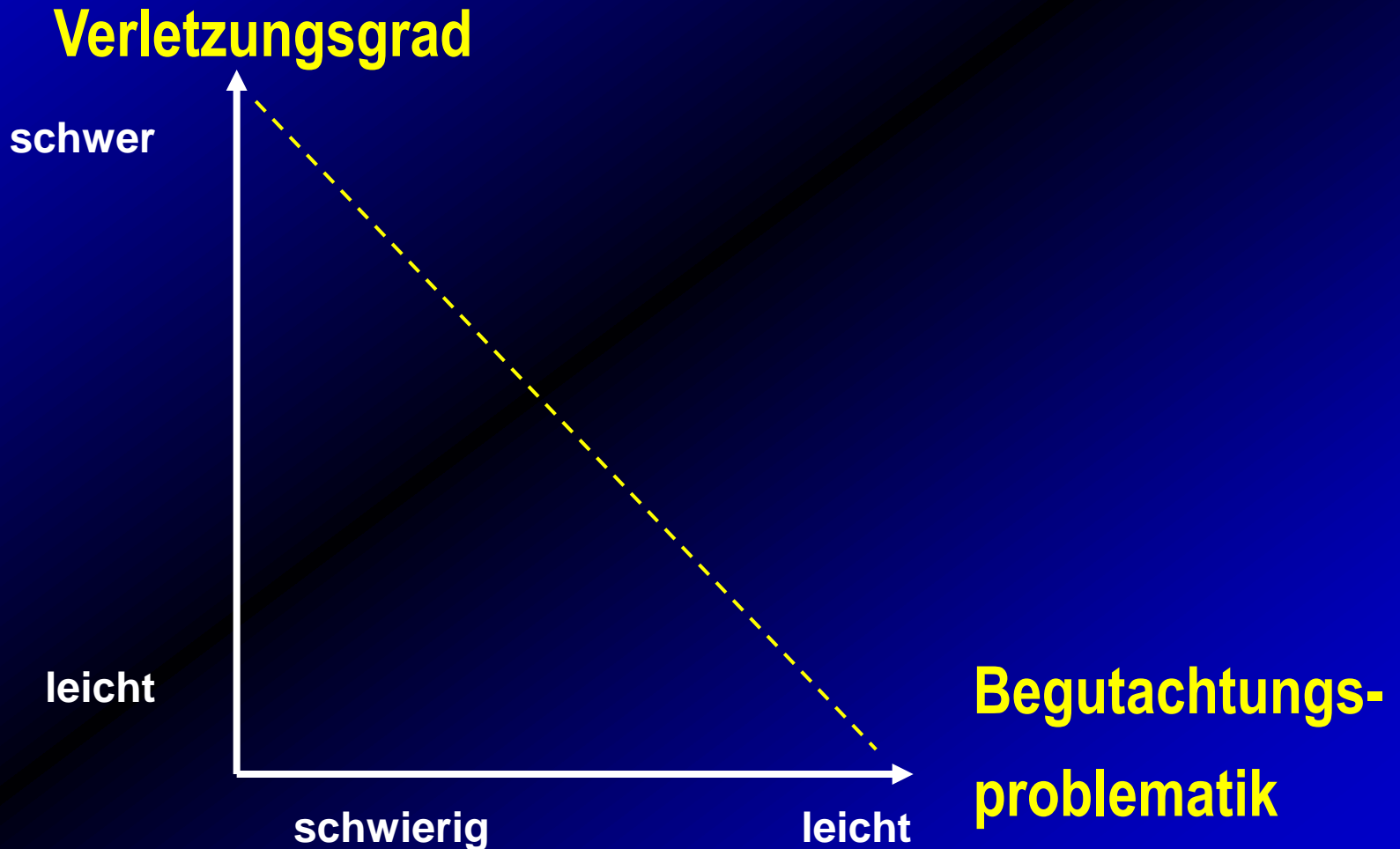
Zetl, 2009

Anpassungsstörungen...

- Entscheidende gutachtliche Frage:
- Wäre die Anpassungsstörung
 - zu diesem *Zeitpunkt*
 - in diesem *Ausmaß*

auch ohne den Unfall und seine somatischen Folgen aufgetreten?

Beschleunigungstraumen der HWS



Schmerzen(s)geld !

Ersatz von Körperverletzungen

Nach § 1325 ABGB sind bei Körperbeschädigung immer zu ersetzen:

- das heißt: ohne Unterschied des Verschuldensgrades und daher schon ab leichter Fahrlässigkeit !
- die **Heilungskosten**
 - reicht von ärztlicher Erstversorgung bis zur Rehabilitation etc
- der **Verdienstentgang**
 - der entgangene + bei Erwerbsunfähigkeit der künftig entgehende Verdienst
- ein angemessenes **Schmerzen(s)geld**
 - = Ersatz des ideellen Schadens

Schmerzensgeld

Soll weder Strafe, Buße noch Sühne sein !

= Entschädigung für **immateriellen Schaden**

= Ausgleich für die durch die Körperverletzung eingetretenen Unlustgefühle

→ **Richter : Feststellung der Höhe auf Vorschlag des SV**

Schmerzperioden - Tagessätze

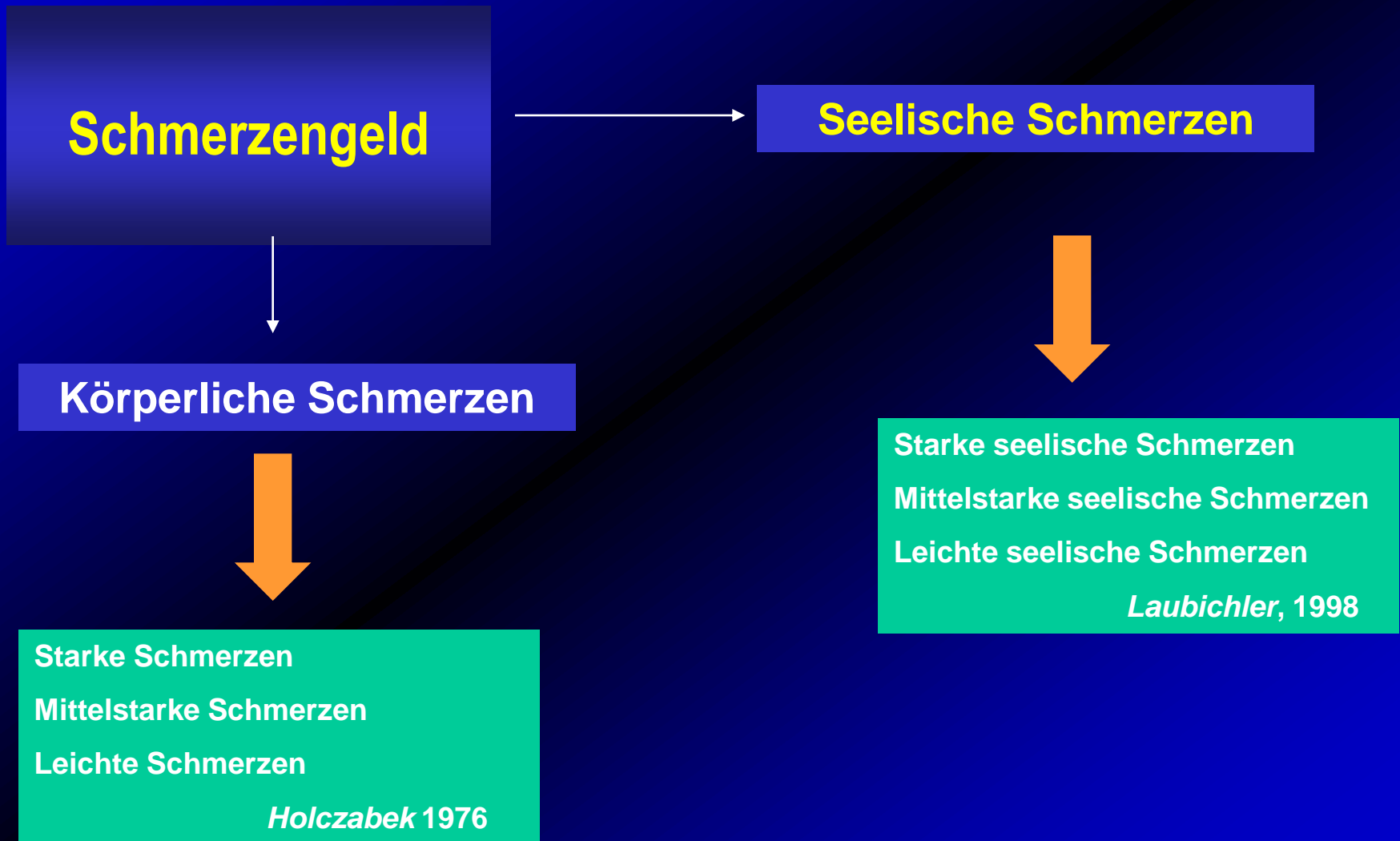
- Für Deutschland haben Schmerztage andere Bedeutung, da in D das Schmerzen(s)geld aus der Länge der Arbeitsbehinderung, Dauerschaden, ... berechnet wird (Schmerzensgeld-Tabellen).
- **In Österreich:**
Schmerzperioden wesentlicher Punkt der Begutachtung

Orientierungshilfe bei der Berechnung der Tagessätze für Schmerzensgeld

- für starke Schmerzen 300,--
- für mittelstarke Schmerzen 200,--
- für leichte Schmerzen 100,-- (jeweils pro Tag)



Das Gutachten vor dem Zivilgericht



Einteilung der Schmerzperioden

(*Holczabek 1976*)

Stark: Schmerz- und Krankheitsgefühl *beherrschen den Verletzten*, trotz Behandlung oder wegen dieser Behandlung *nicht* in der Lage, sich von diesem Zustand zu *abstrahieren*.
Schwerkranke, Ablenkung/Freude \neq möglich.

Mittelstark: wenn Un-/Fähigkeit zur *Abstraktion* einander *die Waage halten*, zur Interessenverwirklichung bereit und fähig.

Leicht: *kann sich zerstreuen/ablenken*, kann einer geeigneten Arbeit nachgehen; nicht frei von Schmerzen/ Unlustgefühlen.
Komprimierung der Schmerzperioden auf einen *approximativ errechneten Zeitraum*

Erdmann I

Schmerzperiodeneinschätzung

(Scherzer 1994)

Starke Schmerzen ev. 1 Tag bis 2 Tage

Mittlere Schmerzen wenige bis 7 (14) Tage

Leichte Schmerzen einige bis 20 (30) Tage

In Klammern:

Werte für ältere und schwächliche Personen

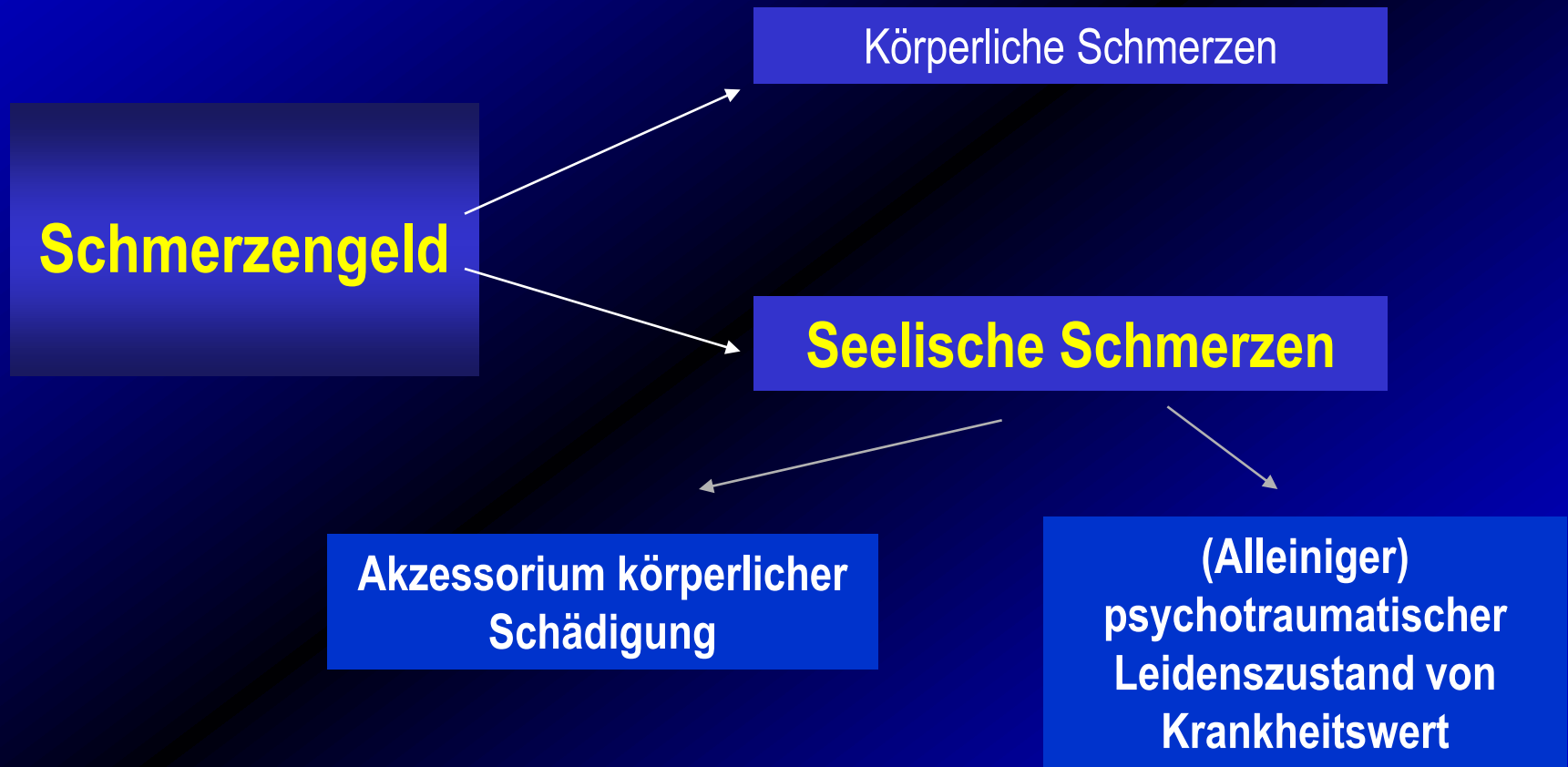
Gutachtliche Einschätzung - **Haftpflicht** -

- ⇒ ERDMANN I voll reversibel
- ⇒ Kein Dauerschaden
- ⇒ Keine Spätfolgen (Komplikationen)
- ⇒ Arbeitsunfähigkeit max. 2 Wochen
(berufsbedingt max. 4 Wochen)
- ⇒ **ev.** Arbeitsminderung 50 % max. 2 Wochen
- ⇒ Arbeitsminderung 25 % max. 4 Wochen
- ⇒ Danach rasch abfallend auf 0 %

Gesetzliche Unfallversicherung- AUVA: Erdmann I oder QTFI-II

- Bei der Einschätzung der **MdE leichter HWS-Zerrungen** ist der Gesetzgeber der AUVA sehr entgegengekommen,
- da eine Unfall-Rentenzahlung erst bei Bestehen einer **MdE von 20% über drei Monate** oder länger erfolgt.
- Diese Schwellenwerte werden bei einer leichten HWS-Zerrung in aller Regel nicht erreicht.

Begutachtung für das Zivilgericht



„Psychische Alteration“

- Richterliche Beurteilung
- „Akzessorium“
 - Reaktion auf eine Körperverletzung
- Seelische Schmerzen

„Psychische Alteration“

- Beurteilung des Einzelfalles
 - Veränderung von:
 - Lebensvollzug
 - Lebensumständen
- Kasuistisch geordneter Katalog (ZVR, 1987)
 - Todesangst, Zukunftssorgen, Sorge um Genesung, seelische Isolierung, u.v.a.m.

Das Gutachten vor dem Zivilgericht

Schmerzensgeld

Körperliche Schmerzen

Seelische Schmerzen

Akzessorium

(Alleiniger)
psychotraumatischer
Leidenszustand von
Krankheitswert

- Seelische Belastung bei längeren Behandlung in einer Intensivstation
- Berechtigte Zukunftssorgen und Existenzängste ... aus der Erwartung, bis ans Lebensende hilflos, auf Dauer auf fremde Hilfe angewiesen
- Bewusst erlebte akute Lebensgefahr
- Ungewissheit des Heilungsverlaufes,
- Ungewissheit einer Komplikations- und Verschlimmerungsgefahr.
- Bewusstsein einer allfälligen Verkürzung der Lebenserwartung
- Seelische Isolierung und Verlust des Selbstbewusstseins durch das niederdrückende Gefühl, ein Krüppel geworden zu sein
- Alle die Lebensfreude berührenden Ausfälle (lieb gewonnene Sport- und Freizeitaktivitäten, Lenken von Fahrzeugen, etc.)
- Beziehungsprobleme durch Beeinträchtigungen im Geschlechtsleben

Ohne / mit
Krankheitswert

Krankheitswertigkeit psychoreaktiver Störbilder

Im Allgemeinen sollten **zumindest zwei der vier folgenden Kriterien** erfüllt sein, um **Krankheitswertigkeit** zuzubilligen, und zwar eine bisherige Inanspruchnahme von

- Medikamenten (Psychopharmaka)
- Gesprächspsychotherapie
- spezifischer Psychotherapie (etwa EMDR)
- stationärer Behandlung.

Das Gutachten vor dem Zivilgericht



Das Gutachten vor dem Zivilgericht

Schmerzensgeld

```
graph TD; A[Schmerzensgeld] --> B[Körperliche Schmerzen]; A --> C[Seelische Schmerzen]; C --> D[Starke seelische Schmerzen]; C --> E[Mittelstarke seelische Schmerzen]; C --> F[Leichte seelische Schmerzen];
```

Körperliche Schmerzen

Seelische Schmerzen

Starke seelische Schmerzen

Mittelstarke seelische Schmerzen

Leichte seelische Schmerzen

Laubichler, 2003

Schweregrad SEELISCHER SCHMERZEN

in Analogie zu körperlichen Schmerzen

(Laubichler 1998)

Starke seelische Schmerzen

Ein Lösen von ihnen nicht ist möglich, sie nehmen den gesamten Bewusstseinsraum ein, keine ersprießliche Tätigkeit möglich

Mittelstarke seelische Schmerzen

Ersprießliche Tätigkeiten sind zwar möglich, jedoch deutlich erschwert

Leichte seelische Schmerzen

Nur geringe Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, können vom Betroffenen ausreichend bewältigt werden

Das Gutachten vor dem Zivilgericht

Schmerzensgeld

Körperliche Schmerzen

Seelische Schmerzen

Schockschaden



Anpassungsstörung

z.B. Kognitive Beeinträchtigungen im Rahmen einer Depression,

generell Aufmerksamkeitsstörungen, Antriebsstörungen, erhöhte Ermüdbarkeit, etc.

Trauerschaden

„Schock- und Trauerschaden“

- Bis 1994 kannte die österr. Rechtsprechung keinen Ersatz für **Fernwirkungsschäden von Dritten**.
- Unter „*Schockschäden*“ versteht die österreichische Judikatur psychische Beeinträchtigungen,
- die ein Dritter **durch das Miterleben, aber auch die Mitteilung eines Unfallgeschehens**
- **mit Tod, Verletzung oder Gefährdung naher Angehöriger erleidet**
 - *psychotraumatischen Leidenzustand von **Krankheitswert**:*
 - *massiven Einwirkungen in die psychische Sphäre im Sinne einer Störung innerer Lebensvorgänge*

„Schock- und Trauerschaden“ → psychotraumatischen Leidenzustand von Krankheitswert

- = eine körperliche Verletzung nach § 1325 ABGB,
- wenn mit **körperlichen Symptomen (Schlafstörungen)** einhergehend, die als **Krankheit** anzusehen sind und
- wenn aus ärztlicher Perspektive die **Behandlung** der psychischen Störung geboten ist.
- Dies wird insbesondere dann angenommen,
- wenn nicht damit gerechnet werden kann, dass die Folgen von selbst abklingen,

„Schock- und Trauerschaden“ → psychotraumatischen Leidenzustand von Krankheitswert

- oder wenn zu befürchten ist,
- dass ohne ärztliche Behandlung eine dauernde gesundheitliche Störung zurückbleibt.
- Psychische Einwirkung, die bloß das *seelische Wohlbefinden beeinträchtigt*, ist keine Gesundheitsschädigung.
- Bloße *Verärgerung / Aufregung* über den eingetretenen Schaden erfüllt nicht die Anspruchsvoraussetzung des § 1325 ABGB.