

# Medizinische Mitteilungen

Frühling 2003



**suva**

Mehr als eine Versicherung

Herausgegeben von den Ärztinnen und Ärzten  
der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt

Redaktion:  
Chefarzt Suva  
6002 Luzern, Postfach  
Telefon 041 419 51 11

**ISSN 1423-3177**

**Bestellnummer: 74-2869.d**

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	<b>3</b>
<b>Versicherungsmedizin im Wandel</b> Christian Ludwig	<b>5</b>
<b>Die Sozialversicherungen unter einem Dach</b> Peter Omlin	<b>8</b>
<b>Migration als eine gesellschaftliche Herausforderung – oder die transkulturelle Kompetenz und neue Bilderbücher im Kopf!</b> Ruth-Gaby Vermot-Mangold	<b>13</b>
<b>Zur Situation des gutachtenden Arztes zwischen Versicherung und Versicherten</b> Ulrike Hofmann-Richter	<b>23</b>
<b>Kafka und die Unfallversicherung</b> Erich Bär	<b>38</b>
<b>Arbeitsmedizinische Vorsorge bei Arbeitnehmern im Neat-Tunnelbau</b> Irène Kunz, Marcel Jost, Hanspeter Rast, Martin Vogel	<b>45</b>
<b>Biologische Arbeitsstofftoleranzwerte (BAT-Werte) – Neuerungen</b> Marcel Jost, Claudia Pletscher	<b>56</b>
<b>Integritätsentschädigung bei Verlust der Geschlechtsorgane oder der Fortpflanzungsfähigkeit</b> Erich Bär	<b>67</b>
<b>Zur natürlichen Kausalität psychischer Unfallfolgen aus psychiatrischer Sicht</b> Ulrike Hoffmann-Richter	<b>70</b>

<b>Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der Akutphase nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma (sog. Schleudertrauma)</b>	<b>94</b>
■ Einleitung	94
Hans Martin Strebel	
■ Empfehlungen einer schweizerischen Arbeitsgruppe	95
Hans Martin Strebel, Thierry Ettlín, Jean Marie Annoni, Miguel Caravatti, Stefan Jan, Carlo Gianella, Matthias Keidel, Urs Saner, Hans Schwarz	
■ Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma	108
Thierry Ettlín, Bruno Soltermann	
■ Kommentar zum Dokumentationsbogen	113
Bruno Soltermann	
<b><a href="http://www.suva.ch/arbeitsmedizin">www.suva.ch/arbeitsmedizin</a></b>	<b>115</b>
Felix Ineichen, Marcel Jost, Laszlo Matéfi, Bruno Müller, Hanspeter Rast, Beat Röllin	
<b>Hautschutz online</b>	<b>117</b>
Hanspeter Rast	
<b>HIV-Postexpositionsprophylaxe? – <a href="http://www.hivpep.ch">www.hivpep.ch</a></b>	<b>119</b>
Marcel Jost, Carlo Colombo, Josef Jost, Lucas Sponagel, Thomas Wägli	
<b>Mutationen</b>	<b>125</b>
<b>Beilagen</b>	<b>127</b>

# Vorwort

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen

In den vorliegenden Medizinischen Mitteilungen orientieren wir sie über die Neuausrichtung des versicherungsmedizinischen Dienstes der Suva. Diese wurde notwendig, um das neue Fallmanagement-Programm der Suva mit medizinischen Beratungsdienstleistungen wirksam unterstützen zu können. Die Fachärztinnen und Fachärzte der Suva werden sich vermehrt an der Koordination der medizinischen Versorgung beteiligen. Wie das Fachgebiet der Versicherungsmedizin sich wandelt, vermögen auch der Beitrag zur Situation und dem Selbstverständnis der Versicherungsärzte sowie der Artikel über Franz Kafka, welcher in einer noch vom Beamtengeist geprägten Unfallversicherungsanstalt beschäftigt war, zu illustrieren.

Versicherungsmediziner haben die Suche nach zweckmässigen Therapiekonzepten für spezifische gesundheitliche Störungen anzuregen und zu unterstützen. Einzelne Suva-Ärzte haben denn auch bei der Entwicklung entsprechender Empfehlungen zur Behandlung von Patienten, welche ein HWS-Schleudertrauma erlitten haben, mitgewirkt. Die aus diesen Arbeiten hervor gegangenen Publikationen drucken wir hier nach.

Ein Viertel aller Verunfallten der Suva sind Migrantinnen oder Migranten. Wir beobachten oft, dass die Rekonvaleszenz bei aus dem Ausland stammenden Personen nicht den gewohnten Verlauf nimmt und die Reintegration in den Arbeitsprozess sich zuweilen sehr schwierig gestaltet: Machen wir bei der Betreuung von Migrantinnen und Migranten etwas falsch? Wir haben uns im vergangenen Jahr im Rahmen eines Workshops intensiv mit dem Themenkreis der ärztlichen Betreuung von Migranten auseinandergesetzt und uns bei dieser Gelegenheit gefragt, ob unsere Betreuungsansätze auch für diese Patientengruppe tauglich seien. Unter Mitwirkung von Frau NR Dr. Ruth-Gabi Vermoth-Mangold, einer Ethnologin und auf dem Gebiet der Migration engagierten Politikerin, sowie weiteren Fachpersonen haben wir versucht zu erkennen, wie wir die anderen Kulturen angehörigen Patienten besser verstehen und und wirksamer betreuen könnten. Wie sie sich nach der Lektüre des in diesem Heft abgedruckten Plädoyers von Frau NR Dr. Ruth-Gabi Vermoth-Mangold vorstellen können, verliefen die Diskussionen unter den beteiligten Suva-Ärzten lebhaft. Wir sind nun daran,

für unsere Ärztinnen und Ärzte spezielle Unterstützungsangebote bereit zu stellen, welche bei der Betreuung von Migrantinnen und Migranten beansprucht werden können. Dazu zählen etwa Dienste von Übersetzern oder so genannten Kulturmediatoren. Diese vermitteln zwischen den verschiedenen Lebenswelten und Lebensformen und tragen dazu bei, dass sich Missverständnisse etwa in Bezug auf das Wesen einer Gesundheitsstörung und deren Behandlung rechtzeitig klären lassen. Auch sind Intervisionsangebote für Suva-Ärzte geschaffen worden, die dazu beitragen sollen, dass deren Erfahrungen in der Betreuung von Migrantinnen und Migranten ausgetauscht und die transkulturelle Kompetenz der Ärzte und deren Professionalität im Umgang mit Migranten gefördert werden.

Sie finden in diesem Medizinischen Mitteilungen des weiteren eine Einführung in das Gesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), welches seit Anfang 2003 in Kraft ist. Auch können wir ihnen eine neue IE-Tabelle präsentieren, welche die Einschätzung des Integritätsschadens bei Verlust der Fortpflanzungstätigkeit ermöglicht.

Ich wünsche Ihnen bei der Lektüre dieser versicherungsmedizinischen, wie auch der weiteren Beiträge aus der Arbeits- und Präventivmedizin sowie der Rehabilitationsmedizin viel Vergnügen.

Dr. med. Ch. A. Ludwig, M. H. A.  
Chefarzt Suva  
christian.ludwig@suva.ch

# Versicherungsmedizin im Wandel

Christian A. Ludwig

Versicherungsmedizinerinnen und -mediziner befassen sich mit den Beziehungen zwischen verunfallten oder erkrankten Menschen, Versicherungsunternehmen und medizinischen Leistungserbringern. In der Suva hat diese ärztliche Mittlerfunktion eine lange Tradition. Dank ihrem medizinischen Dienst, welchem nebst Spezialistinnen und Spezialisten der Unfall- und Rehabilitationsmedizin auch solche der Präventiv- und Arbeitsmedizin angehören, überzeugen die Angebote der Suva seit jeher auch in medizinischer Hinsicht. Um die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Problemen zu verbessern, engagiert sich die Suva verstärkt im Fallmanagement und baut zu diesem Zweck das Programm, «New Case Management» auf. Speziell ausgebildete Fallmanager betreuen solche Patienten umfassend, wobei besonderes Augenmerk auf die psychosozialen Begleitumstände gerichtet werden soll. Ziel ist es, im Interesse einer erfolgreichen Reintegration bedürfnisgerechte Unterstützung zu leisten oder solche zu vermitteln. Die Suva beschreitet mit diesem Programm im schweizerischen Unfallversicherungsbereich neue Wege. Wie man aus Erfahrungen mit Case Management-Programmen im Ausland weiss, ist eine intensive Fallbegleitung durchaus geeignet, die Reintegration wirksam zu unterstützen: Wie sich in wissenschaftlichen Evaluationen von Fallmanagementprogrammen nachweisen liess, können durch eine aktiv gesteuerte Betreuung Probleme rascher erkannt und einer Lösung zugeführt werden, als dies bei einer herkömmlichen Fallabwicklung der Fall ist. Fallmanager sind allerdings, sobald es auch Aufgaben medizinischer Art zu lösen gilt, auf ärztliche Unterstützung angewiesen. Hier setzen die Dienstleistungen der Versicherungsmedizin an. Die Suva-Ärzte wirken bei der Planung, Umsetzung und der Evaluation der medizinischen Betreuung mit und stehen den Beteiligten bei Bedarf beratend bei.

Diese neuartigen Anforderungen bedingen organisatorische Veränderungen in den medizinischen Bereichen der Suva. Im Laufe eines einjährigen Organisationsentwicklungsprojektes wurden die Abteilung Unfallmedizin und der Kreisärztliche Dienst der Suva im Prozess «Versicherungsmedizin» zusammengefasst und neu strukturiert. Dem Agenturärztlichen Dienst gehören die Kreisärzte an. Diese wirken in den Suva-Agenturen als unabhängige Berater der von den Fallmanagern geführten «Case Teams». In diesen Gruppen werden Aufgaben, die während der Betreuung von Patienten anfallen, gemeinsam angegangen. Den Kreisärzten obliegt die versicherungsmedizinische Betreuung, wobei sie eng mit den behan-

delnden Ärztinnen und Ärzten und weiteren Fachpersonen zusammenarbeiten. Sie untersuchen beim Vorliegen besonderer Fragestellungen die an Gesundheitsstörungen leidenden Personen fachärztlich und nehmen versicherungsmedizinische Beurteilungen vor. Dem Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin gehören Fachärztinnen und -ärzte unterschiedlicher Disziplinen an (Chirurgie, Orthopädie, Neurologie, Ophthalmologie etc.). Diese unterstützen die Kreisärzte in fachlicher Hinsicht und betreiben zu Gunsten von Versicherten, Sachbearbeitenden, Medizinalpersonen sowie weiteren Ratsuchenden einen Auskunftsdienst. Auch werden Versicherte untersucht und interdisziplinär beurteilt, bei Bedarf unter Beizug von Arbeitsmedizinern. Was die versicherungspsychiatrische Versorgung anbelangt, so sind Bestrebungen im Gange, diese nicht nur wie bisher im Kompetenzzentrum in Luzern, sondern teilweise auch in einzelnen Agenturen anzubieten. Durch die Präsenz von Psychiaterinnen oder Psychiatern vor Ort will man sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten mit psychischen Problemen rechtzeitig identifiziert und unverzüglich geeigneten Behandlungseinrichtungen zugeführt werden können. Zur Zeit läuft ein entsprechender Pilotversuch in der Agentur Basel, der nähere Aufschlüsse über das Potenzial derartiger Frühinterventionen geben soll.

Die Versicherungsärzte arbeiten sehr eng mit den Rehabilitationskliniken der Suva in Bellikon und in Sion zusammen. Diese sind imstande, Patienten nötigenfalls auch aufwändigeren Abklärungen unter ambulanten oder stationären Bedingungen zu unterziehen und diese zu behandeln. Zu den medizinischen Bereichen gehören des weiteren ein personalärztlicher Dienst, medizinische Laboratorien und eine Röntgenstation. Die medizinischen Dienste werden durch Sekretariate sowie Stabsdienste unterstützt. Die Versicherungsmedizin hat für ihre zentralen Bereiche am Suva-Hauptsitz in Luzern ein modernes Managementsystem eingeführt und dieses gemäss der ISO-Norm 9001:2000 zertifizieren lassen.

Der Aufgabenbereich von Versicherungsmedizinerinnen und -medizinern wandelt und erweitert sich. Waren diese Ärztinnen und Ärzte traditionell eher kontrollierend – beispielsweise in der Leistungsprüfung oder als Begutachtende – tätig, so wird künftig deren prospektiv-beratende Funktion in den Vordergrund treten. Diese Spezialisten müssen zur erfolgreichen Bewältigung der neuen Herausforderungen auch in die Lage versetzt werden, Methoden und Instrumente eines umfassenden, medizinischen Controlling anzuwenden. In diesem Zusammenhang werden sie sich künftig verstärkt mit Fragen des «Disease Management» zu befassen haben. Dies kann etwa heissen, dass sie mit Fachärzten unterschiedlicher Disziplinen und aus unterschiedlichen Institutionen zusammen systematisch Behandlungsergebnisse evaluieren und dabei mithelfen, dass die aus solchen Untersuchungen gewonnenen Erkenntnisse in neue Behandlungsempfehlungen einfliessen. Für derartige Aufgaben sind methodische Kenntnisse auf den Gebieten der Nutzenanalyse oder der klinischen Epidemiologie unerlässlich. Entsprechend wurde das Bildungsprogramm für Suva-Ärztinnen und -Ärzte angepasst und bereits wesentlich erweitert.



An Versicherungsmedizinerinnen und Versicherungsmediziner werden hohe Anforderungen hinsichtlich ihrer Fachkompetenz, ihrer Objektivität und Unparteilichkeit gestellt. Alle diese Ärztinnen und Ärzte bleiben – auch als Angestellte einer Versicherungsgesellschaft – ihren berufsethischen Grundsätzen verpflichtet. Die Mitarbeitenden der Versicherungsmedizin sind sich ihrer Verantwortung gegenüber den unterschiedlichen Kunden und Partnern bewusst und bemüht, durch ihr Wirken zu einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Patientenbetreuung beizutragen.

**Adresse des Autors:**

Suva  
Dr. med. Christian A. Ludwig, M.H.A.  
Facharzt FMH für Innere Medizin  
Chefarzt  
Postfach  
6002 Luzern

# Die Sozialversicherungen unter einem Dach

Peter Omlin

Am 1. Januar 2003 trat das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Kraft. Damit wird die gesetzliche Basis der Sozialversicherungslandschaft neu geordnet. Das neue Leitgesetz definiert Begriffe einheitlich, führt zu einer Vereinheitlichung des Verfahrens und stimmt die Leistungen der Sozialversicherungszweige besser aufeinander ab. Vom ATSG nicht betroffen sind das Medizinal- und Tarifrecht.

Das schweizerische Sozialversicherungssystem ist historisch gewachsen. Mit seinen zehn Versicherungszweigen weist es einen beachtlichen Standard auf. Wegen der Entstehung über Jahrzehnte ist es jedoch sehr komplex und wenig kohärent; jeder Erlass trägt den Stempel seiner Zeit. Die Koordination ist deshalb ungenügend; die unterschiedlichen Regelungen bereiten dem Rechtssuchenden und -anwendenden oftmals grosse Schwierigkeiten. Das Fehlen übergreifender Normen wurde seit Jahren von verschiedenen Seiten kritisiert.

## Ein neues Koordinationsgesetz

Gestützt auf den Entwurf der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungsrecht verlangte Ständerätin Josi Meier 1985 mit einer parlamentarischen Initiative, ein Bundesgesetz über einen Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts zu schaffen. Nach einem rund 15jährigen Gesetzgebungsprozess hat das Parlament am 6. Oktober 2000 das Gesetz verabschiedet; es trat am 1. Januar 2003 in Kraft.

Das ATSG in seiner heutigen Ausgestaltung<sup>1)</sup> bildet einen politischen Kompromiss. Von der Koordination nicht erfasst sind verschiedene Fragen, die politisch umstritten waren. Als einzige Sozialversicherung bleibt die berufliche Vorsorge vom Geltungsbereich des ATSG ausgeschlossen. Ebenso wurden ursprünglich vorgesehene Regelungen im Bereich des Medizinal- und Tarifrechts fallen gelassen. Auch wenn die sehr hochgesteckten Ziele nicht erreicht wurden, bildet das ATSG erstmals eine Klammer zwischen den Sozialversicherungen und kann als Meilenstein in der Entwicklung des Sozialversicherungsrechts betrachtet werden<sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Das ATSG ist wie alle anderen Sozialversicherungsgesetze abrufbar unter [www.admin.ch/ch/d/sr/sr.html](http://www.admin.ch/ch/d/sr/sr.html).

<sup>2)</sup> Ausführlich über die Entstehungsgeschichte, Zielsetzung und Neuerungen vgl. u.a. die Sondernummer der Zeitschrift «Soziale Sicherheit» CHSS 5/2002 ([www.bsv.admin.ch/publikat/chss/d/2002/chss0205i.htm](http://www.bsv.admin.ch/publikat/chss/d/2002/chss0205i.htm)).

## Die Ziele des ATSG

Zweck des ATSG ist es, das Sozialversicherungsrecht zu koordinieren<sup>3)</sup>. Dieses Ziel soll erreicht werden, indem

- Grundsätze und Begriffe einheitlich definiert werden;
- die Verfahrensbestimmungen vereinheitlicht werden;
- die Leistungen aufeinander abgestimmt werden;
- der Rückgriff auf Dritte geordnet wird.

Entsprechend ist das 84 Artikel umfassende neue Regelwerk aufgebaut und gegliedert. Das ATSG konzentriert sich also auf eine Harmonisierung des Verfahrens. Eine materielle Koordination erfolgt nur ansatzweise. Es hat also für den Versicherten kaum Änderungen im Bezug auf Leistungsansprüche und Beitragspflichten.

## Verhältnis ATSG – Einzelgesetze

Das ATSG ist ein Modell, ein Baukasten. Den einzelnen Sozialversicherungsgesetzen bleibt es überlassen zu bestimmen, ob und in welchem Umfang das ATSG anwendbar ist. So hält beispielsweise das Unfallversicherungsgesetz (UVG) fest, dass das ATSG auf die Unfallversicherung anwendbar ist, soweit das UVG nicht ausdrücklich Abweichungen vorsieht – z. B. bei den Kürzungen – und schliesst das ATSG aus für die Bereiche Medizinalrecht und Tarifwesen, Registrierung von Unfallversicherern und Verfahren über geldwerte Streitigkeiten zwischen Versicherern<sup>4)</sup>. Dieses sogenannte Verweisungssystem erlaubt es, bereichsspezifische Sonderregelungen für die einzelnen Sozialversicherungszweige zu treffen.

## Einheitliche Begriffe

Das ATSG umschreibt die Begriffe, welche für alle Sozialversicherungszweige von erstrangiger Bedeutung sind. Was unter Krankheit und Unfall, Arbeits- und Erwerbsfähigkeit oder Invalidität zu verstehen ist, findet man nicht mehr wie bisher verstreut und teilweise parallel in den Einzelgesetzen, sondern im ATSG<sup>5)</sup>. Wo bisher keine gesetzlichen Definitionen bestanden – z. B. für Arbeit- und Erwerbsunfähigkeit – übernimmt das ATSG die von der Rechtsprechung und der Praxis entwickelten Umschreibungen. Die Legaldefinitionen entsprechen, von redaktionellen Änderungen abgesehen, dem bisherigen Recht bzw. der bisherigen Rechtsprechung und Praxis. Materiell ergeben sich also keine Änderungen, da es nicht Absicht des Gesetzgebers war, den Inhalt dieser Begriffe neu zu regeln.

<sup>3)</sup> Diese Zielsetzung ist in Art. 1 ATSG ausdrücklich formuliert.

<sup>4)</sup> Art. 1 UVG. Ähnliche Verweisungsbestimmungen finden sich z.B. im AHVG, IVG, KVG und MVG.

<sup>5)</sup> 2. Kapitel, Art. 3 ff. Definiert werden Krankheit, Unfall, Mutterschaft, Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit, Invalidität, Hilflosigkeit, ArbeitnehmerIn, ArbeitgeberIn, Selbständige und Wohnsitz.

## Verfahren

Einen Schwerpunkt des ATSG bilden die Verfahrensbestimmungen<sup>6)</sup>. In den wichtigsten Punkten wird das Verfahren für alle Sozialversicherungsträger vereinheitlicht. Die Bestimmungen lehnen sich an die bestehende gesetzliche Regelung an oder übernehmen die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze. Als wesentlicher Fortschritt sind die einheitlichen Fristen und die Ausdehnung des Einspracheverfahrens auf alle Sozialversicherungszweige hervor zu heben. Als weitere Punkte können die Aufklärungs- und Beratungspflicht, die Schweigepflicht und die unentgeltliche Rechtsverteidigung erwähnt werden.

Geregelt sind auch die Grundzüge beim Einholen von Gutachten<sup>7)</sup>. Will der Versicherungsträger ein Gutachten einholen, so hat er vorher der Partei den Namen des vorgesehenen Gutachters/der Gutachterin bekannt zu geben. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen (z. B. Befangenheit) ablehnen und Gegenvorschläge unterbreiten. Sie kann sich auch zur Fragestellung äussern und Ergänzungsfragen stellen.

## Koordination

Weiter stimmt das ATSG die Sozialversicherungszweige besser aufeinander ab<sup>8)</sup>. Es enthält detaillierte Regelungen zur Leistungskoordination von Heilbehandlung und anderen Sachleistungen wie Hilfsmittel oder Eingliederungsmassnahmen sowie Renten. So wird beispielsweise festgeschrieben, dass die Heilbehandlung von einer einzigen Sozialversicherung zu übernehmen ist. Nach dem Prioritätsprinzip geht die Leistungspflicht der Unfallversicherung bei der Heilbehandlung jener der Krankenversicherung vor. Renten werden von den verschiedenen Sozialversicherungen weiterhin kumulativ gewährt. Erstmals ausdrücklich geregelt ist das Verbot der Überentschädigung.

Bestehen Zweifel, welche Sozialversicherung Leistungen zu erbringen hat, so sieht das Gesetz eine Vorleistungspflicht vor und legt die Reihenfolge fest<sup>9)</sup>. Ist zum Beispiel unklar, ob Unfallfolgen vorliegen, so hat vorerst die Krankenversicherung für die Heilkosten und Taggelder aufzukommen. Der Unfallversicherer ist dann gegebenenfalls rückerstattungspflichtig.

Neben der Koordination der Sozialversicherungszweige regelt das ATSG auch das Verhältnis zwischen den Sozialversicherungen und der Haftpflicht. Es fasst die wesentlichen Regressbestimmungen zusammen und nimmt gewisse Modifikationen und Präzisierungen vor. Die Bestimmungen erlauben es den einzelnen Sozialversicherungen, auf einen haftpflichtigen Dritten Rückgriff zu nehmen.

<sup>6)</sup> 4. Kapitel, Art. 27 ff.

<sup>7)</sup> Art. 44 ATSG.

<sup>8)</sup> 5. Kapitel, Art. 63 ff.: Leistungskoordination und Rückgriff.

<sup>9)</sup> Art. 70 f. ATSG.

## Auswirkungen auf die Unfallversicherung

Im Bereich Unfallversicherung bringt das neue Gesetz keine grundlegenden Änderungen. Es gilt neben dem UVG, das in zahlreichen Punkten angepasst wurde. Für die Unfallversicherung wichtige Begriffe wie Unfall, Arbeitsunfähigkeit und Invalidität erfahren inhaltlich keine Änderung. Was ein Unfall ist, ist neu in Art. 4 ATSG umschrieben. Auch wenn der Text nicht ganz der bisherigen Definition in Art. 9 Abs. 1 UVV, der aufgehoben wurde, entspricht, so wird die Grenze zwischen Unfall- und Krankenversicherung nicht anders gezogen. Der Leistungsumfang und die Prämienpflicht bleiben im Wesentlichen gleich. Das Einspracheverfahren, das auf alle Sozialversicherungszweige ausgedehnt wird, kennt die Unfallversicherung bereits seit 1984. Unberührt bleibt die bisherige Koordination zwischen Renten der Unfallversicherung und der AHV/IV. In Abweichung der Bestimmungen des ATSG bleibt das Komplementärrentensystem bestehen; die Komplementärrente entspricht nach wie vor der Differenz zwischen 90 % des versicherten Verdienstes und der Rente der AHV/IV, höchstens aber dem für die Voll- bzw. die Teilinvalidität vorgesehenen Betrag. In Abweichung zum ATSG, welches Kürzungen praktisch nur noch bei vorsätzlicher Herbeiführung des Versicherungsfalles und bei Verbrechen und Vergehen zulässt<sup>10)</sup>, werden bei Grobfahrlässigkeit die Taggelder der Unfallversicherung während maximal zwei Jahren wie bisher gekürzt. Bei aussergewöhnlichen Gefahren und Wagnissen können zudem weiterhin die Geldleistungen gekürzt oder in Extremfällen sogar sämtliche Leistungen verweigert werden.

In verschiedenen Bereichen findet man jedoch einige Neuerungen. Unter der Voraussetzung, dass die versicherte Person ihrer Mitwirkungspflicht nachgekommen ist, haben die Sozialversicherungen und damit auch die Unfallversicherung nach Ablauf von 24 Monaten nach Entstehung des Anspruches einen Verzugszins zu entrichten. Der Zinssatz beträgt 5 % im Jahr. Neu festgelegt wird die Überentschädigungsgrenze. Neben dem mutmasslich entgangenen Verdienst sind auch unfallbedingte Mehrkosten und allfällige Einkommenseinbussen von Angehörigen zu berücksichtigen, was eine Besserstellung der Versicherten bedeutet. Für den Arbeitgeber wie auch für sein Personal wird auch der Wegfall des Haftungsprivilegs von Bedeutung sein. Während der Arbeitgeber nach bisheriger Rechtsprechung bei einem Berufsunfall seines Arbeitnehmers nur haftete, wenn er den Unfall grobfahrlässig herbeigeführt hatte, fällt mit dem ATSG dieses Haftungsprivileg weg; er wird für jedes Verschulden haftpflichtig. Fortgeführt wird das Regressprivileg; d.h. der Unfallversicherer kann nach wie vor nur bei absichtlicher oder grobfahrlässiger Verursachung des Arbeitsunfalls durch den Arbeitgeber auf diesen zurückgreifen.

<sup>10)</sup> Vgl. Art. 21 ATSG.

Wer zukünftig mit Fragen der Unfallversicherung zu tun hat, wird also zwei Gesetze konsultieren müssen. Je nach Fragestellung findet er eine Antwort im UVG oder ATSG. Wer die Gesetzesmechanik und die kodifizierten Bereiche des Allgemeinen Teils (Begriffe, Verfahren, Koordination) kennt, wird sich leicht(er) zurecht finden.

**Adresse des Autors:**

Suva  
Dr. iur. Peter Omlin  
Rechtsanwalt  
Assistent der Geschäftsleitung  
Postfach  
6002 Luzern

# Migration als eine gesellschaftliche Herausforderung – oder die transkulturelle Kompetenz und neue Bilderbücher im Kopf!

Ruth-Gaby Vermot-Mangold

Ich möchte Sie beglückwünschen zur Idee, dass Sie sich als Ärztinnen und Ärzte während dieser Tagung mit dem vernachlässigten, umstrittenen und auch sehr politischen Thema Migration auseinandersetzen. Die Fragen der Migration und der PatientInnen mit Migrationshintergrund anzugehen und die Diskussion um entsprechende Handlungskonzepte zu führen, gehört eigentlich – davon bin ich überzeugt – zu den alltäglichen Aufgaben aller Ärztinnen und Ärzte. Dies gilt auch für MedizinerInnen wie Sie, die mit spezifischen Versicherungsaufgaben betraut sind.

In allen unseren Berufsbereichen treffen wir auf einheimische und ausländische Menschen mit schwierigen Verhaltensweisen und einem beträchtlichen Aggressionspotential. Sie sind problematisch, jedoch in der Minderzahl. In meinem Referat werde ich mich mit all den vielen anderen befassen, die sich mit unserem Gesundheits-, Versicherungs- und Lebenssystem ernsthaft auseinandersetzen möchten, dabei aber viele Barrieren vorfinden oder sie aus Unwissenheit selber errichten.

Wer sind nun diese Migrantinnen und Migranten? Hier beginnen gleich die Komplikationen, denn unter dem Begriff Migrant vermischt man oft viele Kategorien unterschiedlicher Aufenthaltsberechtigung der anwesenden Ausländerinnen und Ausländern in der Schweiz. Ich spreche hier von Flüchtlingen, Asylsuchenden, sans papiers, vorläufig Aufgenommenen, die nicht zurückgeführt werden können und mit einem besonders prekären Status ausgestattet sind, sowie von Arbeitsmigranten allgemein, die einen Arbeitsvertrag besitzen. Sie gehören aufgrund ihrer Flucht-und/oder Migrationserfahrungen aber auch aufgrund ihrer oft schwierigen Alltagssituation als AusländerInnen zu den besonders verletzlichen und fragilen Bevölkerungsgruppen, die in Bezug auf Krankheit und Gesundheit besondere Aufmerksamkeit benötigen. In Ihrer Praxis beraten Sie sehr viele Menschen mit unterschiedlichsten Migrationserfahrungen. Das Inkrafttreten des Freizügigkeitsabkommens zwischen der EU und der Schweiz wird die Migrationssituation für EU-BürgerInnen erleichtern, für Menschen aus Drittstaaten jedoch erschweren. Wir werden aufgrund dieser verschärften Bestimmungen im neuen Ausländergesetz mehr illegalisierte Personen aus diesen Ländern bei uns vorfinden. Das Völkerrecht, die Bundesverfassung, der europäische Sozialpakt und die europäische Menschenrechtskonvention schreiben jedoch vor, dass auch solche Personen Grundrechte haben und dazu gehört auch die Gesundheitsversorgung.



## **Migration – Geschehnisse ohne Menschenwürde**

Menschen, die bedroht, gefoltert, misshandelt, auf der Flucht sind oder aus wirtschaftlichen Gründen migrieren, brauchen eine robuste physische und psychische Konstitution, wenn sie die Fluchtdramen ohne Schaden überstehen wollen. Viele von ihnen sind mehrfache Opfer. Sie werden von Schleppern betrogen, werden beraubt oder kreuz und quer in Containern und Schiffen versteckt, in Lastwagen zusammengedrängt, durch die halbe Welt geführt. Sie müssen sich von Angehörigen trennen und verlieren oft ihr letztes Hab und Gut – ihre engsten Begleiterinnen sind die Angst, die Resignation oder die Wut. Auch jene, die aus ökonomischen Gründen ohne Arbeitsvertrag – also illegal migrieren, geht es oft nicht besser. Auch sie müssen oft horrenden Preise bezahlen und das Risiko der grünen Grenze und der sofortigen Rückweisung eingehen. Ein Beispiel aus meiner jüngsten Mission in Moldawien hat mir gezeigt, dass Hoffnung auf Arbeit und Verdienst zu dramatischen Geschichten führt. Ein junger Mann, einer von vielen, hat in der Türkei – organisiert durch ein kriminelles Netz von Ärzten und Vermittlern – seine Niere illegal verkauft und einen Teil der 3'000 Dollar, die er für seine Niere erhalten hat, seinen beiden Brüdern gegeben. Diese bezahlten damit Schlepper, die sie nach Deutschland bringen sollten.

## **Toleranz auf dünnem Eis**

Die Toleranz für Asylsuchende und MigrantInnen ist heute in der Schweiz und Europa sehr gering und die Menschen erhalten immer weniger engagierte Unterstützungen, niemand will sie wirklich haben. Sie fallen lästig und gelten europaweit als unbeliebte Schmutzware, die ungerufen kommt und schwierig zu handhaben ist. Für ganz bestimmte eigennützige Zwecke – die Bauern für saisonale Arbeiten, die Spitäler für Putzdienste, die Betriebe für Hilfsarbeiten, die Freier zu ihrem Vergnügen und der Tourismus für seine KundInnen – werden zwar Ausnahmen gemacht, denn niemand will sich billige Arbeitskräfte entgehen lassen. Zudem bindet man auch mit mickrigsten Schwarzarbeitsangeboten zu Tiefstlöhnen, die vielen Tausend sans papiers – und vor allem die Frauen – ein, die aus bekannter Not stets zur Verfügung stehen. Auch wer – es sind 10 Prozent der Asylsuchenden – den Flüchtlingsstatus erhält ist, bekommt damit kaum mehr Wertschätzung oder Unterstützung in der Bevölkerung. Alle werden in den gleichen Topf geworfen, denn die Komplexität der Asyl- und Migrationspolitik ist nur schwer zu vermitteln. Das Misstrauen gegen Fremde kann in der Bevölkerung mit populistischen Schlagwörtern und der ständigen Beschwörungen von Missbräuchen – die es ohne Zweifel leider gibt – geschürt werden. Der knappe Ausgang der Abstimmung zur Asylmissbrauchsinitiative der SVP hat aufgezeigt, wie wenig Spielraum herrscht für eine weitsichtige Gestaltung des Zusammenlebens zwischen SchweizerInnen und AusländerInnen und wie gering die aktive Toleranz ist.



## **Blick auf Lebenssituationen**

Ein grosser Teil der Migrationsbevölkerung lebt unter dem Existenzminimum. Das gilt auch für viele, die zwar Arbeit haben, deren Verdienst jedoch für den Alltag nicht ausreicht. Auch sie gehören zu Ihren KlientInnen. Es gibt zwar auch den anderen Teil, jener, die schon lange in der Schweiz leben und über Arbeit, Wohnung und die Schule der Kinder integriert sind und nur noch bedingt als Fremde gelten. Andere jedoch sind abhängig von der Sozialhilfe, stehen unter Arbeitsverbot und kommen oft mit den gegebenen Bedingungen nicht zurecht. Sie sind unbeschäftigt und dazu verurteilt, den Tag zu vertrödeln, ohne Geld – aber mitten in einer Schweiz voller Konsumverführungen. Auch Sinnlosigkeit macht krank! Andere wiederum sind Analphabeten, stossen gegen unüberwindliche Sprachbarrieren, haben ihre Netze – wenn überhaupt – nur in den eigenen Gruppierungen und leiden unter Entwurzelungs-, Trennungs- und Enttäuschungsgefühlen. Viele haben Angst vor Zukunftslosigkeit, fühlen sich hilflos, sie stehen vor kulturellen Verständigungsproblemen und haben ihre Identität und Lebensstärke auf der Flucht oft längst eingebüsst. Die Hoffnungen auf eine rasche Familienzusammenführung, die auch eine grössere emotionale Sicherheit bieten könnte, wird oft nicht erfüllt. Das neue Ausländergesetz, das im Moment beraten wird, soll hier für einen Teil der Betroffenen hoffentlich menschenwürdigere Regelungen schaffen.

Die Unterbringung der Menschen ist zum Teil zu mindest kritisierbar. Viele Kinder werden – entgegen der Kinderrechtskonvention, die von der Schweiz ratifiziert wurde – oft von den Gemeinden nicht eingeschult. Dies hat eine kürzlich durchgeführte Umfrage ergeben. Wenn zufällig keine eigenen Lehrpersonen in den Durchgangszentren wohnen, gibt es für die Kinder monatelang keinen Unterricht. Jugendliche, die allein reisen, gehören ausserdem zu den besonders problematischen Gruppen. Sie werden meist ungenügend betreut, sind sich selbst überlassen und wohnen statt mit Familien und Gleichaltrigen mit erwachsenen Männern zusammen, die sich aufgrund ihrer eigenen unsicheren Lebenssituation kaum um die Betreuung der Jugendlichen kümmern. Die Möglichkeiten, Kurse zu besuchen, eine Anlehre zu machen oder in einem Betrieb zu arbeiten sind für diese Jugendlichen sehr beschränkt, denn ihnen steht laut Gesetz eine Arbeit oder Beschäftigung nicht zu. Ihre teilweise Integration fällt dem Prinzip der raschen Rückschaffung zum Opfer.

Viele der Jugendlichen sind leicht verführbar und finden sich als Kleindealer im Drogengeschäft wieder. Ihre Existenz spielt sich zwischen Gefängnis und Ausschaffungshaft ab. Die Frage nach der psychischen Gesundheit solcher jugendlicher interessiert kaum. An einem internationalen Hearing des Europarates in Budapest haben Jugendliche mit Flucht- und Migrationserfahrungen erzählt, was sie im Ankunftsland erlebt haben und welche unüberwindliche Grenzen ihnen gesetzt wurden. Eine 17-jährige Afghanin sagte: «Wir sind Flüchtlinge, aber wir sind auch Menschen, und wir sind Jugendliche. Wir möchte einfach jung sein dürfen, neugierig, unternehmungslustig – wir möchten eine Zukunft haben!».

## Neue Normen, andere Werte

Gemeinsam ist vielen Asylsuchenden und MigrantInnen, dass sie – einmal in der Schweiz – sich mit völlig anderen Normen- und Wertsystemen konfrontiert sehen. Diesen gegenüber haben die traditionellen Überlebensstrategien, die auf gesellschaftlicher aufgehobenheit und Kontrolle bestanden, kaum mehr Bestand. Die Konsequenz wird sichtbar bei Jugendlichen, vor allem jugendlichen Frauen, die zwischen zwei Welten switchen – der permissiveren Aussen- und der restriktiveren Innenwelt, die an den herkömmlichen Normen weiterhin festhält. Man nennt dieses energieraubende System fachlich auch «seelisches Grenzgängertum». Wenn keine rechtzeitigen Orientierungshilfen durch Schulen, Behörden oder das Gesundheitswesen angeboten werden, kann dies zu innerfamiliären Eskalationen führen, wie dies in Köniz BE geschah, wo ein türkischer Vater seine Tochter ermordete. Die neuen unbekanntenen Anforderungen traumatisieren oder führen zu Widerstand. Der Mangel an Perspektiven und Sicherheit provoziert Überreaktionen, die in Gewalt, Aggressionen oder Rückzug in die Vereinsamung münden.

Die Situationen werden selbstverständlich nicht von allen in gleicher Weise als schwierig erlebt. Je nach Alter, Herkunft, Selbstbewusstsein und Chance im neuen Land – bewegen sich die verschiedenen Menschen sehr unterschiedlich. Trotzdem entwickeln heute, auch unter dem Druck physisch unauffällig zu sein, viele MigrantInnen die Bereitschaft, ihre Lebensängste und Verunsicherungen mit Krankheit und oft auch mit Drogen – legalen und illegalen – zuzudecken. So wird die Anlaufstelle der Suchthilfeinstitution Contact Netz, Bern, immer häufiger auch von mehrheitlich jugendlichen MigrantInnen aufgesucht. Die Zunahme der heroinkonsumierenden AusländerInnen mit prekärem Status ist beunruhigend. Die Institution hat nun in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit BAG ein spezielles Projekt zu Migration und Sucht konzipiert.

In einer anderen Situation leben jene MigrantInnen, die einen anerkannten Status, Arbeit und die Sicherheit der Niederlassung haben. Sie sind allerdings noch immer MigrantInnen, trotzdem ihre Lebenssituation jener der durchschnittlichen SchweizerInnen ähnlich ist, mit ähnlichen Zufriedenheiten, Anfälligkeiten und Lebensfragen. Aber gerade auch hier entstehen – wenn aufgrund von Krisensituationen die alten Ängste und vermeintlich schützenden Aggressionen wieder aktiviert werden – viele Missverständnisse im Kontakt mit Behörden und ÄrztInnen. Und gerade hier braucht es eine intelligente Form der transkulturellen Auseinandersetzung, will man verhindern, dass in Zusammenhang mit Versicherungsleistungen, neue alte Schäden an die Oberfläche kommen.

## Zugangsbarrieren oder die Flucht in die Krankheit

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Gesundheit als ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont, wie die körperlichen Fähigkeiten. Die WHO sagt, dass die grundlegenden Bedingungen und konstituierenden Momente der Gesundheit ebenso von Frieden, angemessenen Wohnbedingungen, von Bildung, Ernährung, einem stabilen Ökosystem, einer sorgfältigen Verwendung vorhandener Naturressourcen, von sozialer Gerechtigkeit und Chancengleichheit zur Lebensqualität abhängig sind. So sei jede Verbesserung des Gesundheitszustandes zwangsläufig an diese Grundvoraussetzungen geknüpft. Das Fehlen einer oder mehrerer dieser Aspekte, verschlechtere unweigerlich den Gesundheitszustand.

Diese Definition gilt selbstverständlich auch für die Migrationsbevölkerung in der Europa und in der Schweiz. Die Rahmenbedingungen sind jedoch oft derart belastend, dass sie sich auf die Flüchtlinge und MigrantInnen negativ auswirken, «sie leiden unter einem chronischen Mangel wesentlicher Elemente eines gesunden Lebens», sagt die WHO in ihrem alarmierenden Bericht. Sie weist darauf hin, dass Menschen mit Migrationserfahrungen oft nur schwer den Zugang finden zu den Angeboten der bestehenden Gesundheitsversorgung. Was heute an offenen Polikliniken, Informationen in Apotheken und Drogerien, einer grossen Dichte von Kleinspitälern und Arztpraxen, sowie anderen niederschweligen Gesundheitseinrichtungen und Beratungsangeboten bereitsteht, wird von den Menschen mit Migrationshintergrund zu wenig genutzt. Die Zugangsbarrieren sind vielfältig, etwa die Kommunikation, die verstümmelt ist oder gar nicht stattfindet, die Örtlichkeiten («ich kann doch mit meinen schmutzigen Schuhen nicht in das schöne Haus gehen»), das mitgebrachte, tiefe Misstrauen gegenüber öffentlichen Stellen, aber auch die unterschiedlichen kulturell und persönlich bedingten Scham-Konzepte wie jenes der misshandelten Bangladeshi-Frau, die den Rücken voller Narben hatte, diese aber aus Scham und Angst vor möglichen Folgen nicht zeigen wollte. Vielfach verhindert auch der fehlende Einbezug der Migrationsgeschichte oder die mangelnde Zusammenarbeit mit dem familiären Umfeld den Zugang zu den Gesundheits- und Integrationsangeboten. Dies betrifft nicht nur die Neuankommenden, gleiche Informationen haben wir auch von Menschen, die seit längerer Zeit mit gesichertem Aufenthaltsstatus in der Schweiz leben.

Verschiedene Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass neben gezielten Informationen, zusätzliche spezifische Massnahmen notwendig sind, um das Gesundheitswesen auch für die Migrationsbevölkerung zu öffnen. Dazu gehört die aufsuchende Arbeit der Ärztinnen, selbst wenn Hausbesuche unmodern und zeitfressend sind, so sind sie doch aufschluss-, hilfreich und informativ. Die verschiedenen Beratungs- und Behandlungs-, Pflege- und Betreuungsangebote müssen transparent und untereinander vernetzt sein. Man muss unter allen Umständen die Übernahme der Betreuungsverantwortung von Angehörigen – auch wenn sie lästig fällt – respektieren, denn häufig orientieren sie sich an ihrem alten kulturel-

len Auftrag, die Verantwortung für kranke Familienangehörigen unter allen Bedingungen zu übernehmen. Neben muttersprachlichen Angeboten sind auch die Dienstleistungen von Sprach- und KulturmittlerInnen von besonderer Bedeutung. Das vorhandene Informationsmaterial müssten in vielen verschiedenen Sprachen vorliegen, es braucht Vermittlungs- und Informationsveranstaltungen. Ein solcher vernetzter Zugang ist für alle Patientinnen mit Migrationserfahrung aber auch ihre behandelnden ÄrztInnen und das Pflegepersonal wichtig. Besonders traumatisierte MigrantInnen und Flüchtlinge brauchen zudem ausserordentliche Sorgfalt, denn ihre Traumatisierung findet nicht nur im Herkunftsland statt, man weiss heute, dass Traumatas immer wieder neu geschaffen werden, je nach Betreuung, Behandlung oder Lebensbedingungen der Betroffenen.

Ein solch sorgfältig gestalteter Zugang zu den verschiedenen, lebensunterstützenden Institutionen für Menschen mit Migrationshintergrund muss gesellschaftlich leistbar sein. Er spart auf lange Sicht menschliche und materielle Kosten, vermittelt Sicherheit und das Gefühl wirklicher Akzeptanz. Es ist darum auch äusserst ärgerlich, dass die Bundesämter für Flüchtlinge und AusländerInnen aus Angst vor der politischen Rechten in der Schweiz immer strikere Sparvorgaben machen bei der Integration und in der materiellen und Gesundheitsversorgung, selbst im Wissen, dass gesundheitlich unterversorgte Menschen, Menschen ohne Würde und Anerkennung sich schlechter in unsere Gesellschaft zu integrieren vermögen.

## **Transkulturelle Kompetenz**

Die Zugangsbarrieren sind jedoch nicht einfach mit materiellen und psychologischen Erleichterungen abzubauen. Auch wir als SchweizerInnen und sie als Suva-Ärztinnen sind hier gefordert, Wer sich mit MigrantInnen beruflich befasst, braucht zwingend transkulturelle Kompetenz, «die Fähigkeit nämlich, individuelle Lebenswelten von Migrantinnen und Migranten wahrzunehmen, und sie in ihrer besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten». Wer mit MigrantInnen arbeitet, braucht folglich einen guten Teil transkulturellen Intelligenz und Erfindungsgabe, denn jede Beschäftigung mit Asylsuchenden und MigrantInnen bedeutet gleichzeitig Integration in die Gesellschaft, ins Gesundheitswesen, in die Arbeitswelt, in die Familie und in ein eigenes soziales Umfeld. Integrieren darf jedoch nicht heissen, Menschen zu ansprechenden Konsumenten, produktiven Arbeiterinnen, konzilianter VersicherungsnehmerInnen, ruhigen Wohnungsnutzern, dezenter StrassengebraucherInnen oder überzeugten Schweizerkreuzträgern zu «stilen», Integration ist vielmehr gegenseitige Schwerstarbeit mit Erfolgen, Enttäuschungen und Entwicklungen. Integration ist nur erfolgreich, wenn wir gewillt sind, die Regeln des Zusammenlebens immer wieder gemeinsam mit den MigrantInnen auszuhandeln. Schauen wir uns die verschiedenen Elemente der transkulturellen Kompetenz etwas näher an:

## Der Kulturschlüssel

Die berufliche Auseinandersetzung mit Migrantinnen und Migranten ist meist problemlos, bedeutet aber auch mal Verständnis- und Verstehensprobleme. Man scheitert an Sprachirritationen, kann das schmerzverzerrte Gesicht einer Patientin nicht deuten, sieht sich einer Kranken und vielen begleitenden Familienmitgliedern gegenüber, die alle bei der Konsultation anwesend sein wollen, riecht die falschen Gerüche...und...und...und! Man versucht es – hilflos und allein mit dem Wunsch verstehen zu wollen – mit dem Kulturschlüssel. Man hofft, damit mehr zu verstehen und merkt, dass die Herkunft von Menschen aus gleichen Kulturen nicht gleich Gleichsein bedeutet. Im Bemühen gerecht zu sein, eignet man sich zusätzliches Wissen über Kulturen oder eine bestimmte Kultur an und bestätigt es durch Reisen, Gelesenes und Gehörtes. Dann muss man einsehen, dass man unvermeidlich in der Mottenkiste der Typismen landet: Türken sind so, Afrikanerinnen so, Tamilen so und Inderinnen sowieso anders... Man scheitert und nimmt Zuflucht zu den eigenen Bilderbüchern im Kopf, die uns jedoch die Typismen nur bestätigen: Frauen aus dem Irak sind so..., Männer aus dem Süden Italiens so..., Türkinnen so und Albaner eh anders – letztlich helfen auch diese im Laufe des Lebens sorgfältig angesammelten Bilderbücher im Kopf nicht weiter. Im Gegenteil, sie zementieren Vorurteile, denn es sind oft Bilder, die eine Integration, eine gute ärztliche Beratung, eine menschliche Begegnung ausblenden.

Wenn wir uns mit Menschen aus fremden Kontexten befassen, müssen wir uns als erstes unser angelerntes Orientierungsgehege abschminken. Die beiden Ethnologinnen Rätshel und Kalpaka haben vor einigen Jahren in ihrem Buch «Von der Schwierigkeit nicht rassistisch zu sein» geschrieben: Kultur – oder was man für Kultur halte, sei keine Knautschzone, die man beliebig und zum Selbstschutz um sich drapieren könne, Kultur sei auch kein statisches Gebilde, in das die Menschen gesteckt werden und lebenslanglich korsettartig mit sich herumtragen. Kultur sei vielmehr ein Rohstoff, verwert- und verarbeitbar im Laufe des Lebens, der Existenz, der Erfahrungen und der Ereignisse.

MigrantInnen kommen mit ihren vielfältigen kulturellen Rohstoffen hierher. Ihre Rohstoffe und die unseren ergeben bei Begegnungen und Auseinandersetzungen neue Verschlüsselungen, neue Komplikationen aber selbstverständlich auch neue Perspektiven und Bereicherungen. Mit diesem oft langwierigen Prozess müssen wir uns befassen, und dies in einer ÄrztInnen-Welt der Zeitknappheit, der weggesteckten Irritationen, der Arbeitszeitkontrolle, der aufwändigen Qualitätssicherung und der Kurzfutterbeziehungen im menschlichen Kontext!

Das heisst im Klartext, dass wir billige Kulturalisierungen vermeiden, aufmerksam sind und uns auf familien- oder persönlichkeitsbedingte «Überraschungen» einstellen müssen. Es heisst, sich Hintergrundwissen anzueignen, ohne es den betreffenden Menschen als Kulturrüstung überzustülpen. Es braucht auch eine gute Portion von Selbstreflexion der eigenen Rassismen und Fremdenfeindlich-



keiten. Transkulturelle Kompetenz fordert auch immer wieder den Perspektivenwechsel, sich in die Rolle des Fremden versetzen, selbst auf der Flucht sein und sich dem unvertrauten neuen Umfeld misstrauisch zu stellen. Es braucht eine respektvolle Haltung den PatientInnen gegenüber und die Fähigkeiten, Beziehungen mit Menschen anderer Lebenswelten zu entwickeln. Tun wir dies im zeitknappen und belasteten Alltag nicht, provozieren wir gegenseitig Unverständnis, Aggression oder bizarres Verhalten. Dazu das Beispiel eines Mannes, der in einem irrwitzigen Tempo all seine Probleme hinunterleierte. Der behandelnde Arzt wunderte sich über das unbremssbare Tempo, traf den Mann beim Einkauf und stellte fest, dass sein Sprachtempo ganz anders war. In der nächsten Konsultation sprach er den Mann darauf an. Er erhielt zur Antwort, dass man ihm gesagt habe, die Ärzte hätten keine Zeit, und so habe er sich halt dieses Tempo angeeignet. Die beiden einigten sich dann auf eine angenehmere und damit würdigere Kommunikationsform.

### **Der Gesellschafts- und Schichten- und Geschlechterschlüssel**

Es gibt denn auch den Gesellschaftsschlüssel, der hilfreich sein kann für den Erwerb der transkulturellen Kompetenz. Im Zentrum stehen die gesellschaftlichen Bedingungen und die Regeln des Zusammenlebens, in denen wir uns bequem bewegen, dagegen rebellieren oder uns meist unbewusst arrangieren. Regeln sind das Resultat eines langwierigen und nie abgeschlossenen Gestaltungsprozesses. Sie sind in ihrer Vernetztheit und Komplexität Fremden jedoch fremd. Sie lösen bei ihnen Angst, Trotz, Überanpassung oder Verunsicherung aus und führen zu Krisen und Abgründen. Fremde fühlen sich ihrerseits gedrängt an jenen Grundsätzen und Erfahrungen festzuhalten, die im alten, unbedrohten und bekannten Umfeld Sicherheit gegeben haben. Wo man wusste, wie und was einkaufen, wie man Leute begrüßte, wo man verstand, was die Kassensfrau beim Bezahlen verlangte, wo man sich elegant durch den dichten Verkehr schlängeln durfte, wusste wie die Früchte schmeckten und welches Dankesgeschenk der Doktor am liebsten bekam. Viele Menschen, die hierher kommen, glauben, dass sie die alten, kulturellen Werte, mit ihren eigenen Landsleuten, die schon länger migriert sind, noch immer teilen. Die Enttäuschung ist gross, wenn sie entdecken, dass diese die neuen gesellschaftlichen Anforderungen bereits integriert haben und kaum noch als Verbündete mit vergleichbaren Zweifeln in Frage kommen. Dieses Erkenntnis macht dann noch viel heimatloser, vor allem in einer Situation, wo fester Boden unter den Füßen knapp und die Verunsicherung gross ist. Sie führt zu krankmachender Abkapselung und Verschüchterung. Unsere eigenen Regeln sind nicht betoniert, sie müssen in einem vernünftigen Mass hinterfrag- und veränderbar werden, denn nur so können wir für uns mit den andern eine lebbare, lebendige Gesellschaft entwickeln.

Eng verbunden mit dem Gesellschafts- ist auch der Schichtenschlüssel. Die Herkunft, die Geschichte, der gesellschaftliche Status und der Bildungsbackground, den die Eingewanderten auf den neuen Gesellschaftsmarkt tragen, müssen deutlicher wahrgenommen und in den Integrationsprozess einbezogen werden. Hochgebildet heisst nicht automatisch, integrationsbereit oder -fähig, es heisst auch nicht, dass hier grössere Nähe oder Distanz zur eigenen kulturellen Wahrnehmung besteht. Sogenannt ungebildet oder besser, ein Menschen ohne übliche Schulbildung zu sein, heisst auch nicht einfach mit schlechteren Chancen am neuen Ort zu starten. Den Schichtenschlüssel zu nutzen heisst einfach, sehr differenziert zu schauen, zu fragen, anzubieten und den Menschen wahrzunehmen. Dies gilt nicht nur für Fremde, der Schichtenschlüssel ist auch nötig bei Schweizerinnen und Schweizern. Allerdings ist ein solches Unterfangen im Tagesstress, der die notwendige Ruhe vermissen lässt, oft schwierig zu bewerkstelligen.

Der Geschlechterschlüssel ist mir besonders wichtig im vielfältigen Schlüsselset des Verständnisses für die eigene und fremde Lebenswelten. Frauen und Männer erleben Flucht und Migration, aber auch das «Einheimaten» – ich wähle absichtlich dieses Wort – in die Schweiz völlig unterschiedlich. Die Flucht- und Migrationsverletzungen erweisen sich bei Frauen – die häufig auch Opfer von Gewalt und sexueller Ausbeutung sind – besonders tief und einschränkend. Die grosse Anzahl von Frauen, deren dramatische Vereinsamung oft in die Krankheit führt, zeigt auf, dass Frauen ein spezifisches fachliches Geleit durch einen Gesundheits- und Integrationsprozess brauchen. Dieses soll Stabilität, Sicherheit und Entscheidungskompetenzen vermitteln. Frauen reklamieren für sich meist erst im äussersten Notfall medizinische Aufmerksamkeit, sie versuchen, sich mit den eigenen Kräften zu helfen. Frauen sind aber auch – je nach Herkunft – nicht frei, die Gesundheitsangebote zu nutzen, die Kontrolle, vorwiegend durch die männlichen Familienangehörigen aus einem traditionellen Verständnis heraus was Frauen sollen und dürfen, erweist sich meist als hinderlich.

Besondere Sorgfalt brauchen auch Frauen, die Opfer von Menschenhandel sind und in der Prostitution oder im Haushalt als Sklavinnen landen. Sie haben keine Wahl. Der Gesetzgeber tut sich schwer, eine Regelung zu schaffen, die diesen Frauen den notwendigen gesundheitlichen, sozialen, materiellen und rechtlichen Schutz ermöglicht und damit auch Gewähr bietet, dass sie gegen ihre Widersacher klagen können. Frauenhandel, Verbrechen gegen Frauen, wird noch immer nicht als schwerwiegend taxiert. Ein kürzlich veröffentlichter Bericht über den Menschenhandel und seine Auswirkungen durch das Bundesamt für Polizei zeigt auf, dass der soziale, gesundheitliche aber vor allem auch der rechtliche Schutz verbessert werden muss. Die Verwirklichung geht jedoch nur zögerlich voran.

## Schlussbemerkungen

Sie haben als Ärztinnen und Ärzte die Aufgabe, in einem problematischen Gesundheits- und Versicherungswesen den unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitskonzepten von MigrantInnen Rechnung zu tragen und ihnen den Zugang zum und die Nutzniessung des Gesundheitswesens beziehungsweise der Versicherungen zu ermöglichen. Der entsprechende Hinweis ist unter dem Begriff der Chancengleichheit auch in der Bundesverfassung zu finden.

Gesundheit für MigrantInnen ist folglich als Gesellschafts- aber auch als Chef- bzw. Chefinnensache zu definieren. Dafür benötigen Sie die Unterstützung der Politik, sie brauchen in diesem Bereich die Definitionsmacht was Gesundheit für AusländerInnen anbelangt, welche Angebote notwendig sind und wie sie vermittelt werden müssen. Dazu brauchen sie genügend Mittel, aber auch beruflich neue Kompetenzen und entsprechende Weiterbildungen. Während das Pflegepersonal sich seit Jahren das Wissen um transkulturelle Kompetenz in intensiver Weiterbildung aneignet, verbleiben viele Ärzte und Ärztinnen in ihren alten, leider oft beziehungsuntauglichen Methoden der Kommunikation und Vermittlung verhaftet.

Sie brauchen auch die Vernetzung mit den alten (italienischen, portugiesischen) und neuen (tamilischen, iranischen etc) communities der Migrationsbevölkerungen. Diese haben gegen innen und aussen einen bestimmten Einfluss, werden von den Behörden wahrgenommen und sind anerkannte Partnerorganisationen mit vielen Erfahrungen und die sich für die Bedürfnisse ihrer Bevölkerungen in der Schweiz engagieren. Ihre Autorität und ihr immenses kulturelles Wissen stehen zur Verfügung.

Zum Schluss noch ein Denksatz: Neben allen Mitteln, Weiterbildungen und Vernetzungen braucht es zusätzlich das Wissen, dass die «transkulturelle Öffnung nicht in der Praxis anfängt, nicht mit dem Hand anlegen, sondern im Kopf, mit dem Nachdenken – oder mit dem Vordenken, vielleicht auch mit dem Querdenken: Denkbewegungen also – denen im wissenschaftlichen, administrativen und fachpraktischen Alltagsgeschäft zu wenig Zeit eingeräumt wird». (Filzinger 1995).

Ich wünsche Ihnen unbändige Lust, in dieser Sache vor-, nach- und quer zu denken!

### Adresse der Autorin:

Dr. phil. Ruth-Gaby Vermot-Mangold  
Nationalrätin und Mitglied des Europarates  
Büro Hekate  
Maulbeerstrasse 14  
3011 Bern  
hekate@bluewin.ch

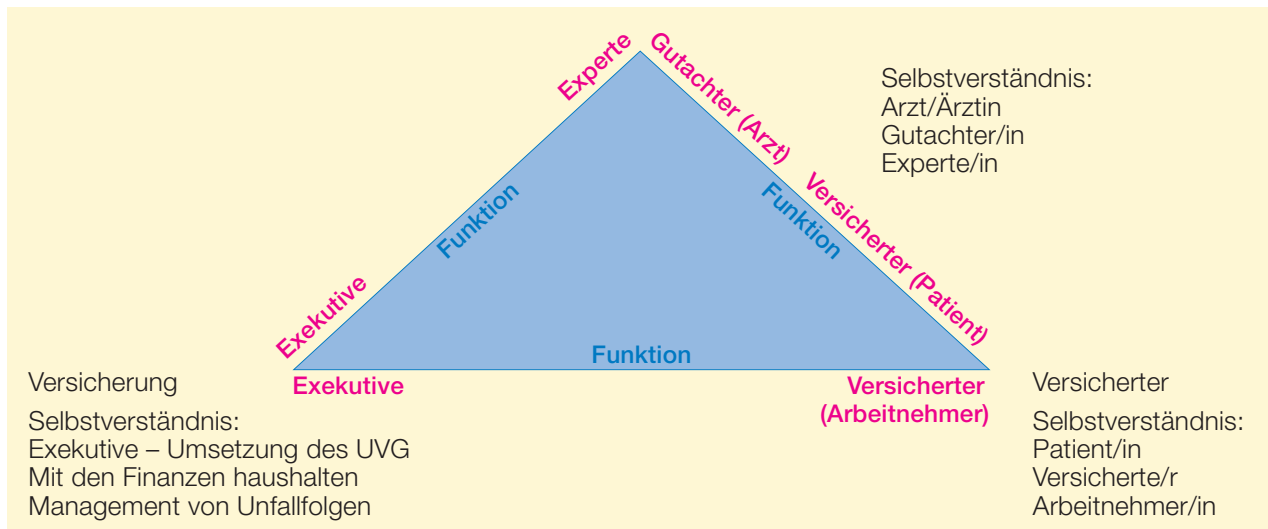


# Zur Situation des gutachtenden Arztes zwischen Versicherung und Versicherten

Ulrike Hoffmann-Richter

«Keine Sozialordnung kann volle Sicherheit der Erwartungen, Widerspruchsfreiheit und durchgehenden Konsens garantieren. Nicht alle Verhaltenserwartungen werden erfüllt. Enttäuschungen sind unvermeidlich und müssen daher verwunden werden. Darin liegt ein Ordnungsproblem, dass zumeist nicht durch bewusstes Zweckhandeln, sondern mehr durch unbemerkte Anpassung der Erwartungen, durch Sinn gebende Erklärung der Enttäuschungen, vor allem durch soziale Lenkung der Gefühlswelt und der Möglichkeiten für Gefühlsausdruck gelöst wird . . . In grossen Organisationen haben oft feindselige Berufs- oder Gruppenstereotypen, die als Ergebnis langjähriger Erfahrung auftreten, diese Erklärungsfunktion. Die Juristen und die Schulmänner, die Techniker, die Statistiker und die Bürobeamten haben je ihren besonderen Ruf, der zur Erklärung ihres Verhaltens und zugleich zur Rechtfertigung aggressiver Gegenmassnahmen angeführt wird». (Niklas Luhmann, Funktionen und Folgen formaler Organisation 1964/1995, S. 251-253)

Grosse Institutionen haben es an sich, dass sie Erwartungen enttäuschen, lehrt uns Luhmann. Dafür möchte man eine Erklärung. Sie wird in den (negativen) Vorannahmen über bestimmte Berufsgruppen gesucht: Sie werden dafür verantwortlich gemacht. Sie sind «schuldig», dass etwas schief läuft. In den letzten Jahren betraf dies nicht zuletzt die Ärzte der Suva. Aber solche «feindlichen Berufsstereotypen» als Projektion dessen, was schief läuft erleichtern nur momentan. Längerfristige Abhilfe können nur Informationen über die Aufgaben, die Funktionsweisen und Einsicht in die organisatorischen Abläufe grosser Institutionen verschaffen. Dieser Aufsatz befasst sich mit einem Teilprozess institutioneller Abläufe – der ärztlichen Begutachtung. Sie beschreibt, was Ärzte tun, die primär nicht behandeln, sondern Diagnostik betreiben. Beispiel ist das Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin der Suva. Aus drei Perspektiven werden Situation, Selbstverständnis, Funktion, Aufgaben, Voraussetzungen und Grenzen der Beteiligten näher betrachtet. Die Arbeit konzentriert sich auf das Dreieck des gutachtenden Arztes zwischen Versicherung und Versicherten. Es ist Teil des übergeordneten Dreiecks Versicherung – Patient/Angehörige und Arzt/Spital/Pflege, in dessen Zentrum die Versicherungsmedizin steht. (Selbstverständnis und Funktionen der Versicherungsmedizin allgemein werden in der Übersicht Christian Ludwigs in diesem Band dargestellt.) Ziel der Arbeit ist es, das Spannungsfeld zu beschreiben, in dem gutachtende Ärztinnen und Ärzte tätig sind. Ausgangspunkt der nachfolgenden Überlegungen ist also das Dreieck Gutachter (GA) – Versicherter – Versicherung:



**Selbstverständnisses der Beziehungen und Funktionen.**

## Der Arzt/die Ärztin als Gutachtende

Im Alltag wird ärztliche Tätigkeit mit Behandlung gleichgesetzt. Wie der Behandelnde weiss, was er tun muss, wird nicht als Problem wahrgenommen: Erhebliche Zeit seiner Tätigkeit ist er damit beschäftigt herauszufinden, was zu tun ist. Er muss Untersuchungen durchführen und eine wenn auch vorläufige Diagnose stellen. Erst daraus ergibt sich, welche Behandlung sinnvoll und möglich ist. Zu klären, woran jemand leidet und was dafür getan werden kann, gehört zum Kern ärztlicher Tätigkeit. Gutachten wird nicht als fokussierter Klärungsprozess verstanden. Es gilt als Neben- oder Ausweichbeschäftigung, obwohl Untersuchungen, Diagnosestellung und Beurteilung die Hauptaufgaben ausmachen. Was gutachtende Ärztinnen und Ärzte tatsächlich tun ist nicht bekannt. Es muss erläutert werden. Bis zu einem gewissen Grad teilen auch die Gutachtenden selbst die Alltagsvorstellungen ärztlicher Tätigkeit. Ihr Selbstverständnis ist nicht fraglos gegeben.

### Zum Selbstverständnis

Gutachtende sind zu allererst Ärzte: Auch bei gutachterlicher Tätigkeit gilt das erste Prinzip des *nil nocere* – keinen Schaden anzurichten. Die Hauptaufgabe der gründlichen Diagnostik steht im Dienst des Helfens. Zweitmeinung, Verlaufsbeobachtung und Weichenstellung für das weitere therapeutische Vorgehen sollen der best möglichen Heilung, Besserung, Rehabilitation und Verbesserung der Lebensqualität dienen. Wie in jeder anderen Arzt-Patienten-Beziehung ist die persönliche Begegnung mit dem Patienten Idealbedingung. Empathie spielt eine entscheidende Rolle. Der Schwerpunkt der Tätigkeit ist jedoch gegenüber der klassischen ärztlichen Aufgabe verschoben: von der Behandlung zur Diagnostik. Auftraggeber ist die Institution im Dienste des Unfallversicherungsgesetzes (UVG).

Nicht nur wegen der Verlagerung der Tätigkeit auf die Diagnostik ist die Reflexion des Selbstverständnisses notwendig: Die gutachterliche Tätigkeit im Rahmen der Suva als Institution des öffentlichen Rechts fordert, sich im Erwachsenenalter neuerlich einem Sozialisationsprozess zu unterziehen. Es geht nicht einfach darum, von einer Klinik in die andere, von einer Praxis in die andere, von einer Institution in eine analoge zu wechseln, sondern sich in einer gänzlich anderen Institution neu zu positionieren und in Zusammenarbeit mit anderen, fast ausschliesslich nicht medizinischen Berufsgruppen seine Arbeit zu tun.

## **Funktion und Aufgaben**

Die Funktion der Gutachtenden ist die fachärztlich-gutachterliche Untersuchung und Beurteilung auf der einen, die Expertise auf der anderen Seite. Das bedeutet, dass die Aufgaben gegenüber Versicherung und Versicherten nicht identisch sind. Die Bezüge im Dreieck sind auch für die anderen Beteiligten zum jeweiligen Gegenüber nicht exakt identisch. Dadurch, dass der Behandlungsauftrag fehlt, ist eine grössere Distanz zum Patienten – Versicherten entstanden. Dafür rückt das Bewusstsein, Teil des Gesundheitswesens zu sein näher: Zu den Aufgaben des gutachtenden Arztes gehört es, Weichen zu stellen. Das betrifft die Behandlung insgesamt, in manchen Fällen die Frühintervention, in manchen den Langzeitverlauf. Das betrifft aber auch die Arbeitsfähigkeit, Zumutbarkeit und die Integritätsentschädigung. Auch wenn bis auf die Behandlung die Ärztin nicht wirklich die Entscheidung fällt, liefert sie dafür doch wichtige Grundlagen.

Aufgabe des medizinischen Sachverständigen ist es, nicht nur seinen Befund zu erheben und eine Diagnose zu stellen sowie eine Gesamtwürdigung vorzunehmen, sondern diese Erkenntnisse in juristisch normative Begriffe zu übersetzen. Meines Wissens wurde diese Problematik bisher nur im Kontext medizinischer Begutachtung beim Strafgericht diskutiert. Mir bekannt sind Ausführungen aus forensisch psychiatrischen Lehrbüchern (Rasch 1999, Nedopil 2000, Venzlaff/Förster 2000). Die Auseinandersetzung um die Situation des Gutachters in sozial- und versicherungsrechtlichem Kontext wurde bisher kaum berücksichtigt. In strafrechtlichem Kontext gilt der medizinische Gutachter als Sachverständiger vor Gericht als ein «Gehilfe» des Gerichts: Er muss notwendige Tatsachen liefern, die das Gericht für sein Urteil heranziehen wird. Die Übersetzungsarbeit liegt somit auf Seiten des Arztes oder der Ärztin. Er und sie müssen sich damit auseinandersetzen, wie sich medizinisches von juristischem Denken unterscheidet. Das heisst auch, wie sich der medizinische vom juristischen Krankheitsbegriff unterscheidet. Beide sind keineswegs identisch. Denn die Medizin ist eine humanistische oder auch Erfahrungswissenschaft, die nur an wenigen Stellen auf naturwissenschaftliche Grundlagen zurück greifen kann, während die Jurisprudenz eine normative Wissenschaft ist.

Weil das Selbstverständnis ärztlicher Tätigkeit auch unter Fachkollegen auf die Behandlung abzielt, wurden gutachterliche Aufgaben lange Zeit abschätzig betrachtet. Die Entwertung durch Fachkollegen mag zum Teil aus der mangelnden Reflexion, aber auch aus der mangelnden Information über die Tätigkeit erwachsen. Zum Dritten dürfte sie auch auf die Abwehr der Kompetenzen der gutachtenden Ärztin zurückzuführen sein: Sie entscheidet über therapeutische Massnahmen. Sie ist darüber informiert, wer als Spezialist für besondere Operationen und weitere Behandlungsmassnahmen anerkannt ist. Und worüber meist nur sehr zurückhaltend gesprochen wird – indem die Gutachterin Patienten untersucht und Patientinnen in ihrer Rehabilitation begleitet, kontrolliert sie indirekt die Qualität der Behandlung durch die Kollegen. Im Zweifelsfalle muss sie zur Frage Stellung nehmen, ob ein Behandlungsfehler vorliegt. Das bedeutet, dass ihre Position sowohl für die Versicherten wie für die Kolleginnen und Kollegen keineswegs unwichtig oder einflusslos wäre.

Die Veränderungen im Gesundheitswesen sorgen zusätzlich für Unruhe. In der Landschaft von stationärer und ambulanter Behandlung, von Autonomie bzw. Eingebundenheit in ein institutionelles Netz wie von Kostenexplosion und Kosten-erstattung ist Vieles noch nicht absehbar. Aller Voraussicht nach jedoch werden Funktionen wie die des Suva-Arztes nicht abgeschafft, sondern bedeutsamer und einflussreicher werden.

## **Voraussetzungen**

Die klassische Arzt-Patienten-Beziehung ist idealerweise geprägt von Vertrauen. Die Ärztin engagiert sich für ihren Patienten. Sie tut dies in Empathie für ihn. Ihre Persönlichkeit spielt beim Verlauf der Behandlung und im Behandlungserfolg eine grosse Rolle. Balint sprach in diesem Zusammenhang von der «Droge Arzt» (1964). Er bezeichnete die selbst in einer kurzen Sprechstundenzeit möglichen persönlichen Begegnungen, in denen Veränderungen angestossen werden können als «Flash» (1973). Häufig wird von dieser Beziehung eingefordert, dass sie symmetrisch sein müsse. Dies ist sie nicht und kann sie nicht sein. Entscheidend ist jedoch, in welcher Form diese Asymmetrie in Betracht gezogen wird, beispielsweise indem der Arzt der Patientin Raum zum Reden lässt, ihr zuhört und ihr die Möglichkeit bietet, eigene Fragen und Anliegen anzusprechen. Auch das, was den Gutachtenden in Verbindung zum Versicherten bringt ist eine Beziehung. Sie könnte als Gutachter-Versicherten- bzw. Gutachter-Klienten-Beziehung bezeichnet werden. Empathie, ein Minimalmass an Vertrauen ist hier ebenso Voraussetzung. Die Persönlichkeit des Arztes oder der Ärztin spielt keine geringere Rolle. Die Asymmetrie dürfte hier verstärkt sein. Entscheidend ist, dass die Beziehung wenig Zeit hat sich zu entwickeln und Wirkung zu zeigen. Das Ziel der Begegnung ist ein anderes: das der eingehenden Diagnostik, gegebenenfalls der Weichenstellung für die Behandlung oder für versicherungstechnische Entscheidungen, nicht jedoch die Behandlung selbst.

Voraussetzung für die seriöse Begutachtung ist ein fundiertes medizinisches Allgemein- und Fachwissen, umfangreiche klinische Erfahrung, laufende Fortbildung und die Fähigkeit, zwischen Wissenszuwachs und notwendigem dauerhaftem Üben bestimmter Fähigkeiten zu unterscheiden. So kann die Bereitschaft, zuzuhören, sich dem Gegenüber zu öffnen nicht ein für allemal gelernt werden. Zweitens müssen Vorerwartungen und Projektionen des Versicherten; Vorerwartungen anderer Beteiligter, die sich in den Unterlagen niedergeschlagen haben und eigene Vorerwartungen wahrgenommen und in ihren Auswirkungen erkannt und bedacht werden. In der klassischen Psychoanalyse spricht man von Übertragung und Gegenübertragung. (Freud 1910; s. auch die Arbeit der Autorin zur natürlichen Kausalität in diesem Band S. 70-94). Dasselbe gilt für den Umgang mit dem Spannungsfeld, das sich zwischen der ärztlichen Haltung in der Gutachtensituation auf der einen Seite und der Expertenfunktion auf der anderen Seite aufbaut. Die Interessenkollisionen sind grösser.

Kompliziert wird diese Begegnung schliesslich auch dadurch, dass Ärzte in der Suva in eine von der Administration geprägte Institution eingebunden sind. Während Ärztinnen und Ärzte ihre Sozialisation in einer medizinischen Einrichtung durchlaufen, in der sie von vornherein als Berufsgruppe Leitfunktion haben und im Laufe ihrer Ausbildung eine Karriere durchlaufen, an deren Ende sie Chef der Einrichtung sind – d. h. auch, dass dies als Möglichkeit für die eigene Karriere mitgedacht wird – sind sie in der Suva in der Minderheit. Die Struktur wird durch Sachbearbeiter, Sachbearbeiterinnen und Juristen geprägt, nicht durch Ärzte oder andere medizinische Berufsgruppen. In der aktuellen Struktur der Suva entspricht die gutachterliche Tätigkeit einem Supportprozess. Um so wichtiger ist es, allgemeine Grundzüge der bürokratischen Organisation zu kennen, die Funktionsweise sozialer Systeme und Probleme des Einzelnen in grossen Organisationen, um Möglichkeiten, Grenzen und Problemfelder der eigenen Tätigkeit ausloten zu können.

## **Grenzen**

Das Bewusstsein der Mitverantwortung für die Geldtöpfe im Gesundheitswesen begleitet die Alltagsarbeit. Dies ist es auch, was Versicherte im einzelnen wie die Öffentlichkeit im allgemeinen den Suva-Ärzten zum Vorwurf macht: Sie seien restriktiv, abweisend, nicht mehr wirkliche Ärzte, sondern medizinische Bürokraten. Entsprechend kommt es mitunter zu bedrohlichen Situationen während der Untersuchung, zu Anzeigen über Anwälte und zu Beschimpfung durch die Medien. In der Soziologie spricht man von einem «gefahrengeneigten Beruf». Das bedeutet, dass Drohungen wie Anzeigen zum Berufsrisiko von Gutachtenden gehören. Wichtige Voraussetzung ist deshalb, dass die sekundäre Sozialisation gelungen ist: Das Bewusstsein um die Funktion und die Aufgaben gegenüber Versicherten wie Versicherung darf in den Mühen des Alltags nicht zusätzlich zur Disposition stehen. Ist die Sozialisation misslungen oder hat sie gar nicht stattgefunden, wird



die Gutachtenssituation zum Schlachtfeld von Rechtfertigungen, Projektionen und Missverständnissen. Die gutachtende Ärztin kann dem Versicherten nicht allein als Person gegenüberreten. Sie muss den Hintergrund nicht widerspruchsfreier Anforderungen mitdenken, ihr komplexes Selbstverständnis. Sie muss eines gerüttelten Masses an Misstrauen, Angst und negativen sozialen Repräsentationen durch den Versicherten gewärtig sein. Die Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse sind gegenüber der therapeutischen Situation nicht einfacher, sondern anders gelagert. Die erste Aufgabe besteht deshalb darin, die nötige Vertrauensbasis für eine eingehende Untersuchung herzustellen.

Angesichts des Spannungsfeldes liegt es nahe, sich durch Parteinahme zu entlasten: Die gutachtende Ärztin sieht sich in dieser Beziehung zum Versicherten zwischen der Gefahr, «Erfüllungsgehilfin der Versicherung» zu werden oder sich quasi «gegen» die Versicherung mit dem Patienten zu verbünden und die Interessenkollisionen des Versicherten ausser Acht zu lassen. Parteinahme aber verhindert die kompetente Erfüllung der gestellten Aufgaben.

## **Die Versicherten**

Für Versicherte ist der Gang zum Hauptsitz der Suva nicht selten geprägt vom Gefühl der Unterlegenheit: Die offizielle Einladung, das grosse, imposante Gebäude schüchtern ein. Sie vermitteln den Eindruck, einer ungreifbaren Instanz gegenüber zu treten. Das Gefühl zeitigt unterschiedliche Reaktionen – von der Scheu, überhaupt als Person aufzutreten über den Vorsatz, sein Recht einzufordern bis zum innerlichen Wappnen, da die jahrelang eingezahlten Beiträge doch zur Vergütung berechtigen sollten.

## **Zum Selbstverständnis**

Auch der Versicherte begegnet dem Gutachter nicht in einem einzigen Anliegen: Zu allererst befindet sich jeder Mensch nach einem Unfallereignis, auch nach einem geringfügigen in einer Ausnahmesituation seines Lebens. Wird das Unfallereignis schwerwiegend und sind die Verletzungen lebensbedrohlich oder nachhaltig für die weitere körperliche und psychische Integrität, ist die Krisensituation offensichtlich. Bis hierher entspricht die Rolle des Versicherten im Wesentlichen der klassischen Patientenrolle: Auch bei bagatelären Unfallereignissen kann die Alltagsroutine nicht weiter laufen. Sei es, dass das Auto abgeschleppt, zur Werkstatt gebracht werden muss; sei es dass die Berufswege dadurch beeinträchtigt sind, sei es dass der Familienalltag gestört wurde; sei es dass durch geringfügige Verletzungen, aber beispielsweise Schmerzen und Bewegungseinschränkungen die Anforderungen des Alltags nicht mehr bewältigt werden können. Nicht selten geschehen Unfallereignisse in einer belastenden Lebenssituation. Oder die Lebenssituation wird in ihrer Konflikthaftigkeit dadurch sichtbar, dass die körperliche

Belastbarkeit eingeschränkt ist. Das bedeutet, dass für die Versicherten regelhaft und nicht ausnahmsweise, eine oder mehrere ihrer Koordinaten des bisherigen Lebens in Frage stehen. Dies kann Ausbildung oder Beruf; Ehe und Partnerschaft primär oder sekundär betreffen. Es kann andere wichtige Beziehungen betreffen; Nicht selten die Lebensplanung oder die Freizeitgestaltung, insbesondere wenn sie für das nötige Gleichgewicht im alltäglichen Leben sorgen.

Zur Patientenrolle gesellt sich die Rolle des oder der Versicherten: Sie sind nicht nur krank. Sie sind Versicherungsmitglieder mit Anspruch auf Versicherungsleistungen. Sie können sich auf das Unfallversicherungsgesetz berufen und notfalls einen Juristen beanspruchen, um ihr Recht einzufordern. Damit verlagert sich die Verletzung und ihre Folgen vom medizinischen und alltäglichen in den rechtlichen Rahmen. Die Spielregeln sind nicht mehr identisch. Es geht um ein anderes «Spiel».

## **Funktion und Aufgaben**

Seit Kafka (vgl. Klaus Wagenbach 2002, Klaus Hermsdorf 2002; Hans-Gerd Koch 2002 und die Arbeit von E. Bär zu «Kafkas Fabriken» in diesem Band) haben sich die Positionen in diesem Spiel verändert: Der Arbeiter – der Arbeitnehmer und die Arbeitnehmerin sind nicht mehr von vorn herein in der Position der Unterlegenheit. Sie tragen nicht mehr ungeschützt ihre Haut zu Markte. Sie sind nicht mehr zu schlecht versichert. Die Solidarhaftung ist kein leeres Wort. Es geht nicht mehr allein ums Überleben, sondern um die besseren Überlebensbedingungen im Rahmen der Unfallversicherung gegenüber der Krankenversicherung oder gar der Sozialversicherung. Der «Vorsorgestaat» hat unser Verständnis von Risiken und Unfällen verändert: Sie sind der Preis, den die Gesellschaft für ihren Wohlstand bezahlt (Ewald 1993). Die Vorstellung, dass Unfälle, Verletzungen und Behinderungen zum Leben gehören, ist nicht mehr im Bewusstsein. Dieses Zeichen sozialer und kultureller Sicherheit hat auch seine Schattenseiten.

In einer Zeit, in der in der Medizin noch sehr viel mehr langwierige Krankheiten und körperliche Beeinträchtigungen die Regel waren, hat sich die Medizinsoziologie mit Krisensituationen, der Bewältigung der Krise und Statuspassagen beschäftigt, zu denen auch schwere Erkrankungen und Unfallereignisse gerechnet werden (z.B. Davis 1963; Glaser/Strauss 1971). Zum einen haben sich die Kernthemen der Medizin inzwischen verändert, zum anderen sind Fragen von Lebenskrisen, life events, die Life-event-Forschung in die Psychologie ausgewandert. Sie bilden dort ein eigenes Spezialgebiet der klinischen Psychologie, während sie in der medizinisch rezipierten wissenschaftlichen, selbst in der psychiatrischen Literatur nur noch wenig zu finden sind. Das bedeutet, dass sie auch für Ärztinnen und Ärzte nicht zwangsläufig erreichbar sind, sondern aktiv aufgesucht werden müssen. Die Einsprache, dass mit der posttraumatischen Belastungsstörung die Thematik in den Mittelpunkt gerückt sei, zieht diese Veränderung nicht in Betracht:

Der inzwischen inflationäre Gebrauch der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung deutet gerade darauf hin, dass einschneidende Lebensereignisse und Lebenskrisen nicht mehr zum Leben gerechnet werden. Sie sind nicht mehr als Teil des persönlichen Schicksals bewältigbar. Sie sind zum unzumutbaren, herausragenden Ereignis geworden. Selbstverständlich sind hierbei schwerste traumatisierende Erfahrungen ausgenommen.

Aufgabe der Versicherten ist, sich zu informieren: über Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten, über Möglichkeiten, ihre Genesung aktiv mit zu befördern. Vom UVG werden sie explizit dazu verpflichtet, am Genesungs- und Rehabilitationsprozess mitzuarbeiten. Nicht einfach ist die Anforderung, zwischen der Patientenrolle und der Rolle des Versicherten zu unterscheiden. So kann die Versicherung beispielsweise eine Behandlung, einen Rehabilitationsaufenthalt bezahlen, aber durch keine Entschädigung Schmerzen oder einschränkende Lebenserfahrungen wieder gut machen. Hilfreich ist hier die Möglichkeit, an das Wissen um die Gefährdung des Lebens anzuknüpfen: Es gibt keine Versicherung, die garantieren kann, dass ein Mensch unverseht durchs Leben kommt. Im Wissen darum wird es möglich, die Einschränkungen zu bewältigen.

## **Voraussetzungen**

Diesen Aufgaben nachkommen zu können setzt voraus, dass die Versicherten ihrerseits ausreichend informiert werden. Sie müssen die Möglichkeit haben, den von ihnen verlangten aktiven Part zu übernehmen. Die nötigen Unterstützung, das nötige Entgegenkommen fordert die behandelnden Ärzte, die Angehörigen, die Sachbearbeiter, die Gutachter, aber auch die Rechtsvertreter. Zwischen Patienten- und Versichertenrolle zu unterscheiden bedeutet zu wissen, was von den jeweiligen Beteiligten erwartbar ist und was die Versicherten selbst beitragen müssen.

## **Grenzen**

Aus dem Konfliktfeld zwischen Patientenrolle mit der Entbindung von alltäglichen Arbeitnehmer- und Familienpflichten; aus der vorübergehend notwendigen Regression auf der einen Seite und den Chancen der Rehabilitation und der Versichertenrolle (mit dem Anspruch auf Eigeninitiative) auf der anderen Seite ergeben sich die Grenzen: Die Interessenkollision für den Versicherten besteht darin, dass er in aller Regel primär von seinen Beschwerden befreit sein möchte; dass er eine gründliche Untersuchung und Begutachtung in dieser Hinsicht begrüßen wird. Andererseits sind durch die Beeinträchtigungen und die weiteren sozialen Folgen des Unfallereignisses bereits Veränderungen im Leben eingetreten. Das frühere Leben kann meist nicht ungebrochen fortgesetzt werden. Und jeder Neubeginn bedarf besonderer Initiative, Motivation, Energie. Dies ist die Situation, die die



Gefahr von Sekundärinteressen in sich trägt. Resignation, Passivität, Chronifizierung, aber auch Hoffnungslosigkeit führen dazu, die Mitverantwortung am weiteren Verlauf abzugeben und sich der Situation als Lebensform auszuliefern. Oder administrative Wege befördern gar die Tendenz, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (oder eine geplante begrenzte Arbeitsfähigkeit) anzustreben. Der Versicherungsbetrug geistert durch die Begutachtung, seitdem es Sozialversicherungen gibt. Während er lange Zeit als Phantom den Blick auf die realen Beschwerden verstellte, wird er inzwischen ausgeklammert. Es gibt ihn. Aber er ist nicht das Hauptproblem.

## **Die Versicherung**

Die Suva ist die Institution, die das UVG umzusetzen hat – sie ist die Institution der Exekutive. Wie entscheidend ihre Aufgabe für die Sicherung der Arbeitnehmer ist, zeigt die Geschichte der letzten 120 Jahre. Inzwischen ist sie zur Selbstverständlichkeit geworden. Das hindert nicht daran, sie als jene machtvolle, grosse Instanz zu betrachten, deren Undurchschaubarkeit zu vielen Phantasien, falschen (zu hohen wie zu niedrigen) Erwartungen und Unterstellungen führt.

## **Zum Selbstverständnis**

Als Institution der Exekutive obliegt es der Suva, Unfallfolgen wie Gesundheitsschäden, Behinderungen und Beeinträchtigungen zu managen. Sie hat eine wichtige und einflussreiche Funktion im Gesundheitswesen der Schweiz. In Bereichen der Prävention, Rehabilitation und Entschädigung ist sie wegweisend. Und sie bietet Versicherungsleistungen erster Klasse. Für die Arbeiterinnen und Arbeiter in Risikobereichen, die bei der Suva pflichtversichert sind ist dies eine anerkennende Gegenleistung der Gesellschaft für die Risiken, die die Angestellten der Betriebe eingehen. Diese Seite des Angebots tritt zuweilen hinter dem Eindruck des selbstsicheren Auftretens der Suva zurück.

## **Funktion und Aufgaben**

Das UVG umzusetzen umfasst die Begleitung von Behandlung und Rehabilitation; die Entschädigung von Unfallfolgen, die Berentung und Prävention. Als Exekutive des UVG und als Versicherung sämtlicher Risikobereiche der Schweiz bedarf es einer funktionierenden Verwaltungsinstitution. Die Aufgabe ist mit dem zunehmend unübersichtlich werdenden Gesundheitswesen nicht einfacher geworden.

## Voraussetzungen

Erste Voraussetzung für die Umsetzung der gestellten Anforderungen ist eine funktionierende Institution mit entsprechender Infrastruktur, kompetenten Mitarbeitern und klaren Aufgaben für die einzelnen Fachgruppen und Bereiche bei der interdisziplinären Tätigkeit. Die Alltagsvorstellung verbindet die genannten Funktionen und Voraussetzungen mit staatlichen Verwaltungsinstanzen oder bürokratischen Institutionen. «Bürokratie» wie «Administration» sind jedoch mittlerweile Schimpfworte geworden. Die soziologische Bedeutung der Begriffe ist nicht mehr geläufig. Max Weber beschrieb den Idealtypus der Bürokratie folgendermassen: eine genau fixierte Amts- und Autoritätshierarchie mit einem Instanzenzug, mit fester Kompetenz und Arbeitsverteilung, die Regel- und Normgebundenheit des Handelns und Verhaltens mit einer Entscheidungsfindung der formalen Unpersönlichkeit. Prinzipiell werden Amt und Person getrennt sowie die Mitglieder der Organisation von den Verwaltungs- und Beschaffungsmitteln. Die schriftliche Kommunikation steht im Vordergrund. Positionen werden nach fachlicher Qualifikation besetzt; die Laufbahnen sind vorgegeben. Die empfangenen Weisungen müssen ohne Rücksicht auf die eigene Einstellung ausgeführt werden (Weber 1964; Bossetzky /Heinrich 1994).

Seit Max Weber ist dieses statische Bild durch dynamische Theorien ersetzt worden. Nicht nur wirtschaftlich orientierte Betriebe, sondern auch Anstalten öffentlichen Rechts werden aufgrund betriebswirtschaftlicher Erkenntnisse geführt. Theoretische Grundlage ist die Systemtheorie. In einer seiner frühen Schriften beschäftigte sich Niklas Luhmann mit «Funktionen und Folgen formaler Organisationen» (1964). Soziale Systeme haben «... die Funktion der Erfassung und Reduktion von Komplexität. Sie dienen der Vermittlung zwischen der äusseren Komplexität der Welt und der sehr geringen, aus anthropologischen Gründen kaum veränderbaren Fähigkeit des Menschen zur bewusster Erlebnisverarbeitung» (1967, S. 619; Bossetzky Heinrich 1994, S. 48). Dies gilt auch für öffentlich rechtliche Institutionen. Sie reagieren auf die gesellschaftliche Komplexität und ermöglichen mit Hilfe von Systemdifferenzierung und Generalisierung von Verhaltenserwartungen die Möglichkeit der Programmierung von Entscheidungen. Auch Macht betrachtet Luhmann in diesem Kontext als Möglichkeit, durch eigene Entscheidung für andere eine Alternative auszuwählen und damit Komplexität zu reduzieren. Durch Vertrauen entstünden mehr Möglichkeiten des Erlebens und Handelns. Die Komplexität des sozialen Systems selbst steige. Damit steige aber auch die Zahl der Möglichkeiten, die es mit seiner Struktur vereinbaren kann, weil im Vertrauen eine wirksamere Form der Reduktion von Komplexität zu Verfügung steht (Luhmann 1973 nach Bossetzky Heinrich 1994, S. 50).

Das komplexe Gebilde einer grossen Institution ist zwar aufgrund seiner formalen Organisation beschreibbar. Ebenso wichtig ist jedoch die Berücksichtigung der informellen Strukturen, Beziehungs- und Kommunikationsnetze, die idealerweise bei der Fortentwicklung der Institution genutzt werden. Ein Unternehmen wird als

dynamisches System beschrieben, das sich bei flacher Hierarchie in Prozessen organisiert. Dadurch wird es möglich, die strategischen und operativen Ziele den sich wandelnden Bedürfnissen anzupassen (Ulrich 1970). Auch die Suva hat sich zu einem dynamischen System entwickelt: Sie ist ein unabhängiges, nicht Gewinn orientiertes Unternehmen des öffentlichen Rechts mit Zielorientierung und Prozesstruktur, das sich im Rahmen des UVG nach den Bedürfnissen der verschiedenen Kundengruppen ausrichtet. Die Struktur soll verhindern, dass aus dem Prinzip der Rechtsgleichheit starre Umsetzungen erwachsen. Aber selbst dann lassen sich nicht alle Spannungen zwischen der Anforderung der persönlichen Anteilnahme am Unglück, mitmenschlicher Behandlung und der Forderung der Rechtsgleichheit vermeiden. Sie treten in den persönlichen Begegnungen zwischen Sachbearbeiter und Versichertem oder Gutachter und Versichertem zutage.

## Grenzen

Management von Gesundheitsschäden und deren Folgen - Management von Unglück und Elend – ist an die Begegnung mit den beteiligten Menschen gebunden. Zusammenarbeit ist notwendige Voraussetzung für den Erfolg. Das schliesst die Betroffenen selbst, ihre Angehörigen, Hausärzte, Spitäler, andere Versicherungen und Arbeitgeber mit ein. Begrenzt wird die Umsetzung des UVG zum Zweiten durch Gegenreaktionen der beteiligten Parteien. Dazu gehört die Verselbständigung finanzieller Interessen nicht nur auf Seiten der Versicherten, sondern auch der Versicherung; die Verselbständigung politischer Interessen oder anderer Einflussmöglichkeiten. Zum Dritten spielen Prozesse der Institutionsdynamik eine Rolle. So ist die Übertreibung der Rechtsgleichheit ein Beispiel für «Überkonformität» an die Prinzipien formaler Organisationen, wie sie Merton (1968) beschreibt: Die Notwendigkeit, immer gleicher Entscheidungen, des konformen Verhaltens kann als solche eine übertriebene Bedeutung bekommen und zur Zaghaftigkeit, Konservatismus und beharren auf Paragraphen führen. Auf der anderen Seite darf nicht vergessen werden, dass nur positive Gefühle – Sympathien, freundschaftliche Kontakte, Bereitschaft zur Zusammenarbeit unter den Mitarbeitern; Einfühlungsvermögen in die Versicherten, Verständnis für ihre Situation gegenüber den Versicherten zur Erhöhung der Komplexität, also zur grösseren Variabilität der Entscheidungsmöglichkeiten führen, nicht aber negative Gefühle wie Feindseligkeit, Ängste, Erregung etc. Negative Gefühle aber gehören in Problemsituationen zu den wahrscheinlichen. Und Unfallereignisse sind für die Versicherten problematisch.

Die Komplexität der Aufgabe spiegelt sich in den Abläufen institutioneller Prozesse. Institutionen können so komplex werden, dass die inneren Abläufe ins Stocken geraten. Auch kann die institutionelle Komplexität, die dazu dienen soll, die Komplexität für die Versicherten zu reduzieren, Ausmasse annehmen, die die Verständigung zwischen den einzelnen Funktionen erschwert. Sie wiegt um so schwerer, als verschiedene Berufsgruppen und verschiedene Funktionen einerseits und

prinzipiell verschiedene Aufgaben in den unterschiedlichen Hierarchiestufen andererseits für sich schon ein Spannungsfeld innerhalb der Organisation bilden. Erwähnt sei lediglich, dass die unteren und mittleren Funktionen der administrativen Bewältigung vorgegebener Abläufe dienen, während die oberen Funktionen in erster Linie dem Kontakt nach aussen und der politischen Vermittlung der Aufgaben zwischen innen und aussen dienen.

Grundwissen über die Gesamtaufgabe der Institution und Einsicht in die Komplexität muss bei allen Mitarbeitern vorausgesetzt werden. Zum Prozess der Sozialisation gehört, sich selbst und die eigene Tätigkeit in Strukturen und Aufgabenstellung zu verorten. Verschiedene Formen der Bewältigung der Sozialisation und der Integration in die Institution werden beschrieben. Klassischer Weise wird der «technokratisch professionelle Typ» dem «kritisch-emanzipatorischen Typ» gegenüber gestellt (Bossetzky Heinrich 1994/71). Daneben werden eine Fülle von Aspekten gelungener und misslungener Integration beschrieben. Zu Aspekten gelungener Integration gehört die Auseinandersetzung mit der Veränderung der Berufsidentität im Laufe der Integration in die Institution; das Verständnis der administrativen Tätigkeit als Schiedsrichterfunktion zwischen Einzelinteressen, Gruppen und Klassen; die Integration, aber auch Auseinandersetzung mit der Gruppe, in der man im Betrieb gehört, der Umgang mit dem Gruppendruck, die Flexibilität in Interaktionsrollen und der Umgang mit der Macht. Als Aspekte gefährdeter Integration beschreiben Bossetzky und Heinrich Konflikte und Ärger in Organisationen, Widerstand gegen Veränderungen, Entfremdung und mangelnde Identifikation mit der Rolle.

Betrachtet man die ärztliche Tätigkeit in der Suva unter dem Aspekt einer Aufgabe in der formalen Institution, so wird durch den Akt der Untersuchung eine medizinische Gegebenheit – oder eben eine medizinische Fragwürdigkeit – in eine administrativ entscheidbare Kategorie gefasst. Hier entsteht denn auch eines der Konfliktpotenziale nach innen – nämlich dann, wenn es dem Arzt nicht möglich ist, die Befunde den erwarteten alternativen Kategorien zuzuordnen.

## Das Spannungsfeld gutachterlicher Tätigkeit

Zur Übersicht sind in der folgenden Tabelle Aufgaben, Voraussetzungen und Grenzen der Beteiligten zusammengefasst:

	Gutachter	Versicherung	Versicherter
Aufgaben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwerpunktverlagerung von der klassisch ärztlichen Aufgabe der Behandlung zu Diagnostik und Beratung, Prognosestellung</li> <li>• Expertise –</li> <li>• d. h. Übersetzungsarbeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umsetzung des UVG</li> <li>• Begleitung der Behandlung</li> <li>• u. U. Begutachtung/ second opinion</li> <li>• Wiedereingliederung/ Rehabilitation</li> <li>• Entschädigung</li> <li>• Berentung</li> <li>• Prävention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informieren</li> <li>• Mitarbeit am Genesungs- und Rehaprozess</li> </ul>
Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In der Untersuchung: (minimales) Vertrauensverhältnis</li> <li>• Umfangreiches Wissen</li> <li>• klinische Erfahrung</li> <li>• Fortbildung</li> <li>• sekundäre Sozialisation</li> <li>• «Üben»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompetente Mitarbeiter</li> <li>• Infrastruktur</li> <li>• Interdisziplinäre Verständigung und Zusammenarbeit (bei klaren Aufgabebereichen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausreichende Informationen</li> <li>• Möglichkeiten der aktiven Mitgestaltung</li> <li>• Unterscheidung zwischen Patienten- und Versichertendasein</li> </ul>
Grenzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Misslungene sekundäre Sozialisation</li> <li>• Parteinahme</li> <li>• Projektionen</li> <li>• Fehlende Vertrauensbasis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institutionelle Abwehr von Elend</li> <li>• Verselbständigung finanzieller Interessen</li> <li>• Verselbständigung von politischen Interessen und Einflussmöglichkeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regression</li> <li>• Chronifizierung</li> <li>• Verselbständigung der Versicherteninteressen</li> <li>• Betrug</li> </ul>

### Aufgaben, Voraussetzungen und Grenzen der Beteiligten.

In jeder bürokratischen Institution sind Macht und Entscheidungskompetenz nicht analog zur Fachkompetenz verteilt. Dies trifft für die Ärztinnen und Ärzte der Suva nicht zuletzt deshalb in empfindlicher Weise zutage, weil sie in der Erfüllung ihrer Aufgaben den Versicherten persönlich begegnen und am Ende der Untersuchung ihre Ergebnisse mitteilen und diskutieren sollten. Ihre Ergebnisse sind jedoch nicht identisch mit der nachfolgenden administrativen Entscheidung. Zum andern trifft in der Begegnung mit dem Versicherten in der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit jene Spannung zutage, zwischen der Funktion als Angestellte der Suva «unter Absehung der Person» ihre Arbeit durchzuführen und sich zumindest bis zu einem gewissen Grad auf die Begegnung einzulassen, die ein Mindestmass an Vertrauen und empathischer Atmosphäre voraussetzt, um verlässliche Resultate zu bieten. Hinzu kommt, dass nur aus solcher Begegnung heraus Behandlungsempfehlungen erfolgreich umgesetzt werden können; im günstigen Fall Weichen in Richtung Reintegration gestellt werden können und Missverständnisse ausgeräumt.

In der forensisch psychiatrischen Tätigkeit gilt dies als einer der Fallstricke in den Anforderungen an den medizinischen (psychiatrischen) Sachverständigen: Vor Gericht zunächst fachlich Auskunft zu geben, und dann eine Gewichtung vorzunehmen, wo dies aufgrund des aktuellen medizinischen Wissens nicht möglich ist. So wichtig es in diesem Kontext ist, so genau wie möglich diese Übersetzungsarbeit vorzunehmen, so klar wie möglich zu den Alternativen juristischen Kategorien Stellung zu nehmen, so problematisch ist es doch, Wissens- und Erkenntnislücken mit der eigenen Lebenserfahrung zu füllen. Als Ärzte und Ärztinnen werden wir gedrängt, die Lücke, die zwischen medizinischer Erkenntnis und juristischen Kategorien klafft, mit jener eigenen Erfahrung zu füllen. Dann aber bewegen wir uns im Bereich des Ermessens. Dahinein gehen alle eigenen Hintergrundannahmen, die eigene Lebensphilosophie ein. Daher auch resultieren die divergierenden Beurteilungen in Expertengutachten.

Das Phänomen divergierender Beurteilungen nimmt sich von juristischer Seite jedoch zunächst anders aus. Die Rechtssprechung ist eine normative Wissenschaft. Innerhalb des vorgegebenen Gesetzesrahmens sind Interpretationen erlaubt. Ja die Kunst der Rechtssprechung bedient sich gerade dieses Interpretationsspielraums; des Abwägens von Recht. Das Parteiendenken, das Denken für oder gegen Jemanden, für oder gegen eine Institution oder eine Sache gehört hier untrennbar zur Sicht auf das Problem. Weil wir aber alle in unserem eigenen Fachgebiet auch prinzipiell Denken gelernt haben, gehen Juristen zunächst einmal davon aus, dass das, was für juristische Entscheide gilt, auch für medizinische Beurteilungen gelten muss: Nämlich, dass eine medizinische Stellungnahme eine Parteinahme ist. Dieser Haltung kommen wir entgegen, wenn wir jene Lücken mit der eigenen Lebenserfahrung füllen. Erfahrene Juristen wissen dies. In vielen schwierigen Situationen wird diese grundsätzliche Bedeutung der Übersetzungsarbeit vergessen. Ich betrachte es als unsere Aufgabe, darauf immer wieder hinzuweisen.

Das Spannungsfeld bleibt. Damit aber bleibt auch die Herausforderung für Gutachtende im Brennpunkt oder auch an der Schnittstelle zwischen genuin klinischer Tätigkeit, gutachterlicher Funktion, persönlicher Zuwendung zu den Bedürfnissen des Versicherten und Regulativ im Gesundheitswesen. Falsche Erwartungen von allen Beteiligten – dem Gutachtenden selbst, dem Versicherten, der Administration, den Juristen wie der Öffentlichkeit – führen zu Enttäuschung. Aber bei ihr muss es nicht bleiben, wenn Aufgaben und Möglichkeiten reflektiert und genutzt werden können. Aufgabe des medizinischen Gutachters ist es, nach gründlicher Anamneseerhebung und Untersuchung aufgrund des aktuellen Standes seines Fachwissens zu den gestellten Fragen Stellung zu nehmen. Es ist nicht seine Aufgabe, in jedem Falle erschöpfend, in jedem Falle klar und eindeutig Antwort geben zu können. Ziel der Begutachtung ist es, die bestehende Ungewissheit zu reduzieren, nicht Unklarheiten wegzudiskutieren.



## Literatur

- Balint M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. E. Klett V. Stuttgart 4. Aufl. 1976; Orig. The Doctor, his Patient and the Illness, London 1964
- Balint E; Norell JS (Ed.s): Fünf Minuten pro Patient. Eine Studie über die Interaktionen in der ärztlichen Allgemeinpraxis. Suhrkamp Frankfurt 1975; Orig. Six Minutes for the Patient: interaction in general practice consultation London 1973
- Bosetzky H; Heinrich P: Mensch und Organisation. Kohlhammer Stuttgart, 5. Aufl. 1994
- Davis F: Passage Through Crisis. Polio Victims and Their Families. Transaction Publishers New Brunswick/London 1991; Orig. 1963
- Freud S: Die zukünftigen Chancen der Psychoanalytischen Therapie (1910). Studienausgabe. Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik 1975, 121-132
- Glaser, BG, Strauss A (Ed.s): Status Passage. Routledge London 1971
- Hermisdorf K: Franz Kafka und die Arbeiter-Unfallversicherungs-Anstalt. In: Koch HG; Wagenbach K (Hg.): Kafkas Fabriken. Marbacher Magazin 100: 2002, 41-78
- Hoffmann-Richter U: Zur natürlichen Kausalität psychischer Unfallfolgen aus psychiatrischer Sicht. In diesem Band S. 70-94
- Koch HG: Dichtung und Arbeit. Interferenzen in den Texten Franz Kafkas. In: Koch/Wagenbach a.a.o., 139-156
- Luhmann N: Funktionen und Folgen formaler Organisationen. Duncker und Humblot Berlin, 4. Aufl. 1995; Orig. 1964
- Merton RK: Bürokratische Struktur und Persönlichkeit. In: Mayntz R (Hg.): Bürokratische Organisation. Köln/Berlin 1968, 265-276
- Nedopil N: Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. Thieme Verlag Stuttgart, 2. Aufl.2000
- Rasch W: Forensische Psychiatrie. Kohlhammer Verlag Stuttgart 2. Aufl. 1999
- Ulrich H: Die Unternehmung als produktives soziales System. Paul Haupt Verlag Bern 1970
- Venzlaff U; Foerster K: Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. Urban und Fischer München, 3. Aufl. 2000
- Wagenbach K: Kafkas Fabriken. In: Koch/Wagenbach a.a.o., 4-40
- Weber M: Wirtschaft und Gesellschaft. Studienausgabe Bd. 2 Köln/Berlin 1964

### Adresse der Autorin:

Suva  
Dr. med. Ulrike Hoffmann-Richter  
Fachärztin für Psychiatrie  
und Psychotherapie  
Versicherungsmedizin  
Postfach  
6002 Luzern

# Kafka und die Unfallversicherung

Erich Bär

Eine reichhaltige Ausstellung über Kafkas Fabriken (1) in Marbach am Neckar hat das herkömmliche Kafkabild in wesentlichen Zügen korrigiert: Kafka war nicht der vereinsamte scheue Literat, der das Leben auf der Gasse durch ein Fenster beobachtete (2), sondern er war als beliebter und tüchtiger Jurist in der Unfallversicherung integriert und stieg die Karriereleiter hoch. Auch stand er mitten in der Welt der Fabrikarbeiter im Manchester Böhmens und war an jeder technischen Neuerung brennend interessiert. Viele Visionen und Konzepte der späteren sozialen Unfallversicherung hat er vorweggenommen.

## Die Versicherungsanstalt

In Deutschland passierte das Unfallversicherungsgesetz für Industriearbeiter am 6. Juli 1884 die parlamentarischen Hürden. In Österreich-Ungarn kündigte Kaiser Franz Josef in seiner Thronrede vom 26. September 1885 ein entsprechendes Arbeiterunfallgesetz an, das nach der formellen kaiserlichen Sanktion vom 28. Dezember 1887 im Jahr 1889 in Kraft trat. Im gleichen Jahr nahmen die sieben organisatorischen Träger [Anstalten] der Arbeiter-Unfall-Versicherungs-Anstalt [AUVA] (3) in Wien, Prag, Salzburg, Graz, Brünn, Lemberg und Triest den Betrieb auf. Unter diesen sieben Anstalten war jene für das Königreich Böhmen die Wichtigste und hatte ihren Sitz in Prag.

Im Gegensatz zu Deutschland, wo die Berufsgenossenschaften zu Trägern der Unfallversicherung bestimmt wurden, galt in der Doppelmonarchie das Territorialprinzip. Die für spezielle Gebiete zuständigen Anstalten waren autonome, ihren Vorstand selbst wählende Korporationen öffentlich-rechtlicher Natur, die unter staatlicher Aufsicht standen, ohne staatliche Behörden zu sein (4). Im Vorstand waren weder die Unternehmer noch die Arbeitnehmer vertreten. Die Anstalten versicherten alle Betriebe mit mehr als 20 beschäftigten Arbeitern, in denen Maschinenkraft verwendet wurde (4). Weil die Unternehmen sehr ungleichartig waren und für die Beschäftigten höchst unterschiedliche Risiken darstellten, wurden sie nach zunehmend verzwickteren Regeln in 14 Gefahrenklassen eingeteilt. Kafka wurde, wie wir sehen werden, zum unübertroffenen Meister in der Einreihung der Betriebe in Gefahrenklassen, was ihm aber auch die lebhaftesten rechtlichen Auseinandersetzungen verschaffte.



Zunächst wurde die Prager Anstalt mit ihren bloss 230 Bediensteten (8) von der entfesselten Industrialisierung in Böhmen geradezu überrollt. Im Gegensatz zur Schweiz versicherte sie auch landwirtschaftliche Betriebe, doch belief sich allein die Zahl der Gewerbebetriebe im Jahr 1890 auf 48'915, im Jahr 1902 auf 162'872 und im Jahr 1908 [dem Eintrittsjahr Kafkas] auf 203'536. Dadurch geriet die Anstalt, kaum 2 Jahrzehnte nach ihrer Gründung, vorübergehend in einen trostlosen, deshalb aber auch hoffnungsreichen Zustand (4) – denn sie stellte Aufgaben und hatte Pioniere nötig (4), worunter auch Kafka fiel. Die Höhe der finanziellen Defizite stieg vorübergehend auf das Maximum von 25 Millionen Kronen im Jahr 1903. Trotzdem waren die damaligen Versicherungsleistungen aus heutiger Sicht äusserst bescheiden: Die durchschnittliche Pauschalentschädigung bei Invalidität betrug 1000 Kronen, was dem Jahresgehalt eines Arbeiters entsprach [ein Kilogramm Rindfleisch kostete 1.95 Kronen] (7). Klaus Hermsdorf (4) fasst die damalige Situation trefflich zusammen: «Das soziale Versicherungswesen war auch in Österreich-Ungarn noch immer in Bewegung, und scheint es mit seinen Einrichtungen, Gesetzen und Regelungen dem Zeitgenossen von heute prähistorisch, so fern und kahl wie der Südpol, so war es damals ein gerade entdeckter Kontinent.»

Hier wäre es reizvoll, Vergleiche mit der Suva anzustellen, die ihren Betrieb fast drei Jahrzehnte nach der AUVA am 1. April 1918 aufgenommen hat, doch würde dies den thematischen Rahmen sprengen. Besonders herausfordernd wäre die Frage, wo die Eidgenossen was abgeguckt, und wo sie Eigenständiges geschaffen haben.

## **Der Versicherungsjurist**

In der Prager AUVA war der Doktor der Rechte Franz Kafka [geb. 3. Juli 1883 in Prag-Altstadt] während 14 Jahren angestellt [1908 bis 1922]. Er arbeitete in der sogenannten einfachen Frequenz von 8-14 Uhr täglich, was ihm neben der Brotarbeit noch Zeit liess für seine Schreibkunst. Trotzdem war an eine säuberliche Scheidung zwischen amtlicher und nächtlicher Buchführung (5) nicht zu denken, denn Kafka berichtete in einem Brief, wie sehr ihm die schwere widerliche Arbeit (4) im entsetzlichen Bureau (4) zusetzte, und wie er öfter ausserhalb der Amtsstunden unbezahlt im Interesse der Anstalt tätig sein musste. Berühmt geworden ist der Ausspruch Kafkas (4), als er noch bei den Assicurazioni Generali arbeitete: «Das Sprungbrett ihrer [der Bediensteten] Lustigkeit ist die letzte Arbeitsminute...».

Im Alltag des Bureaus ging es um die Befassung mit eingegangenen Schriftstücken und Unterlagen, die juristisch zu beäussern waren. Kafka teilte seiner Verlobten Felice Bauer mit, wie Akten, Aktenstösse, Aktenhaufen, Aktenberge – zum Alptraum in seinem Dasein geworden seien (4). Im Dezember 1912 schrieb er ihr: «Wenn ich vor meinem traurigen Bureauschreibtisch stehe – er ist wohl einige

Male grösser als der Deinige; er muss so gross sein, sonst könnte er die Unordnung nicht fassen – ... bekomme ich Lust, die Tische umzuwerfen, das Glas der Schränke einzuschlagen, den Chef zu beschimpfen, und da mir schliesslich doch die Kraft zur Ausführung solcher augenblicklicher Entschlüsse fehlt, tue ich nichts von alledem...» (4). Erst nach dem Blutsturz im Hochsommer 1917 [Ausbruch einer offenen Lungentuberkulose] fühlte er sich im Bureau nicht mehr länger im Bodensatz des Jammers, wo er durch die Zwangsarbeit des Bureaus in seinem besten Wesen auf das quälendste erschüttert (4) werde. Jetzt hatte er einen gewissen Frieden mit der Anstaltsarbeit gefunden.

Auf seine Tätigkeit als Versicherungsjurist hatte sich Kafka im Frühjahr 1908 [3. Februar bis 20. Mai] in einem Kursus für Arbeiter-Versicherung an der Prager Handelsakademie vorbereitet. Die Ausbilder waren seine künftigen Vorgesetzten. Am 30. Juli 1908 fing er als Aushilfsbeamter an und trat 1910 als Concipist [Konzeptbeamter] in das Beamtenverhältnis. 1913 wurde er zum Vice-Sekretär, 1920 zum Anstaltssekretär und schliesslich 1922 zum Obersekretär und Stellvertreter des Abteilungsleiters ernannt. Am 1. Juli 1922 wurde er aufgrund eines Gutachtens des Anstaltsarztes wegen seiner Lungenkrankheit vorzeitig pensioniert. Kafka hatte sein Bureau im 4. Stock des prunkvollen Versicherungsgebäudes am Poric 7, das er von seiner jeweiligen Wohnung aus über einen kurzen Fussmarsch erreichte.

Ausserdem unternahm er, meist am Donnerstag, zahlreiche Dienstreisen in die ihm zugeteilten Bezirkshauptmannschaften in Nord- und Westböhmen, wo er unweigerlich in das Spannungsfeld zwischen Verordnung und Fabrik sowie zwischen die Fronten von Arbeitern und Unternehmern (6) geriet, was ihm allerdings eine grosse Vertrautheit mit der Lage der Arbeiterschaft verschuf. Dennoch war er zwischen der Faszination durch den statistisch erfassten Unfall als Regelfall und der Anteilnahme am konkreten Einzelschicksal hin und her gerissen. Kafka definierte die AUVA als Mittlerin zwischen den Interessen der Arbeiter [Schutz möglichst vieler Arbeiter, Entschädigung möglichst vieler Unfälle] und der Unternehmer [möglichst niedrige Beiträge durch gerechte Verteilung auf möglichst viele Unternehmer] (4).

Die Vertrautheit mit Fabriken war ihm nicht nur bei der Abklärung und Entschädigung einzelner Unfälle sehr hilfreich, sondern auch bei der juristischen Unterrichtung der Betriebe über Vorrichtungen zur Unfallverhütung. Allerdings hatte die damalige AUVA keine obrigkeitliche Befugnis zur Durchsetzung von Sicherheitsbestimmungen, was Kafka desto stärker anspornen musste, sich für die Werbung und Überzeugungsarbeit bei den Unternehmern einzusetzen. Zudem war der Anstalt auch das Recht zur Besichtigung der Betriebe benommen, weshalb sie – ohne eigenen Augenschein – mit den schriftlichen Berichten der Gewerbeinspektoren vorlieb nehmen musste.



**Franz Kafka** (Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Klaus Wagenbach).

Weiterhin oblagen Kafka die mehr juristisch geprägten Aufgaben wie die Beäusserung sowie die Erledigung der Rekurse [Einsprüche] der Unternehmer gegen die Einreihung ihrer Betriebe in bestimmte Gefahrenklassen. Auch verfasste er selbst Rekurse, die er häufig gewann, beispielsweise jenen an das Ministerium, wo er die Einreihung eines Gürtlereibetriebs in Gablonz in die richtige Gefahrenklasse durchzusetzen hatte. (4), (7). Schliesslich führte er Prozesse, wo er ebenfalls häufig obsiegte. Kein Wunder war Kafka von seinen Vorgesetzten als ein eminent fleissiger Arbeiter von hervorragender Begabung und hervorragender Pflichttreue (4) sehr geschätzt, was ihm in der Anstalt den neckischen Spitznamen Amtskind (7) einbrachte. Für versicherungswissenschaftliche Arbeiten war er indessen nicht zu gewinnen, wozu er bemerkte (4): «... aber solange mir davon nicht heiss wird, bringe ich es nicht zustande.» Schliesslich lässt sich nicht verschweigen, dass Kafka vor einem gewissen Hang zur Gerichtsschelte nicht immer gefeit war, denn er erläuterte einen umstrittenen Entscheids des k. k. Verwaltungsgerichtshofs als gefährliche Verwirrung der Rechtsverhältnisse (4).

## **Das Manchester Böhmens**

Die seit Mitte des 19. Jahrhunderts in Nordböhmen entfesselte Industrialisierung hatte sich im letzten Dezennium noch gesteigert. Nicht nur die herkömmlichen Spinnereien und Tuchfabriken entwickelten sich rasant weiter, sondern es wurden auch Maschinenbau- und Automobilwerke neu gegründet. Die Fabrikschlote reichten nördlich bis hinter Tetschen-Bodenbach hinaus und westlich bis hinter das Lausitzergebirge in die Gegend um Reichenberg an der Neisse. In Gablonz, wo es bereits Amerikanische Wolkenkratzer gab, verfügten die Glasfabriken über sogenannte sheds [Werkschuppen] mit jeweils einigen hundert Arbeitern sowie fabrikeigene Elektrizitätswerke (8). Auch begann man in Böhmen Automobile zu fertigen. Die Firma Laurin und Klement in Jungbunzlau [spätere Škoda-Werke] brachte 1905 ein erstes Kleinauto heraus, und bis 1908 waren es bereits sechs verschiedene Vierzylinder-Modelle (5). Als Sinnbild für das Gesamtwirken Kafkas mag das Schloss des Grafen Clam in Friedland herhalten: Zu Füssen des Schlosshügels breitete sich die Feintuchfabrik Siegmund aus, und auf dem Hügel selbst thronte das Vorbild für den «Schloss»-Roman (8), (11).

Besonders gefährdet waren die Arbeiter in den Steinbrüchen und im Holzbearbeitungsgewerbe, wogegen Kafka besondere Vorkehrungen traf. An die Adresse der holzbearbeitenden Betriebe propagierte er in einem Aufsatz mit Abbildungen eine runde Sicherheitshobelmesserwelle (5). Auch pries er als einer der Ersten Arbeitsschutzbrillen an. Über die Gesamtverhältnisse unterrichtete er seinen Freund Max Brod (9): «In meinen vier Bezirkshauptmannschaften fallen... wie betrunken die Leute von den Gerüsten herunter, in die Maschinen hinein, alle Balken kippen um, alle Böschungen lockern sich, alle Leitern rutschen aus, was man hinauf gibt, das stürzt hinunter, was man herunter gibt, darüber stürzt man selbst. Und



man bekommt Kopfschmerzen von diesen jungen Mädchen in den Porzellanfabriken, die unaufhörlich sich mit Türmen von Geschirr auf die Treppen werfen.»

Im Zusammenhang mit der Unfallverhütung interessierte sich Kafka stark für jede technische Neuerung, wie Automobile, Motorräder, Velos, Schreibmaschinen, Fotoapparate und Grammophone. Seine Liebe zum Automobil ist auch dadurch bezeugt, dass er für die AUVA, die lediglich für Arbeitsunfälle haftete, eine Versicherung für Automobilbetriebe konzipierte, die jeweils bloss eine einzige Person versicherte, nämlich den Halter und Fahrer des Motorfahrzeugs. Damit wurde Kafka zum ersten Fachmann für Automobilversicherungen in Böhmen. Des Weiteren besuchte er häufig den tüchtigen Landarzt Siegfried Löwy in Triesch in Mähren, doch nicht nur aus reiner Sympathie zu seinem Lieblingsonkel, sondern weil er auch liebend gern mit dessen Motorrad in der Gegend herumkurvte. Ausserdem erhielt er von seinem Onkel, dessen Porträt er im Prosawerk «Der Landarzt» (10) der Nachwelt übergab, wertvolle medizinische Hinweise zur Art, Schwere und Auswirkung von Unfallverletzungen.

## **Das k. u. k. Kanzleideutsch**

Es ist nicht zu verkennen, wie sich das glasklare, trockene (8) altösterreichische Kanzleideutsch – namentlich die juristische Fachsprache – auf Kafkas Kunstsprache abgezeichnet hat. Im Jahr 1910 schloss Kafka den Bericht über eine Fragebogenaktion (4) mit: «... über die gemachten Erfahrungen wird sich ergebenst gefertigte Anstalt im nächsten Jahr zu berichten erlauben.» Wer wüsste sicher zu unterscheiden, ob die folgende Textstelle aus einem Bericht über einen Steinbruch oder aus dem Schlusskapitel des «Prozess»-Romans (12) stammt: «Die Lebensgefährlichkeit der Arbeit in diesem Bruche muss jeder Laie erkennen. Ununterbrochen rollen Steinstücke herunter, ununterbrochen hört man das Echo von dem Aneinanderschlagen der Steine.» Der «Laie» verrät es: sie stammt aus einem Jahresbericht der Anstalt (4).

Zu beachten ist die besondere Situation des Pragerdeutsch im Zeitraum der vorletzten Jahrhundertwende: Die Deutschsprachigen bildeten bloss eine dünne Schicht von 7 % unter den Stadtbewohnern. Karl Wagenbach schreibt: (7) «Dieses Pragerdeutsch, dessen Reinheit viele Einwohner der Stadt für unübertrefflich hielten, wurde unter dem Druck der Isolation immer mehr zu einem staatlich subventionierten Feiertagsidiom. Der Wortschwund war dabei bedeutend...» Kafkas charakteristischer Purismus, die nüchterne Konstruktion der Sätze und die Wortarmut seien ohne diesen Hintergrund des Pragerdeutschen nicht denkbar. Aber auch ohne Anstalt wären diese Besonderheiten undenkbar – ein Verdienst der Unfallversicherung.

Kafka bezeichnete einmal die Arbeit im Bureau als dumm, aber dennoch vor allem als fantastisch (4). Dies galt auch für die Sprache. Kafka wandte seine

nüchterne und äusserst präzise Sprache auf fantastische, groteske und absurde Schauplätze und Handlungen an, was die unnachahmliche Wirkung seines Prosawerks hervorbrachte. Allerdings war Kafka vollkommen zweisprachig und beherrschte das Tschechische in Wort und Schrift [kafka bedeutet Dohle]. Deshalb wurde er, als sich der Sprachkonflikt nach der Gründung der tschechoslowakischen Republik zuspitzte, zum dankbaren Kompromisskandidat der Anstalt, ein glücklicher Umstand, dem dann nur noch die schwere Lungenkrankheit entgegentrat.

In einem Brief schreibt Kafka: «... ich suche immerfort, etwas nicht Mittelbares mitzuteilen, etwas Unerklärbares zu erklären...» Ich denke, dieser Eindruck stammt aus seiner Arbeit bei der AUVA, und es ist das, was in seine Prosa eingegangen ist. Oder irre ich, wenn ich meine, dieser Satz würde ohne jene Erfahrung nicht existieren?

## Hinweise und Literatur

- (1) Die von Hans-Gerd Koch und Klaus Wagenbach konzipierte und bestückte Ausstellung Kafkas Fabriken im Schiller-Nationalmuseum/Deutschen Literaturarchiv in Marbach am Neckar bis 16. Februar 2003
- (2) Kafka F: Briefe. Seite 20. Frankfurt am Main 1958
- (3) AUVA: in Österreich seit 1949 Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
- (4) Franz Kafka: Amtliche Schriften. Mit einem Essay von Karl Hermsdorf. Akademie Verlag; Berlin 1984
- (5) Encke J: Im Hauptquartier des Lärms. Süddeutsche Zeitung vom 26. November 2002
- (6) Koch H-G, Wagenbach K (Hrsg): Kafkas Fabriken. Marbacher Magazin 100; 2002
- (7) Wagenbach K: Franz Kafka. Monographien. Rowohlt Taschenbuch Verlag; Reinbek bei Hamburg 2002
- (8) Breitenstein A: Botschaft und Büro. Eine Marbacher Ausstellung zeigt den «anderen» Franz Kafka. Neue Zürcher Zeitung Nr. 286: S. 23f; 9. Dezember 2002
- (9) Binder H: Franz Kafka: S. 246; Stuttgart 1983
- (10) Kafka F: Ein Landarzt. Kleine Erzählungen. Kurt Wolff; München Leipzig 1919 (ersch. 1920)
- (11) Kafka F: Das Schloss, Roman. Brod M (Hrsg). Kurt Wolff; München 1926
- (12) Kafka F: Der Prozess. Roman. Brod M (Hrsg). Verlag Die Schmiede; 1925

## Korrespondenzadresse:

Suva  
Dr. med. Erich Bär  
Facharzt FMH für Chirurgie  
Leitender Arzt  
Versicherungsmedizin  
Postfach  
6002 Luzern

# Arbeitsmedizinische Vorsorge bei Arbeitnehmern im Neat-Tunnelbau

Irène Kunz, Marcel Jost, Hanspeter Rast, Martin Vogel

In der Volksabstimmung vom 27.9.1992 wurde der Bau der schweizerischen Eisenbahnalpentransversale gutgeheissen. Das Herzstück des Projekts AlpTransit bilden die beiden Basistunnels durch den Gotthard und Lötschberg. Die Arbeitsbedingungen in diesen Basistunnels unterscheiden sich vor allem bezüglich der klimatischen Verhältnisse und durch die Dimensionen wesentlich von den üblichen bisher in der Schweiz durchgeführten Tunnelbauten. Mit zunehmender Überdeckung nimmt die Wärme des Gesteins zu. Beim Bau des Gotthardbasistunnels wird die Überdeckung bis gegen 2500 m betragen. Es wird mit Gesteinstemperaturen von 40-50° C gerechnet.

Die Suva hat bereits im Rahmen des Submissionsverfahrens für das Projekt AlpTransit arbeitsmedizinische Auflagen für die Verhütung von Berufskrankheiten im Untertagebau formuliert. Ein wichtiger Punkt ist die Verhütung von Berufskrankheiten durch Hitze respektive durch das feucht-warme Klima im Untertagebau. In Ergänzung zum Submissionsverfahren wurde zu diesem Thema die Publikation «Arbeitsmedizinische Prophylaxe bei Arbeiten im Untertagebau in feucht-warmem Klima» verfasst (1), die sich ausführlich mit der Gefährdung durch Arbeiten im feucht-warmen Klima und den technischen, organisatorischen, personenbezogenen und arbeitsmedizinischen Massnahmen zur Verhütung von Hitzeerkrankungen befasst. Wie im allgemeinen Tunnelbau sind die Tunnelbauer der NEAT den branchentypischen Gesundheitsrisiken Quarzstaub, Lärm, Dieselmotoremis-sionen und Gasen ausgesetzt. Aus diesem Grunde sind die im Untertagebau tätigen Betriebe den Vorschriften über die arbeitsmedizinische Vorsorge unterstellt und bei den Arbeitnehmern werden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen für Quarzstaubexposition, feuchtwarmes Klima, Lärm und allenfalls Überdruck durchgeführt.

Ende 1999 wurden die Arbeiten an den Basistunnels Gotthard und Lötschberg aufgenommen. Seither konnten auch auf dem Gebiet der arbeitsmedizinischen Vorsorge Erfahrungen gesammelt und ausgewertet werden.

## Gesundheitliche Gefährdungen im Untertagebau

Kenntnisse über die wesentlichen Unfall- und Berufskrankheitenrisiken im Tunnelbau sind Voraussetzung für die Planung und Umsetzung von wirksamen präventiven Massnahmen. Die Gesundheit der Arbeitnehmenden im Untertag ist vor allem durch Unfälle gefährdet. Im modernen Untertagebau handelt es sich vor allem um Verkehrs- und Maschinenunfälle sowie Gesteinsniederbrüche. Gefürchtet sind auch Brandausbrüche mit Rauchentwicklung, die auf Tunnelbaustellen von diesem Ausmass katastrophale Folgen haben können.

Es bestehen Hinweise dafür, dass jede Form von lungengängigem Feinstaub in hohen Konzentrationen über Jahre hin zur Beeinträchtigung der Lungenfunktion führen kann. Je nach Gesteinsart ist mit einer Exposition zu Quarzstaub zu rechnen. Als Folge kann sich bei ausreichender Exposition eine Silikose entwickeln. Bei einer Silikose besteht ein erhöhtes Lungenkrebsrisiko. Selten können die Arbeitnehmer im Untertag auch gegenüber Asbest exponiert sein, wenn Gesteinsarten wie Serpentin angefahren werden, wie dies im Südabschnitt der Lötschbergachse und im Teilabschnitt Sedrun der Gotthardachse der Fall gewesen ist.

Bei ungenügender Lüftung können Abgasemissionen von Fahrzeugen und Maschinen oder aus Sprengschwaden (CO, CO<sub>2</sub>, Ammoniak aus Emulsionssprengstoff, NO, NO<sub>2</sub> und andere) sowie Sauerstoffmangel zu ernsthaften gesundheitlichen Gefährdungen führen. Russpartikel in Dieselmotorabgasen werden als krebserregend angesehen. Dieselmotoren werden wegen der geringen Explosions- und Brandgefahr im Tunnelbau häufig eingesetzt.

Erdgas gehört in gewissen Gebirgsformationen ebenfalls zu den branchenspezifischen Unfallgefahren; Methan ist zwar nicht toxisch, verdrängt aber den Sauerstoff und führt auf diesem Wege zur Asphyxie. In hohen Konzentrationen ist es hochexplosiv. Das radioaktive Radongas und seine Zerfallsprodukte kommen natürlicherweise in seltenen Gebirgsformationen vor und sind Karzinogene.

Einige auch auf Tunnelbaustellen verwendete Bauchemikalien, wie beispielsweise Epoxidharze oder Polyurethane, haben ein erhebliches sensibilisierendes Potential. Epoxide sind bekannt dafür, dass sie allergische Berufsekzeme und seltener auch ein Asthma bronchiale auslösen können. Diese Harze werden zum Beispiel für die Befestigung von Felsankern verwendet. Polyurethanprodukte, die Isocyanate enthalten, dienen zur Gebirgsverfestigung. Sie können auch zu einem irreversiblen Asthma bronchiale führen.

Der Kontakt mit Bauchemikalien kann zu irritativ-toxischen Auswirkungen auf der Haut und den Schleimhäuten führen. So haben flüssige alkalische Beschleunigungsmittel für Spritzbeton wiederholt schwere Verätzungen im Bereiche unbedeckter Körperpartien, wie beispielsweise dem Gesicht und den Augen, verursacht. Der Zement ist häufige Ursache für allergische oder irritativ-toxische Ekzeme auch im Untertag.





Abbildung 1  
Einfahrt mit der Stollenlokomotive in den Stollen bei Raron.



Abbildung 2  
Kopf der Tunnelbohrmaschine vor der Einfahrt in den Stollen.

Die Exposition zu gehörgefährdendem Lärm ist für die Branche ebenfalls ein typischer Risikofaktor.

Schliesslich ist die Exposition zu vibrierenden Werkzeugen als Risikofaktor für Gefäss- und Gelenkschäden zu nennen, wenn auch diese Erkrankungen heute dank modernen Werkzeugen seltener geworden sind.

Trotz des Einsatzes von Baumaschinen sind auch heute noch gewisse Tätigkeiten mit erheblicher körperlicher Belastung verbunden.

Die Exposition gegenüber feucht-warmem Klima ist ein besonderes Problem der Tunnelbaugrossprojekte der NEAT. Es soll in der Folge näher beleuchtet werden.

## **Feucht-warmes Klima untertag: Gefährdung und Prävention**

Ein gesundheitliches Risiko, das im allgemeinen Tunnelbau sonst kaum anzutreffen ist, bilden die klimatischen Verhältnisse in den beiden Basistunnels. Durch die hohe Überdeckung, die bis zu 2'500 m betragen kann, werden in zentralen Bauabschnitten Gesteinstemperaturen von 40-50° Celsius erreicht. Hinzu kommt die Abwärme von den eingesetzten Maschinen und Fahrzeugen. Durch Wasserzutritte, durch Wassereinbrüche und in geringerem Mass auch durch den Einsatz von Wasser als Entstaubungs- und Kühlmittel kann eine hohe Luftfeuchtigkeit entstehen. Die Problematik der Hitzeerbeitsplätze aus Sicht der Abteilung Arbeitsmedizin der Suva wird in der 2002 überarbeiteten Publikation «Arbeitsmedizinische Prophylaxe bei Arbeiten im Untertagebau in feucht-warmen Klima» ausführlich diskutiert (1).

Die Suva setzt in der Prävention von Hitzeerkrankungen im Untertagebau die erste Priorität auf technische Lösungen mit Kühlung des Arbeitsbereiches. So beträgt der Klimagrenzwert für Arbeiten im Untertagebau 28° C Trockentemperatur (2). Dieser Grenzwert ist in allen Hauptarbeitsbereichen, das heisst Bereichen in denen Arbeitnehmende über längere Zeit arbeiten, auch als Stundenmittelwert einzuhalten. Die praktische Erfahrung im Untertagebau zeigt, dass trotz der Planung und der Realisierung der Kühlsysteme unter Umständen kurzzeitig der Grenzwert von 28° C Trockentemperatur in bestimmten Arbeitsbereichen als Stundenmittelwert nicht eingehalten werden kann. Beispiele sind besondere Arbeiten wie der Meisselwechsel im Bohrkopf der Tunnelbohrmaschine, Warmwassereinbrüche oder andere kurzfristige Arbeiten.

Kurzzeitige, d. h. maximal eine Arbeitswoche dauernde Überschreitungen des Grenzwertes von 28° C Trockentemperatur können im Vortrieb und andern Hauptarbeitsbereichen und bei mittelschweren bis schweren körperlichen Arbeiten in Nebenarbeitsbereichen unter folgenden Bedingungen toleriert werden:

- Die Lufttemperatur und Luftfeuchtigkeit werden während jeder Schicht an allen repräsentativen Arbeitsstellen gemessen.



- Die Messwerte von Lufttemperatur und Luftfeuchtigkeit liegen im gelben Bereich des Klimadiagramms von Abbildung 4.
- Technische Massnahmen für die Unterschreitung des Grenzwertes von 28° C werden unverzüglich getroffen.
- Zusätzliche organisatorische und personenbezogene Massnahmen werden getroffen (1).

Da die Fähigkeit körperliche Arbeiten bei Lufttemperaturen über 32° C und hoher Luftfeuchtigkeit zu verrichten individuell sehr verschieden ist, wird für Einsätze über 32° C die Beurteilung durch einen Spezialisten in jedem Fall erforderlich. Solche Situationen können durch einen Arbeitshygieniker, beispielsweise im Rahmen des ASA-Beizuges, mit der WBGT-Methode nach EN 27243 beurteilt werden.

Bei kurzdauernden Arbeiten mit nur leichter körperlicher Belastung in Nebenarbeitsbereichen und für Kontroll- und Überwachungsarbeiten ist bei Überschreiten des Grenzwertes von 28° C Trockentemperatur die Lufttemperatur und Luftfeuchte zu messen. Solche Arbeiten sind dann zulässig, wenn der berechnete WBGT-Index 30° C nicht überschreitet.

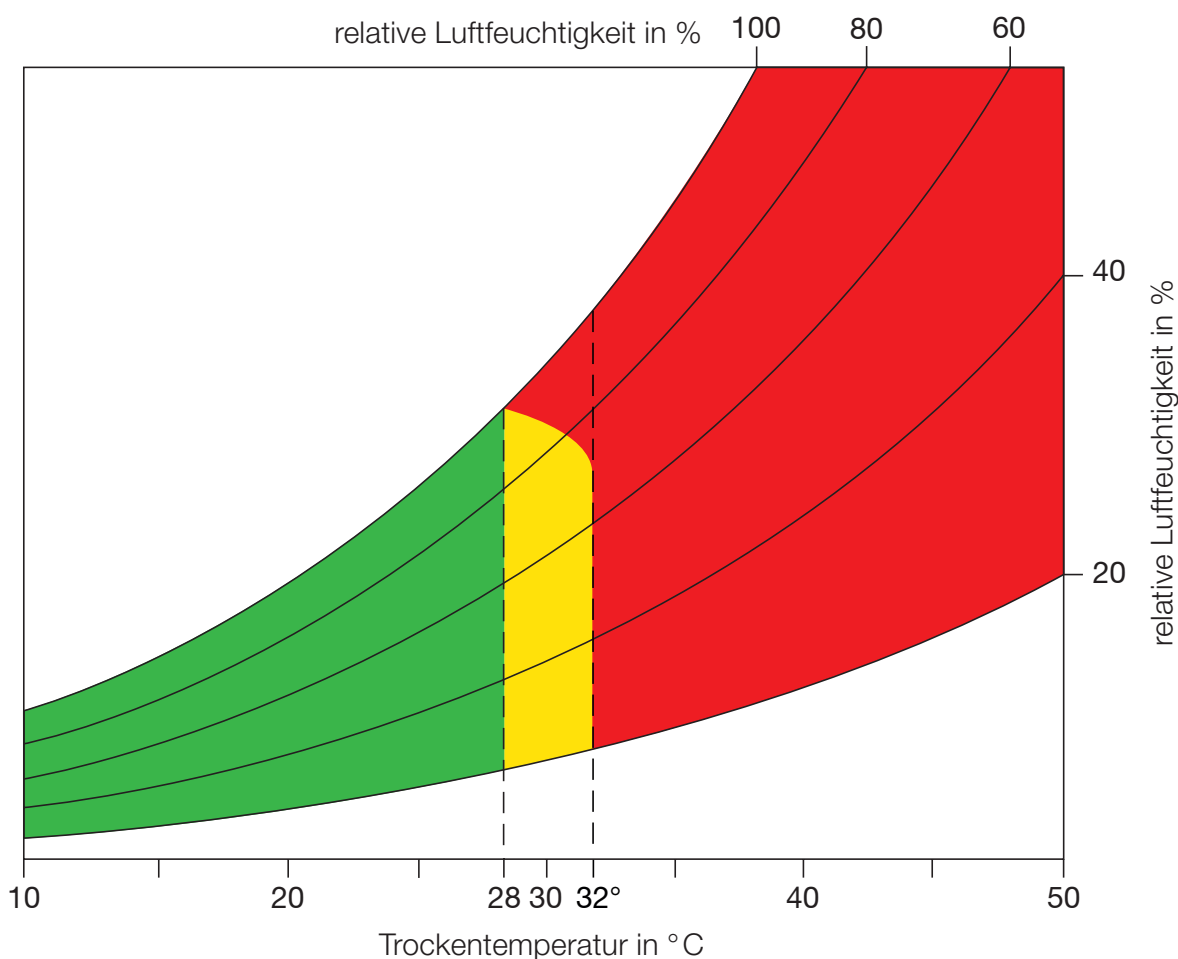


**Abbildung 3**  
Verschalungsarbeiten im Stollen über der Tunnelbohrmaschine.

Die Palette der technischen Massnahmen ist detailliert in den entsprechenden Kapiteln der Publikation «Arbeitsmedizinische Prophylaxe bei Arbeiten im Untertagebau im feucht-warmen Klima» aufgelistet (1).

Die personenbezogenen Massnahmen zur Verhütung von Hitzeerkrankungen bei erhöhten Arbeitstemperaturen beinhalten geeignete Schutzkleidung, die auch die Schweißverdunstung zulässt, die Versorgung mit geeigneten Getränken und die korrekte Hitzeakklimatisierung. Die Arbeitnehmenden sind durch den Betrieb über das richtige Verhalten beim Auftreten von Erkrankungen zu unterweisen. Personen mit fieberhaften Erkrankungen sind für die Arbeit im feucht-warmen Klima während der Krankheitsphase nicht tauglich. Die Einnahme von Medikamenten, auch von solchen die ohne Rezepte erhältlich sind, ist unter Hitzearbeitsbedingungen im voraus auf die Unbedenklichkeit durch einen Arzt überprüfen zu lassen.

Arbeitsmedizinische Eignungs-, resp. Vorsorgeuntersuchungen, Akklimatisierung und allenfalls Schichtzeitreduktion sind weitere flankierende Massnahmen.



**Abbildung 4**  
**Ausnahmeregelung bei Überschreitung des Grenzwertes von 28° C Trockentemperatur im Untertagebau.** Das Schema zeigt den Temperaturgrenzwert von 28° C und den gelb markierten Bereich, in welchem unter den genannten Bedingungen kurzzeitige Überschreitungen des Grenzwertes bis zu einer Arbeitswoche toleriert werden können. Bei länger als eine Arbeitswoche dauernden Arbeiten im gelben Bereich oder bei Erreichen des roten Bereiches ist eine Abklärung durch einen Spezialisten vorzunehmen.

## Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen

Für Arbeitnehmende im Untertagebau mit feucht-warmem Klima werden die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen nach dem Formular 1312 «Hitzearbeit» der Suva durchgeführt. Die Untersuchung umfasst:

- Befragung des Arztes über frühere respektive seit der letzten Untersuchung durchgemachte Krankheiten, aktuelle Beschwerden, Medikamente sowie Gewohnheiten.
- Klinische Untersuchung, insbesondere des Herzens/des Kreislaufs sowie der Lunge.
- Laboruntersuchungen (Blutsenkungsreaktion, Blutbild, Leber- und Nierenwerte im Blut, Urinuntersuchung).
- Elektrokardiogramm in Ruhe.
- Ergometrie (symptomlimitiert, mindestens 6 EKG-Ableitungen I, II, III, V<sub>1</sub>, V<sub>5</sub>, V<sub>6</sub>).

Diese Hitzetauglichkeitsuntersuchung wird in der Regel mit der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung für Arbeiten mit Exposition gegenüber Quarzstaub koordiniert. Diese Untersuchung umfasst nebst der Anamnese zusätzlich

- eine Spirometrie
- ein Thoraxröntgenbild.

Das Untersuchungsintervall beträgt für unter 45 jährige Arbeitnehmer 3 Jahre, für die älteren 2 Jahre.

Das Audiomobil ermöglicht die Durchführung von Gehörkontrollen direkt auf der Baustelle. Der Gehörtest umfasst ein Reintonaudiogramm. Zusätzlich werden die Arbeitnehmer über die Gefahren bei Arbeiten im Lärm und den korrekten Gehörschutz informiert.

Arbeiten im Überdruck fallen im Schweizer Tunnelbau nur selten an. Solche Arbeitnehmer müssen in regelmässigen Abständen gemäss dem Untersuchungsprotokoll «Druckluft» kontrolliert werden. Da auf der NEAT-Strecke keine Arbeiten im Überdruck anfallen werden, soll auf diesen Untersuchungsgang nicht weiter eingegangen werden.

Weitere für den Eignungsentscheid notwendige Abklärungen werden von der Suva eingeleitet. Die abschliessende Stellungnahme zur Eignung des Versicherten für seine Tätigkeit liegt im Kompetenzbereich der Arbeitsmedizin der Suva.

Diese Vorsorgeuntersuchungen werden mit den vom Arbeitsgesetz vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen für Nacht- und Schichtarbeit koordiniert. Für die Letzteren ist das Seco zuständig.

# Erfahrungen mit den bisherigen Vorsorgeuntersuchungen

## Erfahrungen im Bereich der Gotthardachse

Im Süden, auf den Teilabschnitten Faido und Bodio, wird der Bau durch das multinationale «Consortio TAT» vorgenommen, dem zwei schweizerische, ein italienisches, ein österreichisches und ein deutsches Unternehmen angehören. Der Vortrieb erfolgte im Teilabschnitt Faido konventionell, d. h. mittels Sprengen, im Teilabschnitt Bodio mechanisch, d. h. mit Tunnelbohrmaschinen. Im Gotthardbasistunnel werden bei voller Besetzung untertag insgesamt zirka 900-1'000 Personen beschäftigt sein; im Süden ca. 500 und im Norden ca. 300. In Amsteg wurde mit den Vorsorgeuntersuchungen im Dezember 2002 begonnen, da frühestens nach Aufnahme des Bohrvortriebs im Frühsommer 2003 mit einer Hitzeexposition der Arbeitnehmer zu rechnen ist. In Sedrun sind bisher ca. 150 Personen bei Schachtteufarbeiten zum Einsatz gekommen. Gearbeitet wird an 7 Tagen pro Woche und während 24 Stunden pro Tag in einem 3-Schichtbetrieb. Bisher waren nur die Arbeitnehmer im Teilabschnitt Faido und im Lötschberg wirklich gegenüber feucht-warmem Klima exponiert.

Bis im November 2002 wurden auf den Baustellen Faido und Bodio 238 Arbeitnehmer den arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen für Hitzearbeit unterzogen. Es handelt sich ausschliesslich um männliche Arbeitnehmer. Es konnten die folgenden Diagnosen und Befunde erhoben werden: Bei 37 Versicherten konnte die Eignung nicht allein auf Grund der Resultate aus den Vorsorgeuntersuchungen ausgesprochen werden. Es mussten weitere Abklärungen durch Spezialärzte vorgenommen werden (Tabelle 1). Bisher musste in keinem Fall eine Nichteignungsverfügung erlassen werden. Bei einem Arbeitnehmer konnte der Erlass einer Nichteignungsverfügung umgangen werden, indem der Arbeitnehmer intern versetzt werden konnte. Dieser Arbeitnehmer war Träger eines Herzschrittmachers. Der Einsatz im Nahbereich von elektrischen Anlagen kann zu elektromagnetischer Beeinflussung des Herzschrittmachers führen.

<b>Bis November 2003 durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen</b>	<b>238</b>
<b>Weiterabklärungen</b>	<b>37</b>
Herz/Kreislauf	24
Leberkrankheiten (Hepatitis, alkoholische Hepatitis)	9
Atemwege/Lunge	3
Veränderungen des Blutbildes	2
Stoffwechsel (Diabetes mellitus)	1

**Tabelle 1**  
**Ergebnisse der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen auf den AlpTransit Baustellen Faido und Bodio.**





Abbildung 5  
Arbeiten im Vortriebsbereich unterhalb der Tunnelbohrmaschine.



Abbildung 6  
Laden der Tunnelbrust eines Seitenstollens mit dem «Jumbo».

## Erfahrungen im Bereich AlpTransit Lötschberg Süd

Von Steg und Raron aus laufen mechanische und konventionelle Vortriebsarbeiten; auf diesen beiden Baustellen wurden rund 300 Arbeitnehmende im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge untersucht.

Im Bereich des Zwischenangriffes Ferden laufen je zwei Vortriebe Richtung Süd und Richtung Nord im Sprengvortrieb. Auf dieser technisch besonders anspruchsvollen Baustelle sind rund 480 Arbeitnehmende untersucht worden. In rund 10% konnte die Eignung noch nicht aufgrund der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung allein beurteilt werden, sondern es waren zusätzliche Abklärungen durch Fachärzte notwendig (Tabelle 2). Aufgrund der Ergebnisse dieser weiteren Abklärungen musste bei sechs Arbeitnehmenden eine Nichteignungsverfügung für Arbeiten im Untertagebau erlassen werden, da sie bei der Weiterführung der Tätigkeit gesundheitlich erheblich gefährdet wären. Grund für den Erlass einer Nichteignungsverfügung waren bei drei Arbeitnehmenden Atemwegserkrankungen (je ein Patient mit asthmatischer Bronchitis, Bronchiektasien sowie vorbestehender Silikose), bei 2 Arbeiternehmenden kardiale Probleme (Aortenstenose, koronare Herzkrankheit) und bei einem Arbeitnehmer eine Niereninsuffizienz bei fokal-segmentaler Glomerulosklerose.

<b>Vorsorgeuntersuchungen</b>	<b>480</b>
<b>Weiterabklärungen durch Fachärzte</b>	<b>37</b>
Atemwege/Lunge	16
Herz/Kreislauf	15
Stoffwechsel (Diabetes mellitus)	2
Leberkrankheiten (Hepatitis, alkoholische Hepatopathie)	2
Niereninsuffizienz	1
Hyperthyreose	1
<b>Nichteignungsverfügungen</b>	<b>6</b>
Lunge/Atemwege	3
Herz (Aortenstenose/koronare Herzkrankheit)	2
Niereninsuffizienz	1

**Tabelle 2**  
**Ergebnisse der arbeitsmedizinischen Vorsorge auf einer Baustelle AlpTransit Lötschberg Süd.**

## Zusammenfassung und Ausblick

Arbeiten im Untertagebau sind für die Arbeitnehmenden mit einer hohen Unfallgefährdung und verschiedenen Gesundheitsrisiken verbunden. Während des Baus der Neat-Basistunnels kommt als weiterer Belastungsfaktor das feucht-warme Klima wegen der hohen Überdeckung und den damit verbundenen hohen Gesteinstemperaturen hinzu. Die Suva hat deshalb Beurteilungsgrundlagen für die Bewertung der klimatischen Bedingungen im Untertagebau publiziert und technische, organisatorische sowie personenbezogene Massnahmen in der Publikation «Arbeitsmedizinische Prophylaxe bei Arbeiten im Untertagebau im feucht-warmen Klima» festgehalten. Die Umsetzung dieser Massnahmen stellt zum Teil hohe Anforderungen an die Tunnelbauer. Die Sicherheitsingenieure und Arbeitshygieniker der Abteilungen Arbeitssicherheit Suva Luzern und Sécurité au travail Suva Lausanne beaufsichtigen sowohl die Massnahmen zur Unfallverhütung wie auch die technischen, organisatorischen und personenbezogenen Massnahmen zur Verhütung von Berufskrankheiten im Untertagebau.

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen bei Eintritt und anschliessend in regelmässigen Intervallen sind wegen des hohen Berufskrankheitsrisikos im Untertagebau unabdingbar. Die ersten Erfahrungen auf den AlpTransit-Baustellen haben gezeigt, dass die ausführlichen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen in 10 bis 15 % durch weitere fachärztliche Untersuchungen ergänzt werden müssen, um die Eignung der Arbeitnehmenden beurteilen zu können. Die verhältnismässig hohe Zahl notwendiger weiterer Abklärungen und auch die für eine Baustelle aufgezeigte Zahl der Nichteignungsverfügungen zeigt den Nutzen der arbeitsmedizinischen Vorsorge für die Arbeitnehmenden im Untertagebau auf.

## Literaturverzeichnis

- (1) Schweiz. Unfallversicherungsanstalt Suva: Arbeitsmedizinische Prophylaxe bei Arbeiten im Untertagebau im feucht-warmen Klima. Reihe Arbeitsmedizin Form. 2869/26, 3. Auflage 2002
- (2) Schweiz. Unfallversicherungsanstalt Suva: Grenzwerte am Arbeitsplatz 2003. Form. 1903
- (3) Hofer L.: Die Arbeit im Hitzeklima als arbeitshygienische und arbeitsmedizinische Herausforderung. Med. Mitteilungen der Suva 69: 69-80 (1996)
- (4) Rast H.: Anforderungen an den Arbeitsplatz im Vortrieb. In: Berichte Internationales Symposium Zürich «Basistunnel durch die Alpen» 93-97, ETHZ (1994)

## Korrespondenzadresse:

Suva  
Dr. med. Irène Kunz  
Fachärztin FMH für Innere Medizin und Arbeitsmedizin  
Abteilung Arbeitsmedizin  
Postfach  
6002 Luzern

# Biologische Arbeitsstofftoleranzwerte (BAT-Werte) – Neuerungen

Marcel Jost, Claudia Pletscher

## Warum Biologisches Monitoring?

Der Stellenwert des biologischen Monitoring als Ergänzung von Raumlufmessungen für die Beurteilung der Gefährdung durch chemische Arbeitsstoffe ist in den Medizinischen Mitteilungen der Suva Nr. 66 (5) vorgestellt worden. Die Bestimmung von Arbeitsstoffen oder deren Metaboliten im biologischen Material gestattet die Beurteilung der inneren Belastung respektive Beanspruchung der Arbeitnehmenden, womit alle Aufnahmewege des Arbeitsstoffes erfasst werden.

Das biologische Monitoring ist damit dann besonders sinnvoll, wenn beispielsweise Arbeitsstoffe gut oder sogar überwiegend über die Haut aufgenommen werden, in erheblichem Masse auch über den Gastrointestinaltrakt resorbiert werden oder wenn die Aufnahme eines Arbeitsstoffes über die Lunge durch eine körperlich schwere Arbeit mit erhöhtem Atemminutenvolumen besonders hoch ist. Zudem eignet sich das biologische Monitoring besonders zur Überwachung von Expositionen gegenüber Arbeitsstoffen mit einer langen biologischen Halbwertszeit und damit zur Beurteilung der kumulativen Belastung über lange Zeit. Auch bei Tätigkeiten mit stark schwankenden Konzentrationen der Arbeitsstoffe in der Raumluf kann das biologische Monitoring die Belastung von Arbeitnehmenden während der Arbeitsschicht zuverlässig erfassen. Schliesslich werden durch das biologische Monitoring auch Belastungen durch Hobbyarbeiten oder die Umwelt erfasst. Das biologische Monitoring gestattet schliesslich, die Wirkung von Schutzmassnahmen wie Atem- oder Hautschutz und der Einfluss der persönlichen Hygiene auf die Stoffaufnahme zu beurteilen.

## Der Biologische Arbeitsstofftoleranzwert (BAT-Wert)

1994 hat die Suva erstmals in der Publikation «Grenzwerte am Arbeitsplatz» Biologische Arbeitsstofftoleranzwerte (BAT-Werte) publiziert. Der BAT-Wert ist definiert als die höchstzulässige Konzentration eines Arbeitsstoffes bzw. dessen Metaboliten im biologischen Material respektive die durch die Einwirkung des Arbeitsstoffes ausgelöste Abweichung eines biologischen Parameters von seiner Norm, welche nach der derzeitigen Erkenntnis bei Einwirkung während einer Arbeitszeit von 8 Stunden täglich und bis 42 Stunden pro Woche auch über



längere Perioden bei der ganz stark überwiegenden Zahl der Gesunden am Arbeitsplatz Beschäftigten die Gesundheit nicht gefährdet. BAT-Werte sind als Höchstwerte für einzelne Arbeitnehmende konzipiert. Gewisse BAT-Werte können jedoch nur zur Beurteilung der Exposition eines Kollektivs von Arbeitnehmenden herangezogen werden, wie dies am Beispiel des Mangan gezeigt wird.

Voraussetzung für die Festsetzung eines BAT-Wertes sind ausreichende arbeitsmedizinische, toxikologische und toxikokinetische Erfahrungen mit dem Arbeitsstoff. Die Beziehungen zwischen innerer und äusserer Belastung sowie zwischen innerer Belastung und der kritischen Toxizität müssen aus laborexperimentellen Untersuchungen an Probanden, Feldstudien bei beruflich belasteten Arbeitnehmenden oder aus Simulationsstudien bekannt sein um einen BAT-Wert zu begründen. In der Regel sind BAT-Werte deshalb nur für Parameter im Blut und Urin, in Einzelfällen auch in der Ausatemluft wissenschaftlich zu begründen. Für Haar-Mineralanalysen hingegen konnten auch in den weltweit führenden Listen für biologische Arbeitsstofftoleranzwerte bisher keine BAT-Werte aufgrund arbeitsmedizinisch toxikologischer Erfahrungen begründet werden.

## **Die Hintergrundbelastung**

Das biologische Monitoring von Arbeitnehmenden hat die Hintergrundbelastung der nicht beruflich exponierten Bevölkerung zu berücksichtigen. Die Referenzwerte für die nicht beruflich exponierte Bevölkerung sind damit klar von den biologischen Arbeitsstofftoleranzwerten für beruflich Exponierte zu unterscheiden. Referenzwerte werden in der Regel als 95 % Perzentilwerte oder gelegentlich als Mittel- oder Medianwerte der Allgemeinbevölkerung angegeben. Sie kennzeichnen damit die durchschnittliche Belastung oder die Obergrenze des Schwankungsbereiches der üblichen Fremdstoffkonzentrationen im biologischen Material der Allgemeinbevölkerung. Wenn die Obergrenze des Referenzwertes im Einzelfall überschritten wird bedeutet dies, dass die Person eine höhere innere Belastung als die Allgemeinbevölkerung aufweist; eine Gefährdung eines Arbeitnehmenden ist jedoch erst dann gegeben, wenn auch der BAT-Wert erreicht oder überschritten wird.

## **Listen von BAT-Werten**

Die Liste der Grenzwerte am Arbeitsplatz der Suva erscheint in der Regel in einem Intervall von zwei Jahren. Die aktuelle Liste ist im Januar 2003 publiziert worden. Sie kann auch im pdf-Format unter [www.suva.ch](http://www.suva.ch) in der Rubrik Informationsmittel abgerufen werden. Seit der Einführung der BAT-Wert-Liste 1994 und der Publikation der Liste in den medizinischen Mitteilungen Nr. 66 sind für mehrere Arbeitsstoffe und Parameter neue BAT-Werte begründet respektive BAT-Werte geändert

worden. Wichtige Grundlagen dazu stellen die Grenzwertlisten der American Conference of Governmental Industrial Hygienists (2), der Deutschen Forschungsgemeinschaft (3) sowie die technische Regel für Gefahrstoffe 903 des Ausschusses für Gefahrstoffe AGS (4) dar. Die Tabelle 1 zeigt die aktuelle Liste der BAT-Werte, die Tabelle 2 die Liste der biologischen Arbeitsstofftoleranzwerte karzinogener Arbeitsstoffe. Die wichtigsten Neueinführungen und Änderungen von BAT-Werten werden in der Folge kurz dargestellt.

## **BAT-Werte für Blei und anorganische Bleiverbindungen**

Für die Beurteilung der inneren Bleibelastung ist die Bestimmung von Blei im Vollblut der wesentliche Parameter; aufgrund der langen Halbwertszeit von Blei widerspiegelt dieser die Langzeitbelastung des Körpers. Zu beachten ist, dass ein kurzfristiger deutlicher Anstieg des Vollblut-Bleispiegels durch eine Mobilisierung von Bleidepots insbesondere in den Knochen beispielsweise durch Fieber, Bettlägerigkeit oder eine Azidose erfolgen kann. Die klassische kritische Toxizität von Blei (Knochenmark, Blut, Niere, Magen-Darmtrakt, zentrales und peripheres Nervensystem) wurde nur oberhalb der bisherigen BAT-Werte für Blei im Vollblut und Delta-Amino-Laevulin-Säure im Urin beobachtet. Für Frauen unter 45 Jahre wurde für Blei im Vollblut und Delta-Amino-Laevulin-Säure im Urin ein wesentlich tieferer Wert angesetzt, dies im Hinblick auf die reproduktionstoxische Wirkung von Blei und seinen Verbindungen.

Anlässlich der Einführung von BAT-Werten in der Schweiz wurden für Arbeitnehmende mit Bleiexposition folgende BAT-Werte festgelegt: Blei im Vollblut 700 µg/l (Frauen über 45 Jahre und Männer) resp. 300 µg/l (Frauen unter 45 Jahre) und für Delta-Amino-Laevulin-Säure im Urin 15 mg/l (Frauen über 45 Jahre und Männer) resp. 6 mg/l (Frauen unter 45 Jahre). Eine Absenkung des BAT-Wertes für die Parameter Blei im Vollblut und Delta-Amino-Laevulin-Säure im Urin erfolgte in der Grenzwertliste 2001 aufgrund von Untersuchungen über Effekte auf Funktionen des peripheren Nervensystems und wegen verhaltenstoxikologischen Wirkungen. Eine Einschränkung der Nervenleitgeschwindigkeit wurde in mehreren Untersuchungen auch bei Blutbleiwerten unter 700 µg/l festgestellt, wobei Längsschnittuntersuchungen allerdings nicht konsistente Resultate ergeben haben. Untersuchungen zur Beurteilung verhaltenstoxikologischer Effekte haben aufgezeigt, dass auch in einem Bereich zwischen 400 µg/l und 700 µg/l Blei im Blut Funktionseinschränkungen wie Störungen der Konzentration und Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung sowie des Gedächtnisses beobachtet werden können.

Der BAT-Wert für Blei im Vollblut beträgt deshalb neu für Frauen über 45 Jahren und für Männer 400 µg/l, derjenige für Frauen unter 45 Jahren bleibt weiterhin bei 300 µg/l. Der BAT-Wert von Delta-Amino-Laevulin-Säure wurde entsprechend für Frauen über 45 Jahre und für Männer auf 8 mg/l gesenkt. Da in tieferen Konzentrationsbereichen die Korrelation zwischen Blei im Vollblut und Delta-Amino-



Arbeitsstoffe	Biol. Parameter	BAT-Wert	Untersuchungs- material	Probennahme- zeitpunkt	Bemerkungen
Aceton	Aceton	80 mg/l	U	b	N
Aluminium	Aluminium	200 µg/l	U	b	
Anilin	Anilin (aus Hämoglobinkonjugat freigesetzt)	100 µg/l	B	c, b	N
	p-Aminophenol	50 mg/g Kreatinin	U	b	N
Blei	Blei (Männer; Frauen > 45 Jahre)	400 µg/l	B	a	X
	Blei (Frauen < 45 Jahre)	300 µg/l	B	a	X
	Delta-Amino-Laevulin-Säure (Männer; Frauen > 45 Jahre)	8 mg/l	U	a	X, Q
	Delta-Amino-Laevulin-Säure (Frauen < 45 Jahre)	6 mg/l	U	a	X, Q
Bleitetraethyl	Gesamtblei (gilt auch für Gemische mit Bleitetramethyl)	50 µg/l	U	b	N, X
Bleitetramethyl	Gesamtblei (gilt auch für Gemische mit Bleitetraethyl)	50 µg/l	U	b	N, X
2-Butanon (Methylethylketon)	2-Butanon (MEK)	5 mg/l	U	b	
2-Butoxyethanol	Butoxyessigsäure	100 mg/l	U	c, b	N
2-Butoxyethylacetat	Butoxyessigsäure	100 mg/l	U	c, b	N
p-tert-Butylphenol	p-tert-Butylphenol	2 mg/l	U	b	
Chlorbenzol	Gesamt-4-Chlorkatechol	175 mg/g Kreatinin	U	b	
Cyclohexan	Gesamt-1,2-Cyclohexandiol	170 mg/g Kreatinin	U	c, b	
Dichlormethan	Dichlormethan CO-Hämoglobin	1 mg/l 5 %	B B	b b	X, N
N,N-Dimethylacetamid	N-Methylacetamid	30 mg/g Kreatinin	U	c, b	
Dimethylformamid	N-Methylformamid	15 mg/l	U	b	

Tabelle 1

Arbeitsstoffe	Biol. Parameter	BAT-Wert	Untersuchungs- material	Probennahme- zeitpunkt	Bemerkungen
2-Ethoxyethanol	Ethoxyessigsäure	50 mg/l	U	c, b	
2-Ethoxyethylacetat	Ethoxyessigsäure	50 mg/l	U	c, b	
Ethylbenzol	Ethylbenzol Mandelsäure plus Phenylglyoxylsäure	1,5 mg/l 2 g/g Kreatinin	B U	b b	
Ethylenglykoldinitrat	Ethylenglykoldinitrat	0,3 µg/l	B	b	
Fluorwasserstoff und anorganische Fluorverbindungen	Fluorid  Fluorid	7 mg/g Kreatinin  4 mg/g Kreatinin	U  U	b  d	X  X
Glycerintrinitrat	1,2-Glycerindinitrat 1,3-Glycerindinitrat	0,5 µg/l 0,5 µg/l	P/S P/S	b b	
Halothan	Trifluoressigsäure	2,5 mg/l	B	c, b	
Hexachlorbenzol	Hexachlorbenzol	150 µg/l	P/S	a	X
n-Hexan	2,5-Hexandion plus 4,5-Dihydroxy-2-hexanon	5 mg/l	U	b	N
2-Hexanon	2,5-Hexandion plus 4,5-Dihydroxy-2-hexanon	5 mg/l	U	b	N
Kohlendisulfid (Schwefelkohlenstoff)	2-Thio-thiazolidin- 4-carboxylsäure (TTCA)	4 mg/g Kreatinin	U	b	
Kohlenmonoxid	CO-Hämoglobin	5 %	B	b	X, N
Lindan (γ-1,2,3,4,5,6- Hexachlorcyclohexan)	Lindan	25 µg/l	P/S	b	
Mangan und seine anorganischen Verbindungen	Mangan	20 µg/l	B	c, b	Q
Methanol	Methanol	30 mg/l	U	c, b	
4-Methylpentan-2-on (Methylisobutylketon)	4-Methylpentan-2-on	2 mg/l	U	b	
Nitrobenzol	Anilin (aus Hämoglobin- konjugat freigesetzt) Gesamt-p-Nitrophenol	100 µg/l 5 mg/g Kreatinin	B U	c, b c, b	N N

Tabelle 1

Arbeitsstoffe	Biol. Parameter	BAT-Wert	Untersuchungs- material	Probennahme- zeitpunkt	Bemerkungen
Parathion	Gesamt-p-Nitrophenol Acetylcholinesterase (siehe Phosphorsäureester)	500 µg/g Kreatinin	U	c, b	N, Q
Phenol	Phenol	250 mg/g Kreatinin	U	b	N, X
Phosphorsäureester (Acetylcholinesterase-Inhibitoren)	Acetylcholinesterase	Reduktion der Aktivität auf 70 % des Bezugswertes	E	c, b	N, Q
iso-Propylbenzol (Cumol)	2-Phenyl-2-propanol	50 mg/g Kreatinin	U	b	
Quecksilber (metallisch, anorganisch)	Anorganisches Quecksilber Anorganisches Quecksilber	35 µg/g Kreatinin 15 µg/l	U B	d c, b	X X
Styrol	Mandelsäure Mandelsäure plus Phenyl- glyoxylsäure	400 mg/g Kreatinin 500 mg/g Kreatinin	U U	c, b c, b	N N
Tetrachlorethen	Tetrachlorethen Trichloressigsäure	1 mg/l 7 mg/l	B U	d c, b	N, Q
Tetrahydrofuran	Tetrahydrofuran	2 mg/l	U	b	
Toluol	Toluol Hippursäure	1 mg/l 2 g/g Kreatinin	B U	b c, b	N, X
1,1,1-Trichlorethan	1,1,1-Trichlorethan	550 µg/l	B	c, d	
Trichlorethen	Trichlorethanol Trichloressigsäure	5 mg/l 100mg/g Kreatin	B U	c, b c, b	N N
Xylol	Methyl-Hippursäure Xylol	1,5 g/g Kreatinin 1,5 mg/l	U B	c, b b	

**Tabelle 1**  
**BAT-Werte der Grenzwertliste 2003.**

**Erläuterungen:**

- **Untersuchungsmaterial:** U: Urin; B: Blut; P/S: Plasma/Serum; E: Erythrozyten
- **Probennahmezeitpunkt:** a: keine Beschränkung; b: Expositionsende bzw. Schichtende; c: bei Langzeitexposition nach mehreren vorangegangenen Schichten; d: vor nachfolgender Schicht
- **Bemerkungen:** N: Nicht spezifischer Parameter; Q: Quantitative Interpretation schwierig; X: Umwelteinflüsse; P: Provisorische Festlegung

Arbeitsstoffe	Biol. Parameter	BAT-Wert	Untersuchungs- material	Probennahme- zeitpunkt	Bemerkungen
Arsen und anorganische Arsenverbindungen	Anorganisches Arsen und methylierte Metaboliten	50 µg/l	U	c, b	
Cadmium	Cadmium	5 µg/g Kreatinin	U	a	X
Chrom(VI)Verbindungen	Chrom	20 µg/l	U	b	X
Cobalt	Cobalt	60 µg/l	U	b	
Nickel (Nickelmetall, -sulfid,-oxid, -carbonat)	Nickel	45 µg/l	U	c, b	

**Tabelle 2**

**BAT-Werte kanzerogener Arbeitsstoffe der Grenzwertliste 2003.**

**Erläuterungen:**

- **Untersuchungsmaterial:** U: Urin; B: Blut; P/S: Plasma/Serum
- **Probennahmezeitpunkt:** a: keine Beschränkung; b: Expositionsende bzw. Schichtende; c: bei Langzeitexposition nach mehreren vorangegangenen Schichten; d: vor nachfolgender Schicht
- **Bemerkungen:** N: Nicht spezifischer Parameter; Q: Quantitative Interpretation schwierig; X: Umwelteinflüsse; P: Provisorische Festlegung

Laevulin-Säure im Urin schlechter ist als in höheren Konzentrationsbereichen, kann das biologische Monitoring mittels der Delta-Amino-Laevulin-Säure im Urin nur noch zur Früherkennung höherer Belastungen und damit zur Prävention klinisch manifester Bleiintoxikationen herangezogen werden. Zur routinemässigen Überwachung von bleiexponierten Arbeitnehmenden und damit zur Prävention von adversen Effekten auf das zentrale und periphere Nervensystem ist deshalb grundsätzlich der Parameter Blei im Vollblut heranzuziehen. Die Programme des biologischen Monitoring im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge werden diesen Erkenntnissen angepasst.

## **BAT-Wert für anorganisches Quecksilber**

Bei der Einführung der BAT-Wertliste 1994 wurde für quecksilberexponierte Arbeitnehmende ein BAT-Wert für anorganisches Quecksilber im Urin von 100 µg/l festgelegt. 1999 wurde anstelle des volumenkorrigierten Wertes ein kreatininkorrigierter Wert von 70 µg/g Kreatinin eingeführt. Gleichzeitig wurde ein BAT-Wert für den Parameter anorganisches Quecksilber im Blut von 25 µg/l festgelegt. Zeichen einer klinisch manifesten Quecksilberintoxikation, welche vor allem die Zielorgane Zentralnervensystem, autonomes Nervensystem, Mundschleimhaut, Knochenmark, Blut und Nieren betrifft, wurden in der Regel bei Quecksilberkonzentrationen im Blut und Urin beobachtet, die deutlich über diesen BAT-Werten lagen.

Mehrere Untersuchungen haben nun gezeigt, dass ein Tremor und leichte reversible Nierenfunktionsstörungen bereits bei inneren Quecksilberbelastungen, die mit Quecksilberkonzentrationen im Urin von 50 µg/l und mehr einhergehen, beobachtet werden können. Abnorme Befunde in neuropsychologischen Untersuchungen konnten ebenfalls bei inneren Quecksilberbelastungen unter den bisher geltenden BAT-Werten beobachtet werden.

In der Grenzwertliste 2003 sind deshalb die BAT-Werte für anorganisches Quecksilber im Urin auf 35 µg/g Kreatinin und im Blut auf 15 µg/l gesenkt worden.

## **BAT-Wert für Aluminium**

Während die Dialyse-Enzephalopathie bedingt durch eine Aluminiumakkumulation im Zentralnervensystem bereits seit langem bekannt ist, hat die Frage nach einer neurotoxischen Wirkung einer beruflichen Aluminiumbelastung erst in den letzten Jahren Aufmerksamkeit gefunden. In Untersuchungen von Arbeitnehmenden in der Aluminiumschmelzflussindustrie, von Schweissern sowie von Arbeitnehmenden mit Aluminiumfeinstaubexposition waren die Ergebnisse neurologischer Tests zwar uneinheitlich. Einschränkungen in kognitiven Funktionen und Gedächtnisfunktionen wurden allerdings in der Mehrheit dieser Untersuchungen festgestellt.

Neuere Untersuchungen haben gezeigt, dass die Bioverfügbarkeit von Aluminium bei Inhalation am Arbeitsplatz stark von den Arbeitsbedingungen abhängt. Damit können bei ähnlichen Werten der Raumluftmessungen von Aluminium stark unterschiedliche innere Belastungen mit Aluminium, beurteilt anhand der Aluminiumbestimmungen im Blut und Urin, resultieren. Die innere Belastung mit Aluminium wird wesentlich durch die Art der Aluminiumbelastung am Arbeitsplatz mitbestimmt. Eine hohe Bioverfügbarkeit von Aluminium wurde vor allem an Arbeitsplätzen mit Produktion von Aluminiumpulver sowie bei Schweisserarbeiten mit Exposition gegenüber Aluminium enthaltenden Schweissräuchen beobachtet. Das biologische Monitoring stellt deshalb an solchen Arbeitsplätzen eine wertvolle Ergänzung zu Raumluftmessungen dar. Die Suva hat in der Grenzwertliste 2003 einen BAT-Wert für den Parameter Aluminium im Urin von 200 µg/l festgelegt.

## **BAT-Wert für Mangan und anorganische Verbindungen**

Nach akuten hohen Expositionen gegenüber Manganoxid kann das klinische Bild des Metallrauchfiebers auftreten. Das Bild der chronischen Manganintoxikation, das früher bei lang dauernden Expositionen deutlich über den heutigen Grenzwerten beobachtet worden ist, ist vor allem durch extrapyramidale Symptome im Sinne eines Parkinsonismus gekennzeichnet. In neuerer Zeit hat die Frage einer neurotoxischen Wirkung von Mangan bei Schweissern vermehrtes Interesse gefunden. So wurde in mehreren Arbeiten vermutet, dass Beschwerden von Seiten des zentralen Nervensystems wie Schlafstörungen oder Müdigkeit und des peripheren Nervensystems wie Tremor auf den neurotoxischen Effekt von Mangan zurückzuführen sind.

Obschon die Beurteilung der inneren Manganbelastung beispielsweise bei Schweissern mittels des biologischen Monitoring erwünscht ist, ist die Begründung eines BAT-Wertes für Mangan nicht problemlos. Während auf Gruppenbasis eine Korrelation zwischen der Urinkonzentration von Mangan und der entsprechenden Konzentration in der Raumluft nachzuweisen ist, ist aufgrund der grossen interindividuellen Unterschiede die Korrelation bei einzelnen Individuen ungenügend. Dasselbe gilt auch für die Bestimmung von Mangan im Blut. Dennoch hat die Suva für den Parameter Mangan im Blut einen BAT-Wert von 20 µg/l in der Grenzwertliste 2003 festgelegt; dieser BAT-Wert kann nur auf Gruppenbasis zur Beurteilung der inneren Manganbelastung angewendet werden.



## **BAT-Wert für Styrol**

1994 wurden für Arbeitnehmende mit Styrol-Exposition BAT-Werte für die Parameter Mandelsäure im Urin mit 800 mg/g Kreatinin, Phenylglyoxylsäure im Urin mit 240 mg/g Kreatinin sowie für die Summe der beiden Parameter 300 mg/g Kreatinin (Bestimmung vor der Arbeitsschicht) festgelegt. Diese BAT-Werte ergaben sich aus der Korrelation zwischen äusserer und innerer Belastung beim damals geltenden MAK-Wert für Styrol von 50 ppm.

Styrol führt zu Reizerscheinungen an den Augenbindehäuten, im Bereich der Atemwege sowie zu Effekten am Zentralnervensystem und peripheren Nervensystem. Während klinisch manifeste Intoxikationen wie eine toxische Enzephalopathie oder eine Polyneuropathie bereits bei Einhalten der Grenzwerte ausgeschlossen werden konnten, haben neuere Untersuchungen aufgezeigt, dass auch bei Expositionen unterhalb der damals geltenden Grenzwerte reversible Effekte von Seiten des Zentralnervensystems auftreten können. Dies wurde anhand verhaltenstoxikologischer Parameter, unspezifischer EEG-Veränderungen und vorübergehender Störungen der visuellen Funktion (Farbsinnstörungen, Störungen der visomotorischen Geschwindigkeit) beurteilt. Zudem können auch Schleimhautreizungen unter den damals geltenden Grenzwerten auftreten .

Die Suva hat deshalb den MAK-Wert zur Beurteilung der Styrol-Exposition in der Raumluft 1997 von 50 ppm auf 20 ppm herabgesetzt. Entsprechend der Korrelation zwischen äusserer und innerer Belastung wurde 1997 auch der BAT-Wert für Mandelsäure im Urin auf 400 mg/g Kreatinin herabgesetzt. Für den Parameter Mandelsäure + Phenylglyoxylsäure im Urin wurde ein BAT-Wert von 500 mg/g Kreatinin festgelegt (Messung nach der Arbeitsschicht).

## **BAT-Werte weiterer organischer Lösungsmittel**

In den Grenzwertlisten 1997, 1999, 2001 und 2003 wurden für mehrere organische Lösungsmittel neu BAT-Werte publiziert und zwar für Aceton (Parameter Aceton im Urin), 2-Butanon (Methylethylketon) (Parameter 2-Butanon im Urin), 2-Butoxyethanol (Parameter Butoxyessigsäure im Urin), N,N-Dimethylacetamid (Parameter N-Methylacetamid im Urin), Ethylbenzol (Parameter Ethylbenzol im Blut sowie Mandelsäure plus Phenylglyoxylsäure im Urin), Methylisobutylketon (MIBK) (Parameter 4-Methylpentan-2-on im Urin), iso-Propylbenzol (Cumol) (Parameter 2-Phenyl-2-Propanol im Urin), Kohlendisulfid (Parameter 2-Thio-Thiazolidin-4-carboxylsäure, TTCA im Urin) sowie Tetrahydrofuran (Parameter Tetrahydrofuran im Urin). Die BAT-Werte dieser Arbeitsstoffe leiten sich in der Regel aus der Kenntnis zwischen äusserer und innerer Belastung vom entsprechenden MAK-Wert ab.

# Das biologische Monitoring im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge

Das biologische Monitoring wird im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge der Suva bereits seit den 70-iger Jahren zur Prävention von Berufskrankheiten systematisch angewendet. Die umfangreichsten Programme sind diejenigen für Arbeitnehmende mit Expositionen gegenüber Schwermetallen wie Blei, Quecksilber und Cadmium, gegenüber organischen Lösungsmitteln wie Toluol, Xylol, Styrol, Trichlorethan und Lösungsmittelgemischen sowie das biologische Effektmonitoring mittels Urinzytologie bei früher gegenüber aromatischen Aminen exponierten Arbeitnehmenden. Die Anwendung des biologischen Monitoring hat sich auch für die Beurteilung der inneren Belastung bei Expositionen gegenüber beispielsweise Chromverbindungen, Nickelverbindungen, Kobalt (Hartmetall), Phosphorsäureestern, Fluoriden (Aluminiumschmelzflusselektrolyse) und organischen Lösungsmitteln wie Methanol, Methylethylketon oder Methylisobutylketon bewährt. Durch das biologische Monitoring lassen sich unzulässige Belastungen und Beanspruchungen durch Arbeitsstoffe frühzeitig erkennen und damit durch geeignete Massnahmen am Arbeitsplatz in der Regel gesundheitliche Probleme verhüten.

## Literatur

- (1) Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva): Grenzwerte am Arbeitsplatz 2003. Nr. 1903 (2003)
- (2) American Conference of Governmental Industrial Hygienists: Threshold Limit Values for Chemical Substances and Physical Agents and Biological Exposure Indices 2002
- (3) Deutsche Forschungsgemeinschaft: MAK- und BAT-Werte-Liste 2002, VCH Verlagsgesellschaft mbH, Weinheim, Deutschland (2002)
- (4) Ausschuss für Gefahrstoffe AGS: Technische Regel für Gefahrstoffe TRGS 903
- (5) Jost M., Müller B.: Biologische Arbeitsstofftoleranzwerte (BAT-Werte) – Einführung einer BAT-Wert-Liste 1994. Medizinische Mitteilungen der Suva 66: 49-62 (1994)
- (6) Lauwerys R.R., Hoet P.: Industrial chemical exposure. Guidelines for biological monitoring. Lewis Publishers (1993)
- (7) American Conference of Governmental Industrial Hygienists: Topics in biological monitoring. ACGIH (1995)
- (8) Arbeitsgruppe Aufstellung von Grenzwerten im biologischen Material: Biologisches Monitoring in der Arbeitsmedizin. Gentner Verlag, Stuttgart (2000)

## Korrespondenzadresse:

Suva  
Dr. med. Marcel Jost  
Facharzt FMH für Arbeitsmedizin, Innere Medizin und Kardiologie  
Stv. Chefarzt  
Abteilung Arbeitsmedizin  
Postfach  
6002 Luzern

# Integritätsschaden bei Verlust der Geschlechtsorgane oder der Fortpflanzungsfähigkeit

Erich Bär

## Voraussetzungen zur Tabelle 22

- Der Integritätsschaden soll in der Regel erst nach einer fachgerechten urologischen bzw. gynäkologischen diagnostischen Abklärung und frühestens nach einem Behandlungsversuch von 6 Monaten Dauer geschätzt werden.
- Bei unfallfremden organischen Erkrankungen, welche die Fortpflanzungsfähigkeit in relevanter Weise mit verursachen, ist eine angemessene Kürzung vorzunehmen (z. B. bei Arteriosklerose/Hypertonie, Diabetes mellitus etc.).
- Bei adäquaten psychischen Unfallfolgen, welche die Fortpflanzungsfähigkeit nachweislich beeinträchtigen, ist der Integritätsschaden im Rahmen der Referenzwerte durch die Psychiaterin/den Psychiater einzuschätzen.

## Tabelle 22

### A) Verlust der Geschlechtsorgane

Beim Mann der Penis . . . . .	40%
Beide Hoden . . . . .	40%
Ein Hoden . . . . .	10%
Bei der Frau der Uterus . . . . .	40%
Beide Ovarien . . . . .	40%
Ein Ovar . . . . .	10%

Auch beim Verlust aller Geschlechtsorgane (beim Mann Penis und Skrotum, bei der Frau Uterus und beide Ovarien) darf die Entschädigung die 40% nicht übersteigen.

## B) Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit

1. Fortpflanzung nur auf instrumentellem Weg möglich  
(künstliche Insemination, In-vitro-Fertilisationen) . . . . . 40 %
2. Erektile Dysfunktion (ED) bis hin zur erektilen Impotenz:
  - Nicht therapierbare erektile Impotenz (vollständige ED) . . . . . 40 %
  - Fortpflanzung nur mit Hilfe einer Penisprothese möglich . . . . . 40 %
  - ED, die nur auf intrakavernös applizierte Medikamente anspricht . . . . . 20 %
  - ED, die auf orale Medikamente anspricht . . . . . 10 %

### Kommentar zur Tabelle 22

Führt ein Unfall zum Verlust der Geschlechtsorgane oder der Fortpflanzungsfähigkeit, so hat der/die Betroffene Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von 40 % (gemäss Skala der Integritätsschäden im Anhang 3 zur Verordnung zum Unfallversicherungsgesetz; UVV). Voraussetzung sind – wie bei anderen Integritätsschäden – die nachgewiesene Unfallkausalität, die Erheblichkeit und die Dauerhaftigkeit des Verlusts. Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt. Organisch bedingte Funktionsverluste setzen den Nachweis eines wenigstens wahrscheinlichen (nicht bloss möglichen) Kausalzusammenhangs mit der Unfallverletzung voraus, nicht organisch erklärbare Verluste sind nach den für psychische Störungen geltenden Grundsätzen zu beurteilen (natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang). Bei der Frau ist ein Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit nach Unfall äusserst selten und ausserdem sehr komplex, weshalb das Vorliegen eines Integritätsschaden speziell zu begründen ist. Überdies erlöscht bei ihr die Fortpflanzungsfähigkeit mit der abgeschlossenen Menopause, welche die Frauen in Mitteleuropa durchschnittlich im Alter von 52 Jahren erreichen (1).

Der Integritätsschaden ist – mit Ausnahme der Sehhilfen – ohne Hilfsmittel, d. h. aufgrund des unkorrigierten Gesundheitszustandes zu beurteilen (Ziff. 1 Abs. 4 des Anhangs 3 zur UVV). Bezogen auf die hier geregelten Gesundheitsschädigungen wird unter dem Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit, wie er in der Skala steht, die Unmöglichkeit der Fortpflanzungsfähigkeit auf natürlichem Wege verstanden. Dazu im Gegensatz vermag die Fortpflanzung durch instrumentelle Methoden (künstliche Insemination, In-vitro-Fertilisationen), wie sie der Medizin heute zur Verfügung stehen, diesen Verlust nicht wettzumachen. Deshalb ist davon auszugehen, dass die Methoden der instrumentellen Fortpflanzung unter die Hilfsmittel fallen. Auch die heute nur noch selten angewandten Vakuum-Erektionshilfen fallen unter die Hilfsmittel. Hingegen sind Medikamente – ob sie nun peroral oder durch Spritzen verabreicht werden – nicht als Hilfsmittel zu betrach-

ten. Medikamente vermögen heute den funktionellen Ausfall im Zielorgan und/oder im zentralen Nervensystem für die Phasen der natürlichen Fortpflanzung zu beheben. Die in der Tabelle bei den Medikamenten dennoch angegebenen Werte sollen die Unannehmlichkeit ausgleichen, die mit der ständigen, periodischen Medikamenteneinnahme verbunden ist, wie es beispielsweise bereits schon bei einer dauernden Insulinmedikation oder Antikoagulation nach Unfällen der Fall ist. Ferner muss der Unfallversicherer für die Kosten der Medikamente auch nach dem Behandlungsabschluss aufkommen.

Beim Paraplegiker sind die Sexualfunktionsstörungen in der Integritätsentschädigung von 90% enthalten.

## **Literatur**

- (1) Keck C, Breckwoldt M: Prädiktive Faktoren zur Bestimmung des Menopausealters. *Therapeutische Umschau* 59(4): 189-192; 2002

## **Korrespondenzadresse:**

Suva  
Dr. med. Erich Bär  
Facharzt FMH für Chirurgie  
Leitender Arzt  
Versicherungsmedizin  
Postfach  
6002 Luzern

# Zur natürlichen Kausalität psychischer Unfallfolgen aus psychiatrischer Sicht

Ulrike Hoffmann-Richter

## Zusammenfassung

Der psychiatrische Experte bzw. die Expertin sind aufgefordert zur Frage Stellung zu nehmen, ob psychische Beschwerden in natürlichem Kausalzusammenhang mit einem Unfallereignis stehen. Diese Frage stellt sich im Vorfeld der Adäquanztprüfung und vor der Anerkennung eines Rückfalls mit überwiegend psychischen Beschwerden. Wesentliche Grundlage dieser Beurteilung ist die psychiatrische Diagnose. Sie muss aufgrund einer eingehenden fachärztlichen Untersuchung und nachvollziehbaren Beurteilung zustande gekommen sein. Dann können sich die psychiatrischen Stellungnahmen in den folgenden Etappen des Unfallversicherungsrechts auf diese Diagnose beziehen: bei der Frage der Dauerhaftigkeit der Beschwerden mit eventuellem Rentenabschluss, der weiteren Behandlung und bei der Frage der Erheblichkeit und Dauerhaftigkeit als Voraussetzung der Integritätsentschädigung. Der folgende Beitrag führt in die theoretischen, methodischen und klinischen Grundlagen zur Diagnosestellung und Beurteilung der natürlichen Kausalität ein. Er zeigt die Möglichkeiten und Grenzen psychiatrischer Expertisen zum natürlichen Kausalzusammenhang.

## Unspezifität psychischer Symptome

Psychische Symptome sind unspezifisch. Das heisst, ein einzelnes Symptom sagt nichts über die Art der Reaktion oder die bestehende Erkrankung aus. Im Moment des Unfallereignisses auftretende akute Angst ist kein Symptom einer Krankheit, sondern eine gesunde oder «normale» Reaktion auf die bedrohliche Situation. Auch wenn die Angst über Stunden oder wenige Tage fortbesteht, liegt dies noch im Rahmen üblicher Varianten psychischer Reaktionen. Ob dies auch gilt, wenn weitere Symptome wie Betäubung, Bewusstseinsminderung, Desorientiertheit, depressive Verstimmung, Verzweiflung, Überaktivität oder Rückzug auftreten, ist nicht immer mit Sicherheit klärbar, da die Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit fließend sind. Die Symptome können gemeinsam auftreten oder nacheinander. Auf dem Weg zur Diagnose müssen alle Symptome gesammelt werden. Daraus werden Symptomgruppen oder Symptomcluster – das sogenannte Syndrom – gebildet. Manche Diagnosen der ICD-10 entsprechen streng genommen einem Syndrom. Üblicherweise aber unterscheidet sich die Diagnose



vom Syndrom durch weitere Merkmale<sup>1)</sup>. Treten die oben beschriebenen Symptome innerhalb von Minuten bis Stunden nach einem Unfallereignis auf und klingen innerhalb von zwei bis drei Tagen wesentlich oder vollständig wieder ab, spricht man von einer akuten Belastungsreaktion. Diese Diagnose wird als «Störung» bezeichnet. Streng genommen handelt es sich also nicht um eine Krankheit<sup>2)</sup>, sondern um eine (übermässige) Reaktion auf das vorangegangene akute Ereignis.

Klingen die Symptome aber nicht ab, stellen sich weitere diagnostische Fragen: Welche Faktoren verhindern die Bewältigung der aufgetretenen Belastung? Dazu gehören vor allem die individuelle Vulnerabilität, ein Zustand körperlicher Erschöpfung, in den hinein das akute Ereignis trifft; psychische Belastungen, insbesondere Dauerbelastungen; mangelnde soziale Unterstützung und Art und Ausmass der zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien. Dazu kann aber auch die Disposition zu einer schweren psychischen Erkrankung gehören, eine bereits früher manifeste Erkrankung oder der Beginn einer Krankheitsepisode, die für die Umgebung noch nicht eindeutig erkennbar war. So gilt für Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wie für rezidivierende depressive Störungen, dass Vorläufer- und Frühsymptome für die Umgebung meist lange nicht erkennbar sind. Die akute Episode aber beginnt in der Regel anlässlich eines belastenden

---

<sup>1)</sup> Ein Syndrom beschreibt lediglich das gemeinsame Auftreten einer Reihe von Symptomen. So gehören zum depressiven Syndrom nicht nur die traurige oder depressive Verstimmung, sondern auch Rückzug, Schlafstörungen (zuviel oder zu wenig), Appetitstörungen (meist Verlust, aber u.U. auch gesteigerter A.), Anhedonie, Störungen der Motorik (meist reduziert, zuweilen auch gesteigert), Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Selbstzweifel, Schuldgefühle bis hin zum Schuldwahn u. a. mehr. Die Symptome sind in der Regel nicht gesamthaft von Anfang an vorhanden, und nicht alle Symptome bei jedem Patienten. Die Krankheit bzw. Diagnose unterscheidet sich vom Syndrom durch die Gestalt der Gesamtsymptomatik, die mehr ist als die Summe der Symptome und durch ihren zeitlichen Verlauf. Mit der Diagnosestellung erfolgt üblicherweise auch die Einordnung in ein theoretisches Konzept. Dies gilt trotz des Postulats von ICD-10 und DSM-IV, theorieunabhängig zu sein (vgl. Birley 1990; Hoff 1992; Scadding 1996; s. auch Absatz zur Nosologie).

<sup>2)</sup> Nicht alle Diagnosen von ICD-10 und DSM-IV entsprechen Krankheiten im klassischen Sinne (vgl. Szasz 1991). Beide Diagnosesysteme sprechen denn auch von «Störungen» und nicht mehr von «Krankheiten». In den Einführungen zu beiden Werken (ICD-10 deutsch 1992, zuletzt 4. Aufl. 2000, S. 7-36 und DSM-IV, Deutsch 1996, zuletzt 2001, S. IX-XXIV und S. 3-27) wird auf die Schwierigkeit der Definition einer psychischen Störung verwiesen. Die operationalisierten Diagnosesysteme können nur auf dem Hintergrund eingehender klinischer Erfahrung und der allgemeinen Grundlagen psychiatrischer Befunderhebung sinnvoll angewendet werden. Gerade diese Voraussetzungen aber werden häufig nicht beachtet. So heisst es z.B. in DSM IV 2001, S.XX: «...Die operationalisierten Diagnosesysteme bergen die Gefahr einer Verengung der psychopathologischen Perspektive mit Konzentration auf die in den offiziellen Diagnosemanualen enthaltenen Items und einer immer gleichförmigeren Kriterienpsychopathologie. Dabei verführt die Scheinsicherheit einer operationalen Definition, die ja vielfach nichts anderes als das Resultat eines politisch determinierten Konsensusprozesses ist, dazu, den mit einem psychopathologischen Begriff gemeinten, oft komplexen Sachverhalt als Realität zu akzeptieren und nicht mehr genau zu überprüfen.» Klerman karikiert den Vorgang als «Chinese-restaurant-menue-approach to diagnosis» (1980). Und Hoff unterstreicht den kritischen Umgang im besonderen Zusammenhang der forensischen Psychiatrie: «... Den Autoren der operationalen Diagnosesysteme ist gerade das Problem der vorschnellen Verselbständigung einzelner Kategorien etwa im Hinblick auf forensische Fragestellungen durchaus bewusst... Dennoch besteht Anlass, ... darauf hinzuweisen, dass gerade bei komplexen psychischen Phänomenen die gleichsam äussere Schicht der Verhaltensebene nicht ausreicht, um eine psychopathologisch fundierte Diagnose zu stellen und natürlich erst recht nicht, um eine wissenschaftlich Begründete Aussage zur Schuldfähigkeit zu machen. In jedem Falle wird hier eine ausführliche Biographische Anamnese und das Forschen nach entsprechenden 'Gestalten' in der Vorgeschichte erforderlich sein.» (1992, S. 249). Aber selbst der Krankheitsbegriff ist nicht einfach definierbar. In der Psychiatrie wird zwischen dem medizinischen (oder biologischen) Krankheitskonzept und dem epidemiologisch fundierten, dem soziologischen, psychologischen und Entwicklungskonzept unterschieden (Mechanic 1999). Die neueren Diagnosesysteme verstehen sich als «nominalistisch» (Diagnose als Beschreibung, als Konvention), während sie traditionell als «essentialistisch» verstanden wurden (vgl. Birley 1990; Hoff 1994; Scadding 1996). Dabei sind die Krankheiten in vielen Fällen nicht eindeutig vorhanden oder fehlen zweifelsfrei, sondern sie sind mehr oder weniger deutlich ausgeprägt. Das Krankheitsverständnis ist also kein kategoriales, sondern ein dimensionales (vgl. Smith 2002).



Ereignisses<sup>3)</sup>. Die oben aufgezählte Symptomgruppe ist auch als Syndrom nicht spezifisch für eine akute Belastungsreaktion bzw. eine Anpassungsstörung. Vielmehr beginnen eine ganze Reihe psychischer Störungen mit ähnlichen Symptomen wie Übererregbarkeit, sozialem Rückzug, depressiver Verstimmung, Angstsymptomen, Konzentrationsstörungen etc. Die entscheidende Frage ist, ob die Beschwerden auch ohne das benennbare akute Ereignis aufgetreten wären; ob das Ereignis lediglich Anlass der sich entwickelnden Symptomatik war oder Ursache. Um dies zu beantworten muss manchmal nicht nur die Vorgeschichte sorgfältig erhoben, sondern der weitere Verlauf abgewartet werden<sup>4)</sup>.

Zur Klärung dieser Frage gehört auch, sich mit Art und Schwere des akuten Ereignisses auseinander zu setzen. Einschneidende Lebensereignisse galten in der Psychiatrie traditionell als Anlass für psychische Reaktionen, die unter Umständen von längerer Dauer sein konnten. Dabei sprach man üblicherweise von einem «life event» und verstand darunter nicht nur Schulabschluss, Berufsbeginn, Lehre, Umzug oder Geburt eines Kindes, sondern auch den Tod eines nahen Angehörigen, die Pflege Schwerkranker, z. B. mit Karzinom oder Alzheimer. Inzwischen sind die Grenzen zwischen life event und «Trauma» (im Grunde einem traumatischen Lebensereignis) unbestimmter geworden. Als Orientierung gilt, ob das fragliche Ereignis zu den im Verlauf eines Lebens erwartbaren gehört oder als unerwartet/nicht zum üblichen Lebensverlauf gehörend betrachtet werden muss<sup>5)</sup>. Die Vorstellung von psychischer Gesundheit ist insgesamt in Bewegung. Welche psychischen Auswirkungen einschneidender Lebensereignisse als krankhaft betrachtet werden, ist mit den Vorstellungen vor 30 und mehr Jahren nicht mehr identisch. Dies hat sich auch in den psychiatrischen Diagnosesystemen niedergeschlagen. Der entscheidende Konzeptwechsel aber besteht darin, die psychischen Reaktionen insgesamt als relevant zu erachten. Denn dass gravierende Lebensereignisse psychische Spuren hinterlassen oder gar Persönlichkeitsszüge beeinflussen, ist keine Frage. Zur Diskussion steht, wann sie krankheits- bzw. störungsrelevant und dauerhaft sind.

Dieser kurze Abriss vom Symptom über das Syndrom zur Palette der zur Diskussion stehenden Diagnosen (Differenzialdiagnosen) erweckt den Eindruck, dass die nachfolgende Beurteilung allein dem Ermessen anheim gestellt sei. Dieser erste Eindruck wird zuweilen Anlass für den Vorwurf, dass die Klärung der Kausalität psychischer Störungen mehr über die Parteilichkeit der Gutachtenden

<sup>3)</sup> Unterschieden wird zwischen einer Erkrankung oder Störung und der aktuellen Episode, z. B. einer Schizophrenie und der akuten psychotischen Episode oder einer bipolar affektiven Störung und der aktuellen manischen Episode. Hier wird klar zwischen Anlass und Ursache einer Störung unterschieden (vgl. Dohrenwend u. a. 1995; Mazure 1995). Im Vorfeld der manifesten Erkrankung treten zunächst «Prodromi» also «Vorläufer-Symptome» auf. Sie zeigen noch nicht das charakteristische Bild der Erkrankung. Sie werden von den Frühsymptomen, also den ersten Symptomen im Rahmen der akuten Episode unterschieden (vgl. z. B. Häfner/Maurer 1996; Gattaz/Häfner 1999).

<sup>4)</sup> Die Untersuchung erfasst jeweils den aktuellen Befund zum Zeitpunkt der Untersuchung. Berücksichtigt und in die Diagnose einbezogen werden muss ausserdem der Langzeitverlauf (vgl. Abschnitt zum «Faktor Zeit»). Zeitangaben können deshalb nicht auf ein blosses Kriterium reduziert werden oder umgekehrt muss bei der Diskussion der Diagnose im Hinblick auf Zeitkriterien die Vorläufigkeit der Diagnose berücksichtigt werden (vgl. auch Hoff 1992).

<sup>5)</sup> Zum Kontext Stress und psychische Erkrankung vgl. Brown/Harris/Peto 1973a,b; Brown 1974; Mazure 1995; Horwitz; Scheid (Ed.s) 1999; Creed 2000; Surtees/Wainwright 2000; Birley/Goldberg 2000, Lemyre 2000.

aussage als über den Stand des Fachwissens<sup>6)</sup>. Für alle seriöse fachärztliche Gutachten gilt, dass die vorangegangene resumierende Übersicht über mögliche Kausalitäten der Ausgangspunkt, nicht der Endpunkt der Begutachtung ist. Zweifel an der Kompetenz des Gutachters bzw. an der Seriosität des Gutachtens haben in der Regel damit zu tun, dass sich die entscheidenden Aussagen nicht auf die fachlichen Fragen beschränken, sondern mit gesundheitspolitischen oder anderen wohlmeinenden Zielen verbunden sind: Die nachfolgenden Absätze werden die einzelnen Untersuchungsschritte zur Beurteilung der Kausalität erläutern.

## Zur Nosologie

Aktuell sind zwei internationale Diagnosesysteme als Referenz anerkannt: die vor allem in Europa gebräuchliche ICD-10 und das vor allem in den USA verwendete DSM-IV. Die Psychiatrie findet sich in der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen, dem Kapitel F der ICD in der aktuell 10. Revision und im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen in der IV. Revision<sup>7)</sup>. Nachdem es in der Vergangenheit zwischen 40 und 100 Diagnosesysteme international gab, erwachsen beide Revisionen aus dem Bemühen, klinische Studien international vergleichen zu können. Bedingung dafür war die Einigung auf gemeinsame Grundlagen. Daraus entstanden die beiden deskriptiven Diagnosesysteme. Das bedeutet, beide Systeme versuchen, Diagnosen allein aufgrund der Beschreibung von Symptomen, deren erhebbarer Hintergrund und dem Verlauf<sup>8)</sup> zu stellen. Von einer ganzen Reihe psychischer Störungen ist die Ursache nämlich nach wie vor nicht bekannt. Die klassischen Diagnosesysteme kategorisierten Diagnosegruppen nach ihren Ursachen. Erkrankungen, deren Ursache unbekannt war, wurden in diesen Systemen aufgrund eines theoretischen Konzeptes einer Ursache zugeordnet. Daraus vor allem erwachsen auch die Differenzen in den unterschiedlichen Systemen<sup>9)</sup>. Diese Ordnung musste in ICD-10 wie DSM IV wegfallen, damit die internationale Einigung möglich wurde. Dem Vorteil der Einigung stehen jedoch auch einige Nachteile gegenüber: Mit wenigen Ausnahmen sagt die Diagnose allein nichts über die Kausalität der gestellten Diagnose aus. Zur Kausalität muss zusätzlich Stellung genommen werden. Die Einigung besagt, dass die Diagnosen «atheoretisch» seien. Sie bezögen sich nicht auf eine bestimmte Theorie der Verursachung psychischer Störungen<sup>10)</sup>.

<sup>6)</sup> Vgl. die Debatte in der forensischen Psychiatrie – Rasch 2000; Wolff 1995; Konrad 1995; für den Bereich der Sozialversicherungen gibt es dazu nur die Studie von T. Zeit zur Qualität der psychiatrischen Anamnesen im Gutachten allgemein. Zum Ermessensspielraum medizinischer Gutachten vgl. die Anm. 8, 45 und 52.

<sup>7)</sup> WHO 1992; Dilling/Mombour/Schmidt dt. 1992, 4. Aufl. 2000; American Psychiatric Association 1994; Sass/Wittchen/Zaudig dt. 1996. Die revidierte Fassung DSM IV – TR – ist soeben auf deutsch erschienen.

<sup>8)</sup> Die Beschreibung von Kriterien unter den einzelnen Ziffern verführt zur Annahme, dass die korrekte Erhebung des psychopathologischen Befundes in Form des Kriterienkataloges zur Diagnosestellung ausreicht. Diese Erhebung ist aber jeweils nur eine Momentaufnahme. Sie kann allenfalls für eine Verdachtsdiagnose oder eine vorläufige Diagnose ausreichen. Voraussetzung für eine definitive oder gar eine «Lebenszeitdiagnose» ist der Langzeitverlauf. D.h., dass die Erhebung einer ausführlichen (biographischen, sozialen und Krankheits-) Anamnese und gegebenenfalls die Dokumentenanalyse über den Krankheitsverlauf notwendiger Hintergrund für die aktuelle Diagnose sein müssen (DSM IV 2001, S. XIX; ICD-10 2000, S. 24, Hoff 1992; Hoff 1996).

<sup>9)</sup> Klerman 1978; Hoff 1989; Hoff 1994; Sadler/Wignnis/Schwarz 1994; Sass 1996.

<sup>10)</sup> Birley 1990; Scadding 1996; Sadler/Wiggins/Schwarz 1994; Hoff 1992.

Theoriefreiheit ist jedoch nicht möglich. Jedes systematische Denken hat eine (oder mehrere) theoretische Grundlagen. Dies gilt auch für die genannten psychiatrischen Diagnosesysteme. So lassen sich in Kenntnis der psychiatrischen Nosologie (Krankheitslehre) und ihrer Geschichte in der ICD-10 beispielsweise bei einer Reihe von Diagnosen psychodynamische Konzeptionen erkennen, während im DSM IV neurobiologische Konzepte überwiegen. Die Diskrepanz zwischen expliziter Theoriefreiheit und impliziten unterschiedlichen theoretischen Bezügen hat inzwischen dazu geführt, dass Psychiater und Psychiaterinnen unterschiedlicher Herkunft bei Verwendung derselben Begriffe von Unterschiedlichem sprechen<sup>11)</sup>.

In keinem anderen Fachgebiet gibt es ein systematisch durchgängiges Diagnosesystem. In der Inneren Medizin wie in der Chirurgie, der Neurologie oder Dermatologie gibt es Erkrankungen, deren Ursache bekannt ist und die deshalb auch nach ihrer Ursachen kategorisiert werden, z. B. ein Herzinfarkt. Andere beschreiben ein klinisches Krankheitsbild mit bekanntem Verlauf<sup>12)</sup> und unbekannter Ursache, z. B. manche Formen der Kardiomyopathie, der Morbus Crohn oder die Multiple Sklerose; eine dritte Gruppe umfasst Diagnosen auf Syndromebene (die sich allein auf die Beschreibung des Symptomkomplexes beschränkt), z. B. ein Lungenemphysem; eine vierte Gruppe entspricht einer Konvention, z. B. die Hypertonie oder die Adipositas<sup>13)</sup>. Dies ist in der Psychiatrie nicht anders: Zur ersten Gruppe gehört z. B. das Delirium tremens bei Alkoholabhängigkeit; zur zweiten die Schizophrenien und schizoaffektiven Erkrankungen; zur dritten manche depressive und Angststörungen, z. B. eine Phobie, und zur vierten die Bulimie oder somatoforme Schmerzstörungen. Ob Anpassungsstörungen und die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD oder PTBS) zur dritten oder vierten Gruppe gehören ist eine Frage des theoretischen Konzeptes, auf das Bezug genommen wird<sup>14)</sup>.

Die traditionellen psychiatrischen Diagnosesysteme unterscheiden zwischen organisch begründbaren psychischen Störungen, endogenen und psychogenen. Diese Unterteilung entspricht dem medizinischen oder biologischen Krankheitsmodell<sup>15)</sup>. Nach ihm müssen Beschwerden eine nachweisbare körperliche bzw. organische Ursache haben um als Krankheit anerkannt werden zu können. Dies waren die akuten exogenen Reaktionen und organisch begründbaren Psychosen

<sup>11)</sup> Birley 1990. Interessanterweise wird in neueren Lehrbüchern zur Neuropsychiatrie angenommen, dass ICD-10 wie DSM IV eben nicht a-theoretisch seien, sondern einem biologisch-psychiatrischen Krankheitsverständnis verpflichtet (z. B. Klosterkötter in Förstl 2000).

<sup>12)</sup> Langzeitsverläufe sind bei allen chronischen Krankheiten relevant. Besondere Bedeutung gewinnen sie bei klinischen Diagnosen, also solchen Diagnosen, bei denen das Krankheitsbild eindeutig beschreibbar ist, aber die Ursache nicht bekannt (z. B. Multiple Sklerose; Morbus Crohn, Schizophrenien, bipolar affektive Störungen).

<sup>13)</sup> Die Definition ist allein durch Grenzwerte des Blutdrucks bzw. des Gewichts im Verhältnis zur Körpergröße gegeben.

<sup>14)</sup> Das biologische Stresskonzept geht von einer Störung der Stresshormone und Transmitter aus. Vermutet wird, dass diese Störung dauerhaft ist und durch die traumatische Erfahrung ausgelöst wurde. Dies ist bisher jedoch eine Hypothese, die aus Tierversuchen entwickelt wurde. Insbesondere ist der Kausalzusammenhang nicht gesichert. Die Diagnose wird nach deskriptiven Kriterien gestellt und nicht aufgrund hormoneller oder anderer biologischer Parameter (Monat/Lazarus 1991; Mazure 1995; Pilgrim/Rogers 2000)

<sup>15)</sup> Zur Kritik am medizinischen Krankheitsmodell vgl. Herzlich 1991; Mechanic 1999.

ohne Zweifel. Bei den endogenen Psychosen ging man angesichts der Eindrücklichkeit der Krankheitsbilder und des Krankheitsverlaufes von einer organischen Ursache aus, die man noch nicht entdeckt hatte. Ausnahme machten lediglich die «rein psychogenen», also nicht körperlich nachweisbaren psychischen Störungen. Entsprechend wurden sie – je nach psychiatrischer Schule – nicht als gleichwertige Erkrankungen anerkannt<sup>16)</sup>. Dem gegenüber standen vor allem psychoanalytische und andere psychodynamische Konzepte, die davon ausgingen, dass nicht nur «psychogene» Störungen bzw. Neurosen, sondern auch Psychosen aus einer psychischen, nicht aus einer körperlichen Fehlentwicklung entstanden. Umgekehrt zeichnet sich aktuell die Entwicklung ab, bisher als psychogen beschriebene Störungen aufgrund funktioneller Veränderungen als biologisches Geschehen aufzufassen<sup>17)</sup>.

So eingängig diese Unterteilung ist, so wenig kann sie weiter aufrecht erhalten werden. Dies hat zwei Gründe: Für eine ganze Reihe von Erkrankungen, die in dieses Spektrum fallen, ist trotz intensiver Forschung bisher weder von psychogenetischer noch von organogenetischer Seite eine eindeutige Ursache benennbar. Noch gravierender aber ist, dass mit den wachsenden Erkenntnissen der neurobiologischen Grundlagenforschung funktionelle Veränderungen im Gehirn wahrgenommen und beobachtet werden können. Sie stellen die strikte Trennung zwischen organischen und psychogenen Störungen in Frage<sup>18)</sup>. Was bedeutet es beispielsweise, wenn bei somatoformen Bewegungsstörungen (einer Untergruppe der dissoziativen Störungen) Minderfunktionen des motorischen Cortex ähnlich denen bei manifesten Lähmungen dargestellt werden können<sup>19)</sup>?

Diese Bilder funktioneller Veränderungen sind sehr eindrücklich. Die Visualisierung von Hirnaktivitäten (des Glucoseverbrauchs, der Sauerstoffversorgung...) legt nahe, dass es sich bei ihnen um Veränderungen handelt, die – eben doch – eine organische Grundlage haben. Genau genommen besagen sie jedoch nicht mehr, als dass sich die Gehirnaktivität gegenüber gesunden Probanden verändert hat. Sie zeigen, dass psychische Prozess mit physiologischen Veränderungen einhergehen<sup>20)</sup>. Ob und wie diese Veränderungen zustande kamen, ist damit nicht ausgesagt. Genauso wenig über ihre Beeinflussbarkeit und ihre Dauerhaftigkeit. Angesichts der aktuellen Tendenzen in der Psychiatrie, sich den Naturwissenschaften zuzurechnen, wie dies die Medizin insgesamt tut, liegt es nahe, nur noch von organisch begründbaren Störungen auszugehen. Dies ist jedoch eine Annahme, die zu schnell eine Korrespondenz zwischen dem Wissen über psychische Prozesse und nachweisbaren neurobiologischen Prozessen herstellt. Denn es ist

<sup>16)</sup> Die Psychiatrie hat neben den medizinischen auch philosophische und pädagogische Wurzeln. Traditionell stehen sich zwei Richtungen gegenüber, die in der Romantik als «Psychiker» und «Somatiker» bezeichnet wurden (Ackerknecht 1985; Hoff 1992; Hoff 1996).

<sup>17)</sup> Z.B. Halligan/David 1999; Förstl 2000; in diese Richtung tendieren auch die neueren Lehrbücher zur «Neuropsychiatrie».

<sup>18)</sup> Das Konstrukt der «psychogenen Störung» ist verlassen worden (vgl. die Einführungen zu ICD-10 und DSM IV, vgl. Anm 17). Man geht davon aus, dass jede psychische Reaktion ein physiologisches Substrat haben muss.

<sup>19)</sup> Halligan/David 1999. Die rein «materialistische» Betrachtung erfährt aber inzwischen auch Kritik, z.B. Uttal 2001.

<sup>20)</sup> Hagner 1996; Pörksen 1997; Spence 2000; Honey/Fletcher/Bullmore 2002.

evident, dass psychische Prozesse auf der Grundlage irgendeines neurobiologischen Vorgangs ablaufen müssen. Zwischen Grundlagenwissen von neurobiologischer Seite zum einen, von soziologischer, sozialpsychologischer und psychologischer Seite zum andern und der klinischer Situation – der Situation des einzelnen Patienten, den Beschwerden der einzelnen Patientin – klafft eine Lücke, die von einigen Autoren als «hiatus theoreticus» bezeichnet wird<sup>21)</sup>: die Lücke wird in der Annahme gefüllt, dass sie klein sei und auf erkennbare Weise überbrückbar. In der Medizingeschichte hat sich dies wiederholt als Irrtum erwiesen.

## Zur Art der Daten

Klinische (Therapie-) Studien zeigen denn auch einen etwas anderen Trend. Hier stehen sich nicht «biologische Psychiater» und «Psychodynamiker», nicht neurobiologische und psychodynamische Ansätze gegenüber. Vielmehr werden zunehmend integrative Therapiekonzepte propagiert. Die besten Therapieerfolge für fast alle psychischen Störungen zeigen Behandlungspläne, die Pharmakotherapie, Psychotherapie und begleitende sozialtherapeutische Massnahmen (wie Tagesstrukturierung, Training spezifischer Fertigkeiten, Unterstützung bei der Reintegration an den Arbeitsplatz oder in eine Ausbildung bzw. Umschulung) mit einbeziehen. Für eine seriöse Begutachtung sind eine Fülle von Informationen, von «Daten» wichtig, deren genauere Betrachtung lohnt.

Wissenschaftliche Erkenntnis resultiert immer aus der Anwendung einer bestimmten Methode. Sie hat einen theoretischen Hintergrund, einen Referenzbereich und Fehlerquellen. Sie müssen bei der Interpretation der Ergebnisse und den daraus gezogenen Schlussfolgerungen berücksichtigt werden. Wichtig ist zunächst die Art der Daten zu unterscheiden, die erhoben werden: Schon die genuin medizinischen Daten sind ganz unterschiedlicher Art – klinische Untersuchungsbefunde, Laboraten, Röntgenbilder, funktionelle Aufnahmen mit MRI, PET etc.; Messungen, Testergebnisse, Gewebeuntersuchungen. Sie gelten als objektive Befunde. Im Rahmen der Begutachtung wird selten diskutiert, dass zwischen Befund und «Datum» ein oder mehrere Interpretationsschritte liegen<sup>22)</sup>. Sie sind im Bereich der Norm wie im Bereich hoch auffälliger Werte wenig relevant. Im Grenzbereich

<sup>21)</sup> Paul 1996; Schlich 1996; Das methodische Problem liegt darin, dass unterschiedliche Erkenntniswege in ein und derselben Argumentation genutzt werden. Das zweite Problem liegt in der Bevorzugung der Monokausalität als Prinzip. Gesucht wird nach der entscheidenden Ursache. In aller Regel geht es jedoch um viele Faktoren. Unterschieden wird zwischen notwendigen und hinreichenden Krankheitsursachen; zwischen primären und sekundären und zwischen ursächlichen und Begleitfaktoren. Natürlich ist auch die Tatsache der Versicherungsleistungen nicht wegzudenken. Auch hier geht es jedoch nicht um einen einzigen Faktor (Cassidy u. a. 2000).

<sup>22)</sup> Auch Röntgenbilder, MRI- CT-Befunde, Laborwerte müssen interpretiert werden. Ähnlich der Eingängigkeit von Bildern, die vermeintlich für sich sprechen, besteht eine Tendenz, Zahlen als vertrauenswürdiger anzunehmen und sie gegenüber Beschreibungen als «objektiv» einzuschätzen (Porter 1995). Wesentlich ist zu berücksichtigen, was mit der jeweiligen bildgebenden Diagnostik bzw. den Laboraten ausgesagt werden kann. Die Schlussfolgerungen gehen nicht selten darüber hinaus. Grande (1998) hat am Beispiel der kardiologischen Rehabilitation dargelegt, wie weit sich «medizinische Rationalität» von subjektiven Beschwerden entfernt hat. Die Arbeitsgruppe um Zanetti hat dies für die Röntgenprojektionen der distalen Radiusfraktur (Zanetti/Gillula/Jacob/Hodler 2001) und die MRI-Darstellungen der Ligamenta alaria bei Verdacht auf Riss der Ligamente im Vergleich mit der Normalbevölkerung gezeigt (Pfirrmann/Binkert/Zanetti/Boos/Hodler 2000).



werden sie es jedoch: Ab wann ist z. B. ein Laborwert pathologisch? – dann, wenn er eine Masseinheit jenseits des Referenzbereichs liegt, oder dann wenn er erheblich von früheren Werten ein und derselben Person abweicht? Und welcher pathologische Laborbefund ist eine verlässliche Aussage über ein bestehendes Risiko oder einer Erkrankung<sup>23)</sup>? Ab wann werden weite Hirnfurchen als «Hirnatrophie» beurteilt? Was besagt ein neuropsychologisches Testergebnis, das auf eine kognitive Funktionsstörung hinweist<sup>24)</sup>? Nicht nur in ihrer Persönlichkeit, sondern auch in der körperlichen Statur, der Funktion einzelner Organe, in der Regeneration und Rehabilitation nach Verletzungen sind Menschen so verschieden, dass festgelegte Normwerte nicht immer als Masstab ausreichen.

Interpretationsschritte liegen auch zwischen biographischen, sozialen, Krankheits-, psychischen, kulturellen... Informationen, Testergebnissen und den daraus erarbeiteten «Daten», die in die Untersuchung eingehen. Der Unterschied zu den Interpretationsschritten bei den medizinischen Daten ist jedoch nicht so gross, wie zuweilen angenommen wird. Und er reduziert sich, wenn der Prozess der Interpretation im Gutachten nachvollziehbar wird. So sagt das «Datum» «normale Ehe» nichts über das reale Eheleben der betreffenden Person aus. Statt dessen stellt sich die Frage, ob die Ehe kein Thema der Exploration war; ob der Proband sich zu Ehe nicht äussern wollte oder nicht konnte, ob die Gesprächssituation kein Erzählen zuließ oder ob der Untersucher nicht beharrlich und begründet genug nachgefragt hat. Folgt der Satz der Widergabe der Ehegeschichte als Resumé, kann die Beurteilung nachvollzogen – oder kritisch vermerkt werden. Wird der Satz begleitet von der Schilderung der Gesprächssituation und dem Ringen um das Thema, gewinnt er Bedeutung in der Gesamtbeurteilung der Biographie. So kann z. B. die Ehe – oder ein anderer Lebensabschnitt – gegenüber den sonstigen Darstellungen auffallend blass und nichtssagend bleiben. Die Frage ist dann, ob es einen Grund gibt, dass die Probandin darüber nicht sprechen möchte – oder warum sie sich nicht erinnert.

Der nächste Interpretationsschritt besteht in der Einordnung der genannten Daten in ein Gesamtbild; die Darstellung und Begründung, warum Daten als relevant erachtet und für die Diagnose herangezogen oder auch vernachlässigt werden. Kann es sein, dass die wachsende Sorge eines Mittfünfzigers, seine Altersvorsorge könnte für die geplante vorzeitige Pensionierung nicht ausreichen, wahnhaftige Ausmasse angenommen hatte, bevor er sich raptusartig suizidierte? Gibt es weitere Hinweise für eine akute aufgetretene wahnhaftige Depression? Wiesen Rückzug, Gewichtsverlust, Unruhe, Schlafstörungen, ständige Kontrolle der Finanzen und Termine mit dem Notar nicht in dieselbe Richtung? Kann es sein,

<sup>23)</sup> Von vielen Ärzten werden falsche Schlussfolgerungen über die Wahrscheinlichkeit, dass eine bestimmte Erkrankung oder ein bestimmtes Risiko vorliegt gezogen. Die wachsende Literatur hierzu ist bisher nur bedingt in den klinischen Alltag eingegangen, s. z. B. Kahneman/Slovic/Tversky 1992; Baigger 2000.

<sup>24)</sup> Es sagt nichts über ihre Ursache aus. Es besagt nicht, dass ein dauerhafter hirnormanischer Schaden vorliegt. Die meisten kognitiven Funktionsstörungen sind unspezifisch. Sie können bei Überlastung, Schlafentzug, bei psychischen und sozialen Problemen, unter Medikamenten, Alkohol oder Drogen, bei psychischen Erkrankungen, ja sogar bei körperlichen Erkrankungen auftreten, die nicht das Gehirn betreffen (Tarter/Butters/Beers 2001; Zakzanis/Leach/Kaplan 1999).



dass die beruflich erfolgreiche Mutter von vier Kindern, die sich dazu noch um die gebrechlichen Schwiegereltern kümmerte und Freiwilligenarbeit beim Roten Kreuz leistete zwar erfolgreich, aber auch überfordert und am Rande ihrer Kräfte war?

Weil subjektive – wie objektive - Informationen nicht als solche existieren, sondern vom Darstellenden aufgenommen und interpretiert – zum Datum reduziert, erweitert, umgearbeitet werden<sup>25)</sup>, genügt in aller Regel ein einziges Datum nicht, um eine Beurteilung vorzunehmen. Mehrere Daten müssen auf unterschiedlichen Ebenen in dieselbe Richtung weisen. Zeigen sich Divergenzen, wo Konvergenzen erwartet werden müssten, ist auch dies eine Information. Sie darf nicht geschönt, geglättet werden, sondern muss benannt und diskutiert werden: Fehlen notwendige Daten? Wo könnten Irrtümer liegen? Oder sind die vorhandenen Informationen zu unklar als dass daraus eine Beurteilung vorgenommen werden könnte?

## **Der Faktor Zeit**

Die Zeit spielt für die psychische Entwicklung eines Menschen, für seine Biographie, seine psychischen Beschwerden oder seine psychische Erkrankung eine grosse Rolle. Die Chronologie von Ereignissen ist nur einer unter mehreren Zeitfaktoren. Ein weiterer Zeitfaktor besteht in der Unterscheidung zwischen punktuellen Ereignissen und längerfristigen Entwicklungen oder Verläufen, z. B. das Ereignis eines Unfalls gegenüber einer Schwangerschaft; gegenüber der Pflege eines kranken Angehörigen bis zum Tod oder gegenüber der Dauer einer Ehe oder einer Ehekrise. Hinzu kommt, dass die meisten Faktoren, die für die Kausalitätsbeurteilung relevant sind, nicht statischen, sondern dynamischen Charakter haben – sie verändern sich selbst – zusätzlich zu ihrer Beeinflussung anderer Faktoren – mit der Zeit.

Alles, was einem Menschen begegnet, was mit ihm geschieht, verändert die Ausgangssituation. Das Unfalldossier beginnt zwar mit dem fraglichen Ereignis, nicht aber die Lebens-, Entwicklungs- und Krankengeschichte des Betroffenen. Bedeutsam für die Unfallverarbeitung – die eventuellen körperlichen Schäden, die bleibenden Behinderungen, sowie das Unfallerlebnis – sind die konstellierenden Faktoren zum Zeitpunkt des Ereignisses: Daueranspannung, akute Konflikte anderer Art, belastende Lebensbedingungen, körperliche und psychische Erschöpfung, chronische Erkrankungen gelten als Risikofaktoren neben der Erfahrung lebensbedrohlicher Ereignisse in der Vorgeschichte. Prognostisch relevant ist dazu, ob das Ereignis im Moment des Geschehens als lebensbedrohlich wahrgenommen wurde. Für die Bewältigung entscheidend sind Coping-Strategien. Dazu gehört vor allem ausreichende Information über die Situation und die weitere mögliche Entwicklung, die eigene aktive Beteiligung und Mitgestaltung der nachfolgenden Entwicklung.

<sup>25)</sup> Ehlich 1982; Porter 1995; Bohnsack 2000; Denzin/Lincoln 2000.

Alle diese Faktoren sind ebenfalls keine ein für alle Mal gegebenen oder verlorenen. Sie können auch in der Zeit nach dem Unfallereignis entwickelt, gefördert oder behindert werden. Die soziale Unterstützung durch nahestehende Menschen und die weitere Umgebung sind zusätzliche, wichtige Bewältigungsfaktoren. Man spricht hierbei auch von sekundären oder Verlaufsfaktoren.

Eklatante Behandlungsfehler sind sehr selten. Als iatrogener Faktor zu wenig bedacht wird jedoch bisher die Vermittlung eines Krankheitsmodells, einer Erklärung für fortdauernde Beschwerden, die die Verunfallten auf das Ereignis und einen von nun an unabänderlich fortbestehenden Schaden – z. B. ein «Hirnschaden» nach einem Unfallereignis fixieren<sup>26)</sup>. Krankheitsentwicklungen sind keineswegs statisch. Auch hier geht es darum, Entwicklungs- und Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen, in denen die Betroffenen eine aktive Rolle spielen.

Die subjektive Krankheitstheorie<sup>27)</sup> der Betroffenen in Erfahrung zu bringen und mit ihr zu arbeiten ist ein notwendiger Bestandteil der Rehabilitation<sup>28)</sup>. Wie das vermittelte ärztliche Krankheitsmodell fixiert sein kann, können auch subjektive Krankheitstheorien erstarren. Die wesentliche Aufgabe in der Behandlung besteht darin, das Modell in Bewegung zu setzen.

Das heisst zusammengefasst, dass auch nach dem Unfallereignis und der Erstbehandlung aufgetretene psychische Beschwerden nicht in eine dauerhafte Erkrankung münden müssen. Die Tatsache, dass sie vorhanden sind sagt für sich noch nichts über den weiteren Verlauf aus<sup>29)</sup>. Therapeutische und rehabilitative Ziele müssen nach wie vor im Vordergrund stehen. Sie sind für die langfristige Entwicklung wie für das Ausmass des Dauerschadens entscheidend. Therapie geht vor Entschädigung. Dieses Prinzip geht im Ringen um die Finanzen gelegentlich unter.

Psychische Reaktionen haben einen anderen zeitlichen Verlauf als körperliche: Zwar gelten akute psychische Reaktionen als wichtiger prognostischer Faktor. Nach schweren Unfallereignissen aber steht die Sicherung des Überlebens, die Notfallversorgung zunächst zwingend an erster Stelle. Nicht selten werden psy-

<sup>26)</sup> Es ist eine Frage der Perspektive, ob man bei einer entstandenen Schädigung auf den (voraussichtlich) dauerhaften Schaden abzielt oder auf die Regenerations-, Kompensations- und Bewältigungsmöglichkeiten. Die Regenerationsfähigkeit des Gehirns wurde lange unterschätzt. Ein ungewöhnliches Beispiel ist die Geschichte eines Jungen, bei dem wegen einer unheilbaren Epilepsie eine funktionelle Hemisphärektomie rechts im Alter von drei Jahren und sieben Monaten durchgeführt wurde. Damit war die rechte Hirnhälfte nicht vollständig entfernt, aber völlig gebrauchsunfähig. Battro (2000) berichtet über die Entwicklung von Nico zwischen seinem sechsten und neunten Lebensjahr. «Kinder wie Nico zeigen eine bemerkenswerte Readaptation. Wir können nicht annehmen, dass sie mit einem geschädigten Gehirn leben. Sie leben mit einem intakten Gehirn, einem vollständig funktionierenden halben Gehirn» (Battro 2000, 28. Übers. U. H.-R.). Funktionelle Störungen sind in der Regel nicht dauerhaft (s. auch Anm. 24). Entwicklungs- und Bewältigungsmöglichkeiten können in beiden Fällen eingeschränkt sein. Weitere Faktoren können eine Chronifizierung fördern.

<sup>27)</sup> Die subjektive Krankheitstheorien und Möglichkeiten ihrer Veränderung wurden in einigen Forschungsprojekten untersucht. Sie sind in der klinischen Medizin kaum bekannt (z. B. Flick 1991; Mutzek/Schlee/Wahl 2002).

<sup>28)</sup> Schüffel u. a. 1998; Schnyder 2000.

<sup>29)</sup> Akute Symptome im unmittelbaren Kontext des Unfallereignisses gelten als Risikofaktor für die weitere Entwicklung. Das bedeutet aber nicht, dass bereits eine Störung oder Krankheit vorliegt (Vgl. ersten Abschnitt zur Unspezifität der Symptome). In der Regel geht es nicht um «Alles oder nichts», sondern um «ein wenig» oder «sehr viel» (vgl. Anm. 2).

chische Beschwerden erst nach einiger Zeit erkennbar. Sei es, dass die Verunfallte im Koma lag, dass wiederholte operative Eingriffe und Schmerzen die Aufmerksamkeit voll in Anspruch nahmen; sei es, dass sich die Hospitalisation in die Länge zog und die psychische Verfassung erst mit der Rückkehr in die vertraute Umgebung wahrgenommen wurde. Auch Behandlung und Abklingen psychischer Störungen fordern mehr Zeit als körperliche. Studien über den Verlauf posttraumatischer Belastungsstörungen haben beispielsweise gezeigt, dass sie im Verlauf eines halben bis zu sechs Jahren nach dem Ereignis abklingen<sup>30)</sup>. Manche klingen erst nach weiteren Jahren ab. Dauerhafte psychische Störungen nach Unfallereignissen sind deshalb in ihrem Ausmass erst nach vielen Jahren definitiv beurteilbar. Erst dann kann die Integritätsentschädigung definitiv geschätzt werden. Erst dann beginnt für die weitere Lebenszeit die Auseinandersetzung damit, welche Beschwerden zum «Verschleiss des Lebens»<sup>31)</sup> gehören, welche Veränderungen zur Persönlichkeit als Spuren des Lebens und welche als traumatisch zu betrachten sind.

## **Argumentationsebenen**

Gravierende Veränderungen im psychischen Befinden als «Spuren des Lebens» zu bezeichnen hat vermeintlich den Beigeschmack einer Entwertung. Auch befriedigt die Erklärung nicht, dass «das Leben» eben nicht spurlos an einem Menschen vorübergegangen sei. Der Wunsch nach einer Erklärung, nach einer Zuordnung und am besten – nach der Benennung der Ursachen – ist plausibel. Er entspricht einem allgemein menschlichen Bedürfnis nach der Ursachensuche. Die Frage nach dem Warum stellt sich besonders nach schweren Unfällen, aber auch nach Unfallereignissen, die zu einem Einbruch im Leben geführt haben. Das Leben kann nicht mehr wie vorher fortgesetzt werden. Da solche Veränderungen in aller Regel jedoch nicht eine einzige Ursache haben<sup>32)</sup>, ist die Zuordnung schwierig. Manchmal hilft eine Synopse – die chronologische Auflistung von Beschwerden, Befunden, therapeutischen Massnahmen mit welcher Art von Erfolg oder Nicht-Erfolg, biographischen und weiteren relevanten Daten in einer Tabelle. So erhält man eine Übersicht über zeitgleiche Entwicklungen, sich überlappende Verläufe, Konvergenzen und Divergenzen. Die Dynamik der Einzelfaktoren spielt hier eine besondere Rolle.

Weil das Kausalitätsbedürfnis ein allgemein menschliches ist, findet es sich auch in der gutachterlichen Beurteilung wieder. Dort kann es uns einen Streich spielen. In der Erhebung sämtlicher Daten für die Diagnose wie in der Begründung von Diagnose und Kausalitätsbeurteilung ist deshalb die konsequente Überprüfung der Argumentationsebene gefordert: Bezieht sich die Begründung auf Grundla-

<sup>30)</sup> Kessler/Sonnega/Bromat/Hughes/Nelson 1995.

<sup>31)</sup> Brown 1974; Brown u.a. 1973; Frank 1992.

<sup>32)</sup> Schlich 1996; Kluge/Kelle 2001.

genwissen? In welcher Relation steht es zur klinischen Situation? Kann der Bezug bereits hergestellt werden oder ist er spekulativ<sup>33)</sup>? Bezieht sich die Begründung auf Evidenz basierte Studien? Auf eine Theorie und auf welche? Auf klinische Erfahrung – und in welchem Kontext? Wie und warum kann das Wissen im vorliegenden Einzelfall genutzt werden? Was kann auf welcher Ebene erklärt werden? Allzu oft sprechen nicht alle Details für den gewählten theoretischen Bezug. Der Wunsch nach einer stichhaltigen Erklärung verführt unter Umständen zum «Glätten» der Widersprüche; oder zur Auslassung gegenteiliger Befunde. Aufgabe des Gutachters aber ist es nicht, seine Theorie zu verteidigen, sondern die Dinge samt ihren Ungereimtheiten zu benennen. Unter Umständen weisen sie auf einen anderen Sachverhalt – oder auf die nicht definitiv zu klärende Situation.

Die aktuell gängigsten theoretischen Bezüge sind die Neurobiologie, unterschiedliche psychodynamische Konzepte, die Systemik. Daneben existieren Erkenntnisse der Biographie- und Erzählforschung. Neurobiologische Erkenntnisse gelten aktuell als die mit der höchsten Erklärungsdichte. Nicht immer aber wird berücksichtigt, ob es sich um experimentelle Ergebnisse handelt, deren klinische Relevanz noch nicht bekannt ist; ob bildliche Darstellungen angesichts ihrer Eingängigkeit in ihrer Aussagekraft nicht überbewertet wurden oder die Interpretation der Darstellung nicht nur eine unter mehreren möglichen ist<sup>34)</sup>. Neuropsychologische Testuntersuchungen dienen der möglichst detaillierten Erfassung einzelner kognitiver Defizite. Für die Benennung der Ursache für die Defizite haben sie jedoch nur begrenzten Wert<sup>35)</sup>. Epidemiologische Studien sind als Orientierung wichtig, haben aber für sich allein noch keine Beweiskraft im Einzelfall<sup>36)</sup>. Psychodynamische Konzepte sind prinzipiell therapeutisch nützlich, weil sie für Behandelnde wie Behandelte einen roten Faden bieten, an dem sich beide orientieren und ihn gegebenenfalls modifizieren können<sup>37)</sup>. Für Diagnose und Kausalität sind sie nur von begrenztem Nutzen: Die Untersuchungssituation ist zeitlich eng begrenzt. Häufig fehlen zu viele Details um klare Aussagen zu machen; die Suggestivkraft der Konzepte ist höher als ihr Beweiswert. Kognitiv behaviorale Verfahren<sup>38)</sup> wollen psychische Störungen möglichst gezielt und selektiv behandeln. Die zu-

<sup>33)</sup> Paul 1996.

<sup>34)</sup> Bilder, insbesondere Graphiken, Fotografien, Röntgenaufnahmen etc. gelten als besonders überzeugende Dokumentation. Dies hat viel mit ihrer unmittelbaren Eingängigkeit zu tun. Meistens handelt es sich bei der Bildgebung aber und visualisierte Ergebnisse von Berechnungen. In den letzten Jahren hat die kritische Literatur zur Visualisierung auf dieses Problem aufmerksam gemacht (z. B. Hagner 1996; Pörksen 1997; Uttal 2001; Honey/Fletcher/Bullmore 2002).

<sup>35)</sup> Neuropsychologische Testuntersuchungen wurden ursprünglich entwickelt zur Erfassung von Defiziten bei nachgewiesenen Hirnverletzungen. Mit der Weiterentwicklung und Verbreitung der Testverfahren wurden sie zunehmend beim generellen Verdacht auf kognitive Funktionsstörungen eingesetzt. Der Rückschluss von kognitiven Defiziten in den Tests auf Hirnverletzungen ist jedoch nicht gestattet. Abgesehen von schweren Defiziten und begleitenden neurologisch objektivierbaren Symptomen sind kognitive Funktionsstörungen unspezifisch. Das betrifft die überwiegende Mehrzahl der Untersuchungen (vgl. Anm. 24).

<sup>36)</sup> Vgl. Anm 23

<sup>37)</sup> Psychodynamische Theorien wurden retrospektiv aus Biographien, Krankengeschichten und klinischer Erfahrung entwickelt. Der Rückschluss, dass im Einzelfall bei einer bestimmten Konstellation nur der nach der jeweiligen Theorie gültige Zusammenhang zutreffen kann, ist nicht zulässig. Die Theorien sind wichtige Arbeitshilfen. Rechtlich verbindliche Aussagen über Kausalzusammenhänge sind nur selten belegbar.

<sup>38)</sup> Kognitiv behaviorale Verfahren wurden aus Experimentalsituationen und Tests entwickelt. Das bedeutet, dass die interagierenden Variablen reduziert wurden. Dies entspricht nicht der Alltagssituation. Die zugrunde liegenden Theorien sind deshalb nicht direkt auf reale Gegebenheiten übertragbar (vgl. Rheinberger/Hagner 1993).

grunde liegenden Modelle psychischer Prozesse beschränken sich jedoch auf einen eng umschriebenen Ausschnitt. Die Systemik kann vor allem helfen, interagierende Verlaufsprozesse ausreichend zu berücksichtigen – Anzahl und Art ärztlicher Kontakte, therapeutische, rechtliche, soziale Initiativen von welchen beteiligten Parteien; sekundäre und tertiäre Interessen, Argumentationen und Entwicklungen. Die Biographie- und Erzählforschung dient der Analyse der subjektiven Angaben der Probanden<sup>39)</sup> – all jener Daten, die gerne möglichst weit reduziert würden, und ohne die doch keine Begutachtung möglich wäre. Denn jedes Unfallereignis ist eines, das einem individuellen Menschen in einer Ausnahmesituation seines Lebens widerfährt. Biographie-<sup>40)</sup> und Erzählforschung<sup>41)</sup> nehmen Bezug zum bisherigen Leben, den Erfahrungen, der Befindlichkeit, den Bewältigungsmöglichkeiten und der Lebenssituation. Letztere dürften deshalb bisher eher zu wenig berücksichtigt worden sein und in ihrer Bedeutung für Krankheitsentwicklung und -verlauf unterschätzt<sup>42)</sup>. Generell sind theoretische Überlegungen zum Prozess der Diagnosestellung in der Medizin eher zu selten als zu häufig anzutreffen. Wie entscheidend die Auseinandersetzung damit ist hat Wieland gezeigt<sup>43)</sup>.

## **Bedingungen einer seriösen Beurteilung**

Gutachten heisst, auf dem Hintergrund des aktuellen Wissensstandes und ausreichender klinischer Erfahrung im Einzelfall zu den gestellten Fragen im eigenen Fachgebiet Stellung zu nehmen. Darüber hinaus aber bedeutet Gutachten zu übersetzen: aus dem eigenen – psychiatrischen – Fachgebiet in juristische Begriffe. Es ist nicht Aufgabe des Juristen oder der Juristin, sondern der medizinischen Experten, die durchgeführten Erhebungen und Untersuchungen bei der fachlichen Einordnung in den Sachverhalt für Juristen verständlich darzulegen und die Ergebnisse den juristischen Begriffen zuzuordnen: Eine psychiatrische Diagnose ist nicht zwingend schon eine Geisteskrankheit<sup>44)</sup>. Der natürliche Kausalzusammenhang ist nicht allein aufgrund der Chronologie gegeben («post hoc ergo propter hoc»). Aufgetretene Beschwerden auch schweren Ausmasses müssen nicht andauern. Sie klingen aber auch nicht in jedem Falle ab<sup>45)</sup>.

<sup>39)</sup> Vgl. Hoff 1996; Klosterkötter 1996; Grande 1998.

<sup>40)</sup> Jüttemann/Thomae 1998; Sackmann/Wingens 2000; Schumann 2001; Kluge/Kelle 2001.

<sup>41)</sup> Quasthoff 1980; Flader/Grodzicki/Schröter 1982.

<sup>42)</sup> Z. B. Greenhalgh/Hurwitz 1998.

<sup>43)</sup> Wieland 1975.

<sup>44)</sup> Zu den Geisteskrankheiten werden nach wie vor die Erkrankungen aus dem Schizophrenen Formenkreis und schwere affektive Störungen sowie einige organisch bedingte psychische Störungen gerechnet, nicht aber Anpassungsstörungen, somatoforme Störungen, Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen. Hinzu kommt, dass nicht alle Diagnosen nach ICD-10 und DSM-IV einer Krankheit entsprechen (vgl. Anm 2).

<sup>45)</sup> Hier hat ein Perspektivenwechsel innerhalb der Psychiatrie wie in der Öffentlichkeit stattgefunden: Dass sich Menschen im Verlauf des Lebens und durch das Leben verändern ist keine Frage. Während jedoch bis vor ca. 30 Jahren Veränderungen der «Psyche» im Verlauf der Zeit als gegeben angenommen wurden, stellt sich heute die Frage, ob eine Veränderung der «Psyche» oder der Persönlichkeit als krankhaft – oder als Veränderung durch das Leben betrachtet werden muss. (Antonovsky et al. 1971; Frank 1961/1992; Antonovsky 1987/1997 – «the regenerative powers of the ego are not limitless»).



Für Juristen und Juristinnen verständlich und nachvollziehbar Stellung zu nehmen setzt voraus, dass die Art der herangezogenen und erhobenen Daten dargelegt wird: In die Wiedergabe der Exploration sollte mit aufgenommen werden, ob wichtige Details spontan berichtet wurden, ob sie aktiv erfragt wurden oder aus welchen Gesprächspassagen sie indirekt entnommen wurden. Solche Passagen sollten wenn möglich zitiert werden. Die vorgefundenen und erhobenen Daten müssen nicht nur benannt werden, sondern auch ihr Erkenntnisgewinn bzw. der Grad der Ungewissheit beschrieben. Die Darstellung der Ergebnisse muss verständlich; ihre Interpretation nachvollziehbar sein. Dazu ist es nötig, die jeweilige Argumentationsebene anzugeben oder erkennbar zu machen. Unstimmigkeiten, Widersprüche und Lücken müssen benannt werden; offene Fragen als solche formuliert. Wichtige Interpretationsschritte müssen begründet werden. Nur dadurch, dass auf Lücken oder Widersprüche zwischen der eigenen Exploration und den erhobenen Befunden gegenüber Vorbefunden oder anderen Untersuchern Bezug genommen wird, wird erkennbar, dass und wie die gesamte Datenlage in die Beurteilung einging.

Die beeindruckenden Fortschritte der Medizin im Verlauf des 20. Jahrhunderts sind nicht einfach auf die naturwissenschaftlichen Grundlagen der Medizin zurückzuführen. Vielmehr hat die Einengung auf die naturwissenschaftliche Seite und die Vernachlässigung der klinischen Medizin wie ihrer sozialen, psychologischen und anthropologischen Seiten die weitere Entwicklung behindert<sup>46)</sup>. Schwierige Krankheitsverläufe, schwierige Befunde sind damit allein in aller Regel nicht angebar. Die Rückbesinnung auf frühere klinische Erkenntnisse hat begonnen. Dazu gehört nicht zuletzt, dass die meisten Krankheiten nicht eine einzige Ursache haben, sondern neben einer «notwendigen» viele «hinreichende». Sie müssen bedacht und näher untersucht werden<sup>47)</sup>. Sie gilt es auch bei der Begutachtung zu berücksichtigen.

Berücksichtigt werden muss zudem, dass die persönliche Begegnung in der Untersuchungssituation zu Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen<sup>48)</sup> führt. Diese beeinflussen die Wahrnehmung in mehr oder weniger ausgeprägter Weise. Die Reflexion dieser Prozesse bedarf eines Mindestmass an Selbsterfahrung. Wenn solche Reaktionen gewichtig werden, sollten sie im Gutachten erwähnt werden<sup>49)</sup>. In unscharfer Trennung von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen wird mit bestimmten Diagnosen eine moralische Bewertung konnotiert. Dies betrifft vor allem Diagnosen aus der Gruppe der somatoformen, Konversions- und dissoziativen Störungen. Kann der Explorand nicht oder will er nicht? Diese Frage begleitet psychische Beeinträchtigungen zumindest seit Beginn des Fachgebiets. Bereits im 18. Jahrhundert unterschieden sich die «Somatiker» und

<sup>46)</sup> z.B. Le Fanu 1999.

<sup>47)</sup> Schlich 1991, vgl. Anm. 32.

<sup>48)</sup> Zu den Begriffen vgl. Freud 1910/1975; Barbey 1980; Gabbard 1999. Zur Situation des gutachtenden Arztes. Siehe auch Hoffmann-Richter in diesem Band S. 23-27.

<sup>49)</sup> Barbey 1980; Rasch 1999 spricht vom persönlichen, einfühlsamen Kontakt als «besseres Beweismittel».



«Psychiker» nicht nur durch ihre Theorien der Verursachung, sondern auch durch ihre Haltung gegenüber ihren Patienten: Von einer organisch bedingten Ursache der Störung auszugehen impliziert, dass die Patientin nichts dafür kann. Es bedeutet zwar, sie von der Verantwortung zu entlasten aber zugleich auf ihre Beschwerden zu fixieren. Von einer psychogenetischen Ursache auszugehen impliziert dem gegenüber, dass eine Entwicklung möglich ist. Der Patient wird aber auch für fehlende Fortschritte verantwortlich gemacht – er will nicht. Diese Theorie oder auch Hintergrundannahme<sup>50)</sup> verändert die Grundhaltung gegenüber den Versicherten. Sie sollte aber keinen Einfluss auf die Beurteilung haben. Voraussetzung dafür ist die kritische Reflexion dieses Prozesses und der einzelnen Beurteilungsschritte bei der Erstattung des Gutachtens.

## **Möglichkeiten und Grenzen der Beurteilung**

Für die Klientin und den Klienten bietet die Begutachtung auch eine Chance: die einer eingehenden Untersuchung, wie sie im Alltag einer Klinik oder einer Praxis selten gegeben ist. Zudem begegnen sich Klient und Untersucherin in einer einmaligen, aus dem Alltag heraus gehobenen Situation, die die Möglichkeit zum Gespräch bietet. Sie birgt auch die Chance, nachzufragen, eine Zweitmeinung einzuholen und Denkanstöße zu geben. Dennoch bleibt die Begutachtung ein Ersatz: Die Beurteilung durch den psychiatrischen Experten ist dann gefordert, wenn die üblichen Bewältigungsmechanismen des Verunfallten nicht gegriffen haben. Sonst wäre die Beurteilung nicht notwendig geworden. Das heisst, sie kann immer nur Ersatz für eine bessere Lösung sein – für die eigenständige psychische Bewältigung des Ereignisses; für baldige erfolgreiche psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe mit dem Erfolg der Bewältigung ohne erhebliche dauerhafte Beschwerden. Ein Ersatz aber kann selten befriedigen. Er wird an dem gemessen, was eigentlich erwartet und erwünscht war: vollständiges psychisches und geistiges Wohlbefinden.

Ob dieses Wohlbefinden eingetreten ist (oder wann es eintreten könnte), ist jedoch nicht nur eine psychiatrische Frage. Sie ist auch eine gesellschaftliche und im Streitfall juristische Frage: Was sind im Verlauf eines üblichen Lebens erwartbare Ereignisse<sup>51)</sup>? Ist ein Auffahrunfall in diesem Sinne heute ein erwartbares Ereignis? Welche «Spuren» des Lebens zeichnen sich deshalb in Person und Biographie ab und müssen erlebt – oder erlitten werden? Oder sollen sie entschädigt wer-

---

<sup>50)</sup> Alwin Gouldner 1974.

<sup>51)</sup> Zur Frage der Kausalität, genauer zur Frage, welche Lebensereignisse (life events) und welche Stressoren welche Folgen zeitigen, insbesondere wann solche Faktoren eine psychische Störung verursachen können, existiert in der Psychiatrie eine umfangreiche Literatur. Hier wird zwischen erwartbaren und nicht erwartbaren Lebensereignissen unterschieden (z. B. Brown 1974; Brown u. a. 1973 a und b; Mazure/Druss 1995; Pearlin 1999; Creed 2000). Dies ist eine medizinische Differenzierung und nicht identisch mit dem juristischen Begriff der Adäquanz.

den<sup>52)</sup>? Gehört es zu den erwartbaren Folgen eines Unfallereignisses, der medizinischen, rehabilitativen und administrativen Massnahmen, dass Betroffene sich auf das fragliche Ereignis fixieren und mit ihm und den Versicherungen ringen statt mit dem Leben<sup>53)</sup>? Was bedeutet es in der Arbeitsgesellschaft müde und erschöpft zu sein, bei jeder Angina, Grippe oder mit fast jedem Gips spätestens nach wenigen Tagen arbeitsfähig sein zu müssen? Was geschieht in einer Zeit, in der wir eine «Pflicht zur Gesundheit» empfinden<sup>54)</sup>, wenn eine Pause im Leben nötig wäre? In der Psychiatrie wird dafür der Begriff des Moratoriums verwendet. Es ist in bestimmten Lebensphasen gestattet – nach der Schule; zwischen zwei Arbeitsplätzen; nach einer Ausbildung... Nicht aber mitten im Arbeitsprozess. Sind neue Krankheiten nicht ein Widerspruch, sondern notwendige Ergänzung zur «Pflicht zur Gesundheit»? Kann es sein, dass eine Gesellschaft (die «Arbeitsgesellschaft») Krankheiten oder Folgen von Unfallereignissen anerkennen muss, um solche Moratorien zu gestatten? Bleibt im andern Fall nur die Möglichkeit zu resignieren und aus dem Arbeitsprozess herauszufallen – oder sich frühpensio- nieren zu lassen? Wie kommt es, dass Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für psychische Störungen gilt, die Berentung nach Unfallereignissen aber als erstrittener Vorteil?

Die Medikalisierung wachsender Lebensbereiche war von niemandem bewusst geplant. Sie hat sich aber seit den 50er-Jahren trotz der massiven Kritik in der 70er-Jahren der letzten Jahrhunderts<sup>55)</sup> fortgesetzt und bis in die Gegenwart noch verschärft<sup>56)</sup>. Nicht alle Probleme lassen sich medizinisch lösen. Wenn alle Operationen und Therapien durchgeführt wurden, wird sichtbar, welche Spuren nicht beseitigbar sind. Muss diese Feststellung mit der Diagnose einer Krankheit einhergehen? Ist Anerkennung nur über die Bestätigung einer Krankheit möglich? Die zunehmende Komplexität der gutachterlichen Fragestellungen hat zu wachsender Unzufriedenheit des status quo auf juristischer Seite geführt: Zu viele Gutachten sind unvollständig, nicht verständlich und ihre Schlussfolgerungen nicht begründet<sup>57)</sup>. Dies hat damit zu tun, dass über lange Zeit Gutachten quasi nebenbei – neben dem klinischen Alltag, neben der laufenden Praxis... durchgeführt

---

<sup>52)</sup> Psychiatrische Diagnosen beziehen sich auf die Erwartungen an Gesundheit in einer bestimmten Kultur zu einer bestimmten Zeit (Herzlich/Pieret 1984; Wing 1991). Die Grundannahme/Hintergrundannahme wird durch die Gesellschaft, nicht durch die Psychiatrie oder noch allgemeiner die Medizin (allein) vorgegeben: Ist der Masstab der Idealmensch ohne psychische und kognitive Einschränkungen und sind Abweichungen von dieser Norm entschädigungswürdig? Oder gehen wir von «Ecken und Kanten» der Persönlichkeit wie von «Schattensyndromen» (Ratey/Johnson 1997) bei jedem Menschen aus, die die Grundlage des Alltags bilden? Befindlichkeitsstörungen führen dazu, dass das subjektive Wohlbefinden sich erheblich davon unterscheidet, ob nach medizinischen Untersuchungen eine Krankheit vorliegt oder nicht (Grande 1998).

<sup>53)</sup> Ein Rentenbegehren ist nicht identisch mit der Diagnose der Rentenneurose. Zum Schillernden dieses Begriffs vgl. z.B. Foerster 1987; Deshalb wird die Diagnose nicht mehr verwendet. In der ICD-10 gibt es die Diagnose der «Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen» (F 68.0). Dabei handelt es sich jedoch nicht um einen bewussten Anstreben der Anerkennung von Beschwerden, sondern um eine Störung von Krankheitswert. Die Beschwerden klingen mit der Berentung üblicherweise nicht ab (vgl. Foerster 1984).

<sup>54)</sup> Herzlich/Pieret 1984; Herzlich 1991.

<sup>55)</sup> Illich 1976.

<sup>56)</sup> Das British Medical Journal hat dem Problem der Medikalisierung im letzten Jahr ein Themenheft gewidmet (BMJ 13.4.02).

<sup>57)</sup> Zur Kritik an den medizinischen Gutachten s. z.B. Meine 1998; Murer 2002. Zur Kritik speziell an psychiatrischen Gutachten vgl. Anm. 6.

wurden. Die Ansprüche an die Gutachten sind gestiegen. Die Fortbildung ist bisher noch eine Frage persönlichen Engagements. Die Ausführungen haben gezeigt, wie komplex der Sachverhalt, wie verschieden die heranzuziehenden Daten sind und auf welchen unterschiedlichen Argumentationsebenen sich die Beurteilung bewegt. In solchen Situationen wird gerne auf das «Ermessen» verwiesen: Es gäbe in der Medizin, und erst recht in den Psychiatrie einen grossen Ermessensspielraum. Weder die psychiatrische Diagnose noch die Beurteilung der Kausalität sind jedoch einfach Ermessensfragen. Komplexe Zusammenhänge fordern umfassende klinische Erfahrung und ein möglichst umfangreiches fachliches und methodisches Hintergrundwissen, das zur möglichst weitgehenden Klärung der gestellten Fragen verhilft. Aufgabe der Expertin ist es nicht, Klarheit zu demonstrieren, wo sie nicht besteht. Ihre Aufgabe – wie die wissenschaftlicher Tätigkeit und wissenschaftlich fundierter Arbeit allgemein, ist es Ungewissheit zu reduzieren<sup>58)</sup>. Dazu gehört letztlich auch, offene Fragen zu benennen und den verbleibenden Grad der Ungewissheit zu beschreiben.

Steht also in erster Linie die fachärztliche Fortbildung zu Fragen der Begutachtung an? Oder soll auf die Gutachten verzichtet werden? Sollen mehr Fragen in juristische Kompetenz übergehen? Was lässt sich juristisch entscheiden? Was muss medizinisch beurteilt werden? Wo soll der fortschreitenden Medikalisierung Einhalt geboten werden? Der Kompetenzstreit birgt m. E. auch eine Chance – die Diskussion interdisziplinär aufzunehmen bzw. fortzusetzen und sich die Mühe des Gesprächs zu machen. Die Übersetzungsarbeit bleibt Aufgabe des medizinischen Experten. Aber medizinisches Grundwissen wird auch auf juristischer Seite nötig sein, um die zunehmend komplexeren Gutachten zu lesen und ihre Gewichtung nicht allein einer juristischen Plausibilitätsüberprüfung zu überlassen. Denn ihr können grundlegende methodische Fehler auf medizinischem Fachgebiet entgehen. Der interdisziplinäre Dialog ist mühsam, aber nicht unmöglich. Und er gefährdet die Neutralität nicht<sup>59)</sup>. Darauf hat Peter Elling, Richter am Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen hingewiesen.

## Literaturangaben

Ackerknecht, E.H. Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart, Enke Verlag, 3. Auflage 1985

Antonovsky A, Maoz B, Dowty N, Wijsenbeek H  
Twenty-five years later: A limited study of the sequelae of the concentration camp experience. *Social Psychiatry* 1971; 6(4):186-193

Antonovsky A  
Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen, dgvtv-Verlag 1997

<sup>58)</sup> Dewey 1998; Wieland 1995.

<sup>59)</sup> Vortrag vom 2.11.2001 anlässlich der Tagung über «Migrationsspezifische Begutachtung im Spannungsfeld von Medizin, Recht, Psychologie und Politik», veranstaltet vom Ethnomedizinischen Zentrum Hannover. Elling forderte «Keine Angst vor Transparenz! Keine Angst vor Kommunikation! Keine Angst vor Kooperation!»

- Baigger G  
Kann Statistik Ungewissheit beseitigen? Eine kurze Darstellung von Wahrscheinlichkeitstheorie, Statistik, ihren Möglichkeiten und Grenzen in der Medizin. Die Psychotherapeutin 13, 2000; 69-81 (Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn)
- Barbey I  
Das forensisch-psychiatrische Interview: Untersuchung zur Problematik psychiatrischer Begutachtung. Berlin, Dietrich Reimer Verlag, 1980
- Battro AM  
Half a Brain is enough. The Story of Nico. Cambridge/New York Cambridge University Press 2000
- Bebbington P  
George Brown: the science of meaning and the meaning of science. In: Harris T (ed) a. a. o. 2000; 71-78
- Birley JLT  
DSM III: From Left to Right or from Right to Left? British Journal of Psychiatry 1990; 157:116-118
- Birley J, Goldberg D  
George Brown's contribution to psychiatry: the effort after meaning. In: Harris T (ed) a. a. o. 2000; 55-60
- British Medical Journal  
Too much medicine? 13 April 2002 No 7342
- Bohnsack R  
Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung. Opladen Leske und Budrich 4. Auflage 2000
- Breidbach O  
Deutungen. Zur philosophischen Dimension der internen Repräsentation. Weilerswist Velbrück 2001
- Bremner JD, Southwick SM, Charney DS  
Etiological Factors in the Development of Posttraumatic Stress Disorder. In: Mazure CM (Hg): Does Stress Cause Psychiatric Illness? Washington DC, American Psychiatric Press, 1995
- Brown GW, Sklai F, Harris TO, Birley JLT  
Life events and psychiatric disorders Part 1: some methodological issues. Psychological Medicine 1973a; 3:74-87
- Brown GW, Harris TO, Peto J  
Life events and psychiatric disorders Part 2: nature of causal link. Psychological Medicine 1973b; 3:159-76
- Brown GW  
Meaning, measurement, and stress of life events. In: Dohrenwend BS, Dohrenwend BP (eds) Stressful Life Events: Their Nature and Effects, New York: Wiley 1974; 217-43
- Campbell EJM, Scadding JG, Roberts RS  
The concept of disease. BMJ 1979; ii:757-762
- Cassell EJ  
The Changing Ideas of Medicine. Social Research 1979; 46:728-743
- Cassidy JD, Carroll LJ, Côté P, Lemstra M, Berglund A, Nygren A  
Effect of Eliminating Compensation for Pain and Suffering on the Outcome of Insurance Claims for Whiplash Injury. New England Journal of Medicine 2000 Apr; 342(16):1179-1186
- Creed F  
The study of life events has clarified the concept of psychosomatic disorders. In: Harris T (ed) a. a. o. 2000; 275-287
- Denzin NK, Lincoln YS (eds)  
Handbook of Qualitative Research. London Sage 2. Aufl. 2000
- Dewey J  
Die Suche nach Gewissheit: eine Untersuchung des Verhältnisses vom Erkenntnis und Handeln. Suhrkamp, Frankfurt 1998
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hg)  
Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Huber, Bern, Göttingen, Toronto 1991

- Dohrenwend BP, ShROUT PE, Link BG, Skodol AE, Stueve A  
Life Events and Other Possible Psychosocial Risk Factors for Episodes of Schizophrenia and Major Depression – A Case-Control Study. In: Mazure CM (Hg): Does Stress Cause Psychiatric Illness? Washington DC, American Psychiatric Press, 1995
- Double D  
The limits of psychiatry. BMJ 2002 Apr; 324(7342):900-904
- Ehlich K  
«Quantitativ» oder «Qualitativ»? Bemerkungen zur Methodologiediskussion in der Diskursanalyse. In: Köhle K; Raspe HH (Hg): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. München Urban und Schwarzenberg 1982
- Ellenberger HJ  
The Fallacies of Psychiatric Classification. In: Micale, M (Hg): Beyond the Unconscious. Essays of Henry F. Ellenberger in the History of Psychiatry. Princeton, Princeton University Press, 1993; 309-327
- Falsetti SA, Resnick HS, Dansky BS, Lydiard RB, Kilpatrick DG  
The Relationship of Stress to Panic Disorder: Cause or Effect? In: Mazure CM (Hg): Does Stress Cause Psychiatric Illness? Washington DC, American Psychiatric Press, 1995
- Flader D; Grodzicki WD; K Schröter K (Hg)  
Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. Frankfurt Suhrkamp 1982
- Foerster K  
Neurotische Rentenbewerber. Stuttgart, Enke, 1984
- Foerster K  
Die sogenannte Unfallneurose – ein umstrittener Begriff. Akt Traumatol 1987; 17:219
- Förstl H  
Klinische Neuro-Psychiatrie: Neurologie psychischer Störungen und Psychiatrie neurologischer Erkrankungen. Stuttgart, New York, Georg Thieme Verlag, 2000
- Frank JD  
Die Heiler. Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung. Vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien. Stuttgart Klett-Cotta 1992
- Freud S  
Die zukünftigen Chancen der Psychoanalytischen Therapie. Studienausgabe Ergänzungsband. Schriften zur Behandlungstechnik 1910/ Frankfurt S. Fischer 1975; 121-132
- Gabbard GO (ed)  
Countertransference Issues in Psychiatric Treatment. Washington DC American Psychiatric Press 1999
- Gattaz WF, Häfner H (eds)  
Search for the Causes of Schizophrenia IV. Darmstadt, Steinkopf 1999
- Gouldner AW  
Die westliche Soziologie in der Krise. Reinbek, Rowohlt, 1974
- Grande G  
Gesundheitsmessungen: Unterschiedliche Gültigkeitsbereiche von Arzt- und Patientenangaben. Heidelberg, Roland Asanger Verlag, 1998
- Greenhalgh T, Hurwitz B (eds)  
Narrative Based Medicine. Dialogue and discourse in clinical practice. London BMJ Publishing Group 1998
- Greenough CG  
Influence of Legislative Changes on Whiplash Injury. In: Gunzburg R, Szpalski (Hg): Whiplash Injuries: Current Concepts in Prevention, Diagnosis, and Treatment of the Cervical Whiplash Syndrome. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, 1998; 291-297
- Grünbaum A  
The Placebo Concept in Medicine and Psychiatry. In: Shepherd M, Sartorius N (Hg): Non-Specific Aspects of Treatment. Bern, Huber, 1989:7-38



- Hagner M  
Der Geist bei der Arbeit. Überlegungen zur visuellen Repräsentation cerebraler Prozesse. In: Borck C (Hg): Anatomien medizinischen Wissens: Medizin, Macht, Moleküle. Frankfurt a.M., Fischer Taschenbuch Verlag, 1996
- Halligan PW, David AS (Hg)  
Conversion Hysteria: Towards a Cognitive Neuropsychological Account. A Special Issue of the Journal. Cognitive Neuropsychiatry. Psychology Press Ltd, UK 1999
- Harris T (ed)  
Where Inner and Outer Worlds Meet. Psychosocial research in the tradition of George W. Brown. London Routledge 2000
- Häfner H, Maurer K  
Methodische Probleme und Lösungswege bei der Erfassung von Beginn und Frühverlauf psychischer Krankheiten am Beispiel Schizophrenie. In: Sass H (Hg) a.a.o. 1996; 77-105
- Heinz G  
Fehlerquellen forensisch-psychiatrischer Gutachten: Eine Untersuchung anhand von Wiederaufnahmeverfahren. Heidelberg, Kriminalistik Verlag, 1982
- Herzlich C, Pierret J (Hg)  
Illness and Self In Society. Baltimore, London, The Johns Hopkins University Press, 1984/1987
- Herzlich C  
Soziale Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld. In: Flick U (Hg): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg Asanger 1991; 293-302
- Hoff P  
Erkenntnistheoretische Vorurteile in der Psychiatrie - eine kritische Reflexion 75 Jahre nach Karl Jaspers' «Allgemeine Psychopathologie» (1913). Fundamenta Psychiatrica 1989; 3: 141-150
- Hoff P  
Neuere psychiatrische Klassifikationssysteme und ihre Bedeutung für die forensische Psychiatrie. Gesundheitswesen 1992, 54: 244-250
- Hoff P  
Emil Kraepelin und die Psychiatrie als klinische Wissenschaft. Ein Beitrag zum Selbstverständnis psychiatrischer Forschung. Berlin/Heidelberg Springer 1994
- Hoff P  
Subjektive und objektive psychiatrische Erkenntnis? In: Sass, H (Hg): Psychopathologische Methoden und psychiatrische Forschung. G. Fischer, Jena 1996: 1-14
- Hoffmann-Richter U  
Erzählen – Zur narrativen Struktur psychiatrischen Wissens. Editorial. Die Psychotherapeutin 10 1999:4-12 (Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn)
- Hoffmann-Richter U  
Die Ungewissheit in der Medizin. Editorial. Die Psychotherapeutin 13 2000:5-11 (Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn)
- Honey GD, Fletcher PC, Bullmore ET  
Functional brain mapping of psychopathology. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002; 72:432-439
- Horwitz AV, Scheid TL (eds)  
A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories, and Systems. Cambridge Cambridge University Press 1999
- Illich I  
Limits to medicine. London, Marion Boyars, 1976
- Ingleby D  
The Social Construction of Mental illness. In: Wright P, Treacher A (eds): The problem of Medical Knowledge. a. a. o. 1982; 123-143
- Jüttemann G; Thomae H (Hg)  
Biographische Methoden in den Humanwissenschaften. Weheim Psychologie Verlags Union 1998
- Kahneman D, Slovic P, Tversky A (Hg)  
Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. Cambridge University Press 1982/1992



- Kessler RC, Zhao S  
The Prevalence of mental illness. In: Horwitz AV, Scheid TL (eds) a. a. o. 1999; 58-78
- Kessler RC, McGonagle KA, Ahao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al.  
Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51:8-19
- Kessler RC et al  
Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry 1994; 51: 8-19
- Kessler RC, Sonnega E, Bromet E, Hughes M, Nelson CB  
Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch General Psychiatry 1995; 52:1048-1060
- Klerman GL  
The Evolution of a Scientific Nosology. In: Shershow JC. Schio zphrenia. Science and Practice. Cambridge Harvard University Press 1978; 99-121
- Klosterkötter J  
Zur Bedeutung der Selbstwahrnehmung für die Datenerhebung in der Psychiatrie. In: Sass H (Hg): Psychopathologische Methoden und psychiatrische Forschung. Jena, G. Fischer, 1996:29-45
- Klosterkötter J  
Organische und funktionelle psychische Störungen: Konzepte und Entwicklungen. In: Förstl H (Hg) Klinische Neuro-Psychiatrie. Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 2000; 1-22
- Kluge S, Kelle U (Hg)  
Methodeninnovation in der Lebenslaufforschung. Integration qualitativer und quantitativer Verfahren in der Lebenslauf- und Biographieforschung. Weinheim/München Juventa 2001
- Konrad N  
Der sogenannte Schulenstreit: Beurteilungsmodelle in der Forensischen Psychiatrie. Bonn, Psychiatrie-Verlag, 1995
- Kraus A  
Phänomenologische und symptomatologisch-kriteriologische Diagnostik. Fundamenta Psychiatrica 1991; 5:102-109
- Kraus A  
Phenomenological and Criteriological Diagnosis: Different or Complementary? In: Sadler JZ, Wiggins OP, Schwarz MA (eds) a.a.o. 1994, 148-162
- Kwan O, Ferrari R, Friel J  
Tertiary gain and disability syndrome. Med Hypotheses 2001; 57(4):459-464
- Le Fanu J  
The Rise and Fall of Modern Medicine. London, Little, Brown and Company, 1999
- Leibovici L, Lièvre M  
Medicalisation: peering from inside medicine: Professionals and lay people should work together to a common purpose. Editorial. BMJ 2002 Apr; 324(7342):866
- Leisering L, Müller R, Schumann KF (Hg)  
Intitutionen und Lebensverläufe im Wandel. Institutionelle Regulierungen von Lebensläufen. Weinheim/München Juventa 2001
- Lemyre L  
Contextual measures and subjective appraisals. In: Harris T (ed) a. a. o. 2000; 111-119
- Lynch M, Woolgar S (Hg.)  
Representation in Scientific Practise. Cambridge/Mass., London, MIT Press, 1990
- Mannebach H  
Untersuchung über die Struktur des ärztlichen Denken und Handelns, dargestellt am Beispiel der Klinischen Kardiologie. Weinheim, Chapman and Hall, 1997
- Mazure CM, Druss BG  
A Historical Perspective on Stress and Psychiatric Illness. In: Mazure CM (Hg): Does Stress Cause Psychiatric Illness? Washington DC, American Psychiatric Press, 1995
- Meador CK  
The art and science of nondisease. N Engl J Med 1965; 272:92-95

Mechanic D

Mental Health and Mental Illness: Definitions and Perspectives. In: Horwitz AV, Scheid TL (eds) a. a. o. 1999; 12-28

Meine J

Die ärztliche Unfallbegutachtung in der Schweiz – erfüllt sie die heutigen Qualitätsanforderungen? Swiss Surg 1998; 4:53-57

Meltzer H, Gill B, Petticrew M, Hinds K

The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households. HMSO, London (OPCS surveys of psychiatry morbidity in Great Britain, report No. 1) 1995

Mezey G, Robbins I

Usefulness and validity of posttraumatic stress disorder as a psychiatric category. BMJ 2001 Sept; 323:561-563

Mezzich J, Kirmayer L, Kleinman A, Fabrega H, Parron D, Good B, et al.

The place of culture in DSM IV. J Nerv Ment Dis 1999; 187:457-464

Mishara AL

A Phenomenological Critique of Commonsensical Assumptions in DSM-III-R: The Avoidance of the Patient's Subjectivity. In: Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA (eds) a. a. o. 1994; 129-147

Monat A, Lazarus S (eds)

Stress and Coping: An Anthology. Columbia University Press 1991 3rd ed.

Moynihan R, Smith R

Too much medicine? Almost certainly. Editorial. BMJ 2002 Apr; 324(7342):859-860

Murer E

HWS-Distorsionstrauma ohne sichtbare Folgen: Konstruktive Ansätze statt Schleuderkurs. Vortrag an der SVG-Tagung vom 14. März, Universität Freiburg 2002

Mutzek W, Schlee J, Wahl D (Hg)

Psychologie der Veränderung. Subjektive Theorien als Zentrum nachhaltiger Modifikationsprozesse. Weinheim/Basel, Beltz, 2002

Paul N

Der Hiatus theoreticus der naturwissenschaftlichen Medizin. Vom schwierigen Umgang mit Wissen in der Humanmedizin der Moderne. In: Borck C (Hg.): Anatomien medizinischen Wissens: Medizin, Macht, Moleküle. Frankfurt a.M., Fischer Taschenbuch Verlag, 1996

Pearlin LI

Stress and Mental Health: A Conceptual Overview. In: Horwitz AV, Scheid TL (eds) a. a. o. 1999; 161-175

Pfirmann CW, Binkert CA, Zanetti M, Boos N, Hodler J

Functional MR Imaging of the craniocervical junction. Correlation with alar ligament and occipitoaxial joint morphology: a study in 50 asymptomatic subjects. Schweiz Med Wochenschr 2000; 130:645-51

Pilgrim D, Rogers A

A Sociology of Mental Health and Illness. Buckingham Open University Press, 2. Aufl. 1999

Pörksen U

Weltmarkt der Bilder. Stuttgart Klett-Cotta 1997

Porter TM

Trust in Numbers. The pursuit of Objectivity in Science and Public Life. Princeton Princeton University Press 1995

Quasthoff UM

Erzählen in Gesprächen. Linguistische Untersuchungen zu Strukturen und Funktionen am Beispiel einer Kommunikationsform des Alltags. Tübingen Gunter Narr 1980

Rasch W

Forensische Psychiatrie. 2. Stuttgart, Auflage. Verlag W. Kohlhammer, 1999

- Ratey JJ, Johnson C  
Das Schattensyndrom. Neurobiologie und leichte Formen psychischer Störungen. Stuttgart, Klett-Cotta, 1999
- Rheinberger H-J, Hagner M (Hg)  
Die Experimentalisierung des Lebens. Experimentalsysteme in den biologischen Wissenschaften 1850/1950. Berlin, Akademie Verlag, 1993
- Sackmann R, Wingens M (Hg)  
Strukturen des Lebenslaufs. Übergang – Sequenz – Verlauf. Weinheim/München Juventa 2000
- Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA (eds)  
Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification. Baltimore/London, The Johns Hopkins University Press, 1994
- Sass H. (ed)  
Psychopathologische Methoden und psychiatrische Forschung. Stuttgart Gustav Fischer 1996
- Scadding JG  
Essentialism and nominalism in medicine: Logic of diagnosis in disease terminology. Essay. Lancet 1996; 348:594-596
- Schlich T  
Die Konstruktion der notwendigen Krankheitsursache: Wie die Medizin Krankheit beherrschen will. In: Borck C (Hg): Anatomien medizinischen Wissens: Medizin, Macht, Moleküle. Frankfurt a.M., Fischer Taschenbuch Verlag, 1996
- Schnyder U  
Die psychosozialen Folgen schwerer Unfälle. Darmstadt, Steinkopff, 2000;122-138
- Schüffel W, Brucks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder U (Hrsg)  
Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Wiesbaden, Ullstein Medical, 1998
- Sen A  
Health: perception versus observation: Self reported morbidity has severe limitations and can be extremely misleading. Editorial. BMJ 2002 Apr; 324(7342):860-861
- Smith R  
In search of «non-disease». Clinical review. BMJ 2002 Apr; 324(7342):883-885
- Stein MB, Gorman JM  
Unmasking social anxiety disorder. J Psychiatry Neurosci 2001; 26:185-189
- Sternberg RJ, Horvath JA (Hg)  
Tacit Knowledge in Professional Practise. Researcher and Practitioner Perspective. London, Lawrence Erlbaum, 1999
- Summerfield D  
The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. BMJ 2001; 322:95-98
- Summerfield D  
ICD und DSM are contemporary cultural documents. Letter. BMJ 2002 Apr;324(7342):914-915
- Surtees P, Wainwright N  
The timing of lives: loss events over the life course and the onset of depression. In: Harris T (ed) a. a. o. 2000; 171-194
- Tarter RE, Butters M, Beers SR (Hg)  
Medical Neuropsychology. Second Edition. New York, Kluwer Academic/ Plenum Publishers, 2001
- Uttal WR  
The New Phrenology: The Limits of Localizing Cognitive Processes in the Brain. Cambridge/Mass., London, MIT Press, 2001
- Walach H, Sadaghiani C  
Plazebo und Plazeboeffekte – Eine Bestandsaufnahme. Psychother Psych Med 2002; 52(8):332-342

- Wheaton B  
The nature of Stressors. In Horwitz AV, Scheid TL (eds) a. a. o. 1999; 176-197
- Wieland W  
Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie. Berlin, Walter de Gruyter, 1975
- Wieland W  
Der Arzt und seine Handlungsnormen im Spannungsfeld der Wahrscheinlichkeit. In: Kröner P, Rütten T, Weisemann K, Wiesing U (Hg): ars medica. Verlorene Einheit der Medizin? Gustav Fischer, Stuttgart 1995; 157-173
- Wiggins OW, Schwartz MA  
The Limits of Psychiatric Knowledge and the Problem of Classification. In: Sadler JZ, Wiggins OP, Schwarz MA (eds) a. a. o. 1994; 89-103
- Wilson M  
DSM-III and the transformation of American psychiatry: a history. Am J Psychiatry 1993; 150:399-410
- Wing JK  
Social Psychiatry. In: Bebbington PE (Hg) Social Psychiatry, Theory, Methodology and Practice. New Brunswick/London Transaction Publishers 1991; 3-22
- Wolff S  
Text und Schuld: Die Rhetorik psychiatrischer Gerichtsgutachten. Berlin, New York, Walter de Gruyter, 1995
- Wright P, Treacher A (eds)  
The Problem of Medical Knowledge. Examining the Social Construction of Medicine. Edinburgh Edinburgh University Press 1982
- Zakzanis KK, Leach L, Kaplan E  
Neuropsychological Differential Diagnosis. Swets and Zeitlinger Publishers
- Zanetti, Gilula LA, Jacob HAC, Hodler J  
Palmar tilt of the Distal Radius: Influence of Off-Lateral Projection – Initial Observations. Radiology 2001 Sept
- Zehnder-Walthert J, Finzen A, Hoffmann-Richter U  
Die Borderline-Störung - Syndrom oder Diagnose? Eine Bestandsaufnahme. Die Psychotherapeutin 10 1999:47-71 (Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn)
- Zeit T  
Psychiatrische Anamnesen im Gutachten. Stuttgart Genter

### **Adresse der Autorin:**

Suva  
Dr. med. Ulrike Hoffmann-Richter  
Fachärztin für Psychiatrie  
und Psychotherapie  
Versicherungsmedizin  
Postfach  
6002 Luzern

Dieser Beitrag ist erschienen in: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge SZS, 1/2003, S. 2-31.

# Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der Akutphase nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma (sog. Schleudertrauma)

## Einleitung

Wenn heute ein Patient nach einer Heckkollision einen Arzt aufsucht, löst er bei ihm recht typische Assoziationen aus. Aus seiner Berufserfahrung weiss er zwar, dass die anfänglichen Beschwerden bei der Mehrzahl spontan und ohne viel Zutun ausheilen. Andererseits hat jeder Arzt auch Fälle in Erinnerung, bei welchen er mit intensivsten Anstrengungen den chronifizierten, schweren Dauerzustand nicht verhindern konnte. Im ersten Fall fühlt er sich beinahe überflüssig. Im zweiten Fall sieht er sich frustriert und hilflos vor einem schicksalhaften Verlauf, dessen Ursache er mit dem Instrument seiner naturwissenschaftlichen Ausbildung nicht fassen und begründen kann. Die Krankengeschichten der meisten chronifizierten Fälle sammeln sich einige Jahre später beim Versicherungsmediziner. Dieser hat die besondere Gelegenheit, sich bei der Routinearbeit einen Überblick über ein grösseres Krankengut zu schaffen. Es können sich daraus Hinweise ergeben auf typische Probleme und auf neuen Handlungsbedarf im ärztlichen Management einer Patientengruppe. So hatten wir Ende der Neunzigerjahre die Überzeugung gewonnen, dass nach einer Heckkollision die Mechanismen der Chronifizierung meist schon in den ersten Tagen einsetzen und dass es für alle Beteiligten wesentlich effizienter wäre, frühzeitig einer Chronifizierung vorzubeugen als zu versuchen, sie im Nachhinein zu behandeln. In diesem Sinne ergriffen wir die Initiative, mit Experten eine Gruppe zu bilden und gemeinsam die vorliegenden Schweizerischen Empfehlungen für die Akutphase zu erarbeiten.

Wir möchten unsern Vorgesetzten danken für die Zustimmung zum anfänglich nicht einfachen Unterfangen und dafür, dass wir auch bei dieser Aufgabe ohne jeglichen Druck seitens der Versicherung als Ärzte tätig sein konnten. Besonderer Dank gebührt Prof. Th. Ettlín für die fachliche Leitung und allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe, deren spezifische Fachkompetenzen die Voraussetzung für die Qualität der Empfehlungen war.

## Korrespondenzadresse:

Suva, Dr. med. Hans Martin Strebel, Facharzt FMH für Chirurgie  
Versicherungsmedizin, Postfach, 6002 Luzern

# Empfehlungen einer schweizerischen Arbeitsgruppe

H.M. Strebel<sup>1)</sup>, Thierry Ettl<sup>2)</sup>, Jean Marie Annoni<sup>3)</sup>, Miguell Caravatti<sup>4)</sup>, Stefan Jan<sup>5)</sup>, Carlo Gianella<sup>6)</sup>, Matthias Keidel<sup>7)</sup>, Urs Saner<sup>8)</sup>, Hans Schwarz<sup>9)</sup>

Das sogenannte Schleudertrauma (Kranio-zervikales Beschleunigungstrauma [KZBT9]) (1) wird sowohl in medizinischen Fachkreisen als auch im weiteren gesellschaftlichen Kontext der meisten westlichen Staaten anhaltend und kontrovers diskutiert. Ein wichtiger Grund dafür liegt in der Tatsache, dass sich die dabei entstehenden Verletzungen mit den heutigen bildgebenden Techniken zu meist nicht nachweisen lassen. Für die Behandlung sind bisher keine Techniken aufgezeigt worden, deren Wirksamkeit mit strenger Evidenz gesichert ist (2, 3). Der behandelnde Arzt sieht sich daher vor besonderen diagnostischen und therapeutischen Problemen.

Die Arbeit unserer Gruppe hat ergeben, dass sich für die Akutbehandlung einzelne pragmatische Empfehlungen formulieren lassen, welche auf erkennbaren Tendenzen (2-10, 27) in der Fachliteratur basieren. Unsere Ausführungen richten sich an Notfall- und Hausärzte, welche unter schweizerischen Verhältnissen die meisten Patienten während der Initialphase betreuen. Sie sind als Orientierungshilfe gedacht, welche jedem Einzelfall anzupassen sind.

## Verletzungen und Heilungsverlauf

### ■ Initiales Beschwerdebild

Ausgehend von den Nackenbeschwerden sowie den muskuloskelettalen und neurologischen Befunden der ersten drei Tage hat die Quebec Task Force QTF (10) eine Einteilung der Verletzung in vier Grade vorgeschlagen. Diese ist einfach und gibt eine grobe Orientierung für das weitere Vorgehen und für die Prognose (11):

- I. Nackenbeschwerden (Schmerz, Steifigkeit, Schmerzhaftigkeit).  
Keine somatischen Befunde.
- II. Nackenbeschwerden und muskuloskelettale Zeichen (wie verminderte Beweglichkeit, punktuelle Schmerzhaftigkeit).

<sup>1)</sup> Chirurgie FMH, Suva VMG, Luzern

<sup>2)</sup> Neurologie FMH, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, Rehaklinik Rheinfelden (Leitung der Arbeitsgruppe)

<sup>3)</sup> Neurologie FMH, Hôpital cantonal universitaire, Genève

<sup>4)</sup> Rheumatologie FMH, Universitätsspital, Zürich

<sup>5)</sup> dipl. Physiotherapeut/Manualtherapeut OMT SVOMP, Universitätsspital, Zürich

<sup>6)</sup> Chirurgie FMH, Suva VMG, Luzern

<sup>7)</sup> Facharzt für Neurologie, Kliniken für Neurologie und Neurologische Rehabilitation, D-Bayreuth

<sup>8)</sup> Allgemeine Medizin FMH, Luzern

<sup>9)</sup> Rheumatologie FMH, Bethesda-Spital, Basel



III. Nackenbeschwerden und neurologische Zeichen (wie fehlende oder abgeschwächte Sehnenreflexe, motorische Schwäche und sensible Ausfälle).

IV. Nackenbeschwerden und Fraktur oder Luxation.

Bei allen Graden können weitere Symptome und Störungen auftreten wie: Hörstörungen, Schwindelgefühle, Tinnitus, Kopfschmerzen, Gedächtnisstörungen, Dysphagie und Schmerzhaftigkeit der temporo-mandibulären Gelenke (10).

#### ■ Eingrenzungen

Unsere Empfehlungen betreffen die QTF-Grade I und II. Bei Grad III und IV wird die Behandlung von den zugezogenen Spezialisten festgelegt.

Wir befassen uns nicht mit den Fällen, welche zusätzlich eine Hirnerschütterung [Synonym: leichte traumatische Hirnverletzung, Commotio cerebri (12)] erlitten haben. Sie sollen nicht mit dem Beschwerdebild nach unkompliziertem KZBT vermischt werden.

#### ■ Prognose

Die Studie der QTF hat gezeigt, dass eine Woche nach dem Trauma 22,1 % und 4 Wochen nach dem Ereignis 47% der Verletzten die Arbeit wieder aufnehmen konnten. Nach der gleichen Quelle erhielten ein Jahr nach Unfall noch 1,9 % aller Verletzten eine Entschädigung wegen Arbeitsunfähigkeit. In der Schweiz haben Radanov und Mitarbeiter (13) bei Nachkontrollen zwei Jahre nach dem Trauma gefunden, dass von allen Verletzten noch 18 % an deutlichen Restbeschwerden litten und 4 % teilweise oder ganz arbeitsunfähig waren.

## **Untersuchung in der Akutphase**

#### ■ Unfallhergang

Der Patient soll die chronologische Abfolge der Ereignisse und der anschliessenden Zeit frei schildern. Fehlende Details (inkl. Kollisionsart, Vorhandensein von Kopfstützen, Tragen von Sicherheitsgurten, Art der wahrgenommenen Einwirkung auf den Körper usw.) sind durch schrittweise Befragung mit dem Ziel zu ergänzen, eventuelle Erinnerungslücken und die Art des subjektiven Unfallerlebens festzustellen. Zur Differentialdiagnose von Erinnerungslücken und Bewusstseinsstörungen gehören nebst einer durchgemachten Hirnerschütterung ebenfalls Veränderungen der Affektivität (wie z. B. Schreck- oder Panikzustände), welche die Wahrnehmung in einer Weise beeinflussen können, dass der Unfallablauf aus Sicht des Patienten nicht vollumfänglich zu reproduzieren ist.

## ■ Aktuelle Beschwerden

Die Art der Beschwerden, der Zeitpunkt ihres Auftretens sowie ihr Verlauf ist im Detail (vgl. Tabelle 1) festzuhalten.

## ■ Persönliche Anamnese

Frühere Schmerzzustände oder Unfälle an Wirbelsäule oder Kopf müssen gezielt erfragt werden, ebenso wie Angaben über den früheren Verbrauch von Medikamenten oder Genussmitteln.

<b>Symptome nach Keidel (27)</b>	
Nackenschmerz	100 %
Nackensteife	89 %
Kopfschmerz	87 %
Vegetative Beschwerden	71 %
Halsmuskelschmerz	70 %
Neurasthenische Beschwerden	60 %
Kopfschwere	49 %
Schwindel	39 %
Armbeschwerden	27 %
Kreuzschmerz	25 %
Hörstörungen, Tinnitus	21 %
Handsymptome	20 %
Sehstörungen	20 %
Klossgefühl im Hals	12 %
Schluckschmerz	7 %
Rauher Hals	6 %
Kieferschmerz	4 %
Mundbodenschmerz	4 %

<b>Initiale Beschwerden nach Radanov (13)</b>	
Nackenschmerz	92 %
Kopfschmerz	57 %
Rasche Ermüdbarkeit	56 %
Schulterschmerz	49 %
Angstgefühl	44 %
Schlafstörungen	39 %
Rückenschmerz	38 %
Lärmempfindlichkeit	29 %
Konzentrationsschwäche	26 %
Verschwommenes Sehen	21 %
Reizbarkeit	21 %
Lichtempfindlichkeit	20 %
Schwindel	15 %
Vergesslichkeit	15 %
Schluckstörungen	9 %

**Tabelle 1**  
**Symptome nach HWS-Beschleunigungsverletzung**  
**in absteigender prozentualer Häufigkeit.**

## ■ Klinische Untersuchung

Sie umfasst einen muskuloskelettalen und einen neurologischen Status.

Die muskuloskelettale Untersuchung erfasst Druckschmerzhaftigkeiten, Muskelhartspann und Fehlhaltungen am ganzen Körper. Am Kopf ist nach Zeichen eines Aufpralles zu suchen. An der Halswirbelsäule (HWS) dürfen während der ersten drei Wochen nur aktive Bewegungen (vgl. Tabelle 2: «hands off»). gemessen werden (Flexion / Extension, Lateralflexion, sowie Rotation in Neutralstellung, Extension und Anteflexion). Jegliche passive Nachhilfe des Untersuchers ist in den ersten Wochen zu unterlassen.

Stets ist eine vollständige neurologische Untersuchung (Bewusstseinslage, kursorische Prüfung der Hirnnerven sowie von Sensibilität, Motorik, Sehnenreflexen und Pyramidenzeichen an allen Extremitäten) durchzuführen.

## ■ Mehrfache Verletzungen

Bei gleichzeitiger Verletzung an Kopf, Thorax, Abdomen oder Extremitäten besteht die Gefahr, dass ein begleitendes KZBT diagnostisch und therapeutisch nicht die erforderliche Aufmerksamkeit erhält.

## ■ Bildgebende HWS-Untersuchungen in der Akutphase

Die QTF empfiehlt nur bei Schweregrad II–IV Röntgenaufnahmen der HWS. In der Praxis finden sich zwischen Grad I und II fließende Übergänge. Grad IV kann nur radiologisch ausgeschlossen werden. Wir empfehlen deshalb in praktisch allen Fällen eine Röntgenuntersuchung der HWS ap, seitlich und Dens transbuccal. Erforderlich ist eine technisch gute Bildqualität sowie der vollständige Einbezug (14) von Halswirbelkörper [HWK] 7.

Schrägaufnahmen sind bei Verdacht auf uniaxiale Subluxation, Luxation oder Fraktur indiziert, wenn kein CT verfügbar ist (14).

Eine CT-Untersuchung der HWS ist in der Akutphase indiziert bei Verdacht auf Fraktur oder Luxation sowie bei konventionell-radiologisch ungenügender Darstellung des zerviko-thorakalen Übergangs (14).

In der Akutphase ist eine MRI-Untersuchung der HWS lediglich beim Vorliegen von radikulären oder spinalen neurologischen Ausfällen indiziert (1).

## ■ Neuropsychologische Untersuchungen

Störungen der Aufmerksamkeit, der Konzentrations- und Merkfähigkeit sowie eine erhöhte Ermüdbarkeit treten auch nach unkompliziertem KZBT häufig auf (13, 15-17). Meist interagieren sie mit verschiedenen Faktoren wie Nacken- und Kopfschmerzen, Schlafstörungen, vegetativen Funktionsstörungen und depressiven Affektstörungen. Neuropsychologische Beschwerden sind von Anfang an in

die therapeutische Patientenführung einzubeziehen. Formale Untersuchungen werden bei anhaltenden Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen durchgeführt und sollten wegen unspezifischen Interferenzeffekten in der Regel nicht vor Ablauf von drei Monaten erfolgen (1).

## **Behandlung in der Akutphase**

### ■ Therapeutische Führung des Patienten

Die nachfolgenden Ausführungen beruhen auf Grundsätzen ärztlicher Erfahrung und nicht auf Evidenz-basierten Daten:

- Die bedeutsame Kontinuität der Patientenführung wird am besten durch einen Hausarzt garantiert.
- Ab dem ersten Arztkontakt [inkl. Notfallstation] sind die Beschwerden des Patienten ernst zu nehmen. Er benötigt eine sachliche Information über die geplante Behandlung und über die Prognose [vgl. Kapitel «Verläufe – Konsilien – Risikofaktoren»].
- Nach der Erstbehandlung durch einen Notarzt oder auf einer Notfallstation empfiehlt sich kurzfristig eine erste Nachkontrolle beim Hausarzt. Dabei sollten Anamnese und klinische Untersuchung [vgl. Kapitel «Untersuchung in der Akutphase»] vervollständigt und bei Bedarf die eingeleiteten therapeutischen und diagnostischen Massnahmen angepasst werden.
- Die Zusammenarbeit mit der Physiotherapie muss partnerschaftlich mit übereinstimmender Information an den Patienten erfolgen.
- Die erkennbaren psychischen, familiären und beruflichen Zusatzbelastungen des Patienten sind von Anfang an mit ins therapeutische Konzept einzubeziehen (18), um seine Ressourcen rechtzeitig einschätzen zu können.
- Die synergistische Mitwirkung der Versicherungen und – falls nötig – der frühe Einbezug des Arbeitsgebers sind zusätzliche, wichtige Voraussetzungen für einen optimalen Heilungsverlauf.

### ■ Effektive Therapie des akuten Schmerzes

Aufgrund von schmerzphysiologischen Erkenntnissen (19, 20) und in Analogie zu den Erfahrungen mit akuten, postoperativen Schmerzzuständen (2) empfehlen wir, dass Analgetika früh, d.h. möglichst vor Eintreten der posttraumatischen Schmerzspitze eingesetzt und genügend hoch dosiert werden. Sie müssen 24 Stunden pro Tag wirksam abdecken. Der Patient benötigt fürs erste eine fix verordnete Basismedikation sowie Reserve-Analgetika, die er bei Bedarf zusätzlich einnehmen kann.

Die Wirkung der analgetischen Therapie muss kurzfristig überprüft und je nach Schmerzverlauf durch Änderung der Dosierung oder durch Kombination mit anderen Analgetika angepasst werden. Als Beispiele empfehlen wir einige Präparate [Dosierungen für Patienten über 50 kg]:

Erste Wahl:

- Mefenaminsäure bis 3x500 mg
- Diclofenac bis 4x50 mg
- Ibuprofen bis 4x600 mg

Bei Risiken oder Unverträglichkeiten ein selektiver COX-2-Hemmer.

Bei Bedarf zusätzlich:

- Paracetamol bis 6x500 mg
- Tramadol bis 4x50-100 mg
- Dihydrocodeintartrat bis 2x60 mg

#### ■ Anleitung zu aktivem und schmerzvermeidendem Verhalten im Alltag

Die Mehrzahl der neueren Therapiestudien unterstützen das Konzept, den Patienten zu einem aktiven Alltagsverhalten innerhalb der schmerzauslösenden Grenzen anzuleiten (2, 4, 5, 7, 8, 22, 23). Dazu benötigen die Patienten initial eine Instruktion zu ergonomischem Verhalten und zur Vermeidung von Körperhaltungen, welche den akuten Schmerz reaktivieren. Dies erfordert in vielen Fällen den frühzeitigen Beizug einer/s geschulten Physiotherapeutin/en.

#### ■ Rolle der Physiotherapie während der Akutphase

Die Rolle der Physiotherapie sehen wir während der ersten Zeit vorwiegend in der Förderung der Selbständigkeit und Eigenverantwortung bei der aktiven, schmerzfreien Selbstmobilisation (22).

Detaillierte Empfehlungen für die weitere Physiotherapie in der Akutphase finden sich in Tabelle 2.

## ■ Passive Hilfsmittel

Im Rahmen des aufgezeigten Therapiekonzeptes empfehlen wir bei QTF-Grad I und II grundsätzlich eine Behandlung ohne Kragen. Die routinemässige Abgabe von weichen Schanz-Kragen verschafft dem Patienten nachgewiesenermassen (2, 4, 6–8, 10) keinen Nutzen.

Eine Ausnahme von dieser Regel bildet die Erprobung neuer Therapiekonzepte (z. B. 24) durch spezialisierte Zentren. Dabei sind folgende Bedingungen einzuhalten:

- individuelle Anpassung ohne Fixierung von Fehlhaltungen;
- Material aus festem Schaumstoff;
- wesentliche Schmerzlinderung;
- Anleitung und engmaschige Kontrollen des Patienten durch eigens geschulte Fachkräfte.

Im Rahmen der Anleitung zu schmerzvermeidendem Verhalten im Alltag kann ein Spezialkissen [Hirsekissen, konfektionierte Kissen usw.] gute Dienste leisten. Der Nutzen einer generellen Verwendung ist in der Literatur nicht belegt.

## ■ Arbeitsfähigkeit

Die wichtigsten Kriterien für die Arbeitsfähigkeit sind der initiale Schweregrad der Verletzung sowie die gegenwärtigen Beschwerden einerseits – und die beruflichen Belastungen andererseits. Der Patient benötigt die Information, dass die Beschwerden bei Wiederaufnahme der Arbeit oft vorübergehend leicht akzentuiert werden können. Bei Beschwerden, welche die Belastung trotz Einhaltung der ergonomischen Regeln [vgl. Kapitel «Behandlung in der Akutphase», «Anleitung zu aktivem und schmerzvermeidendem Verhalten im Alltag»] zeitlich erheblich überdauern, muss der Arbeitseinsatz wieder reduziert werden.

In der ersten Woche nach Trauma ist eine Arbeitsaufnahme unter der Voraussetzung möglich, dass keine Ruheschmerzen [Schmerz in Neutralstellung] bestehen. Nach Abklingen der initialen, inflammatorischen Reaktion können viele Patienten auch bei mässigem Ruheschmerz ab der zweiten Woche die Arbeit wieder aufnehmen, wenn sie ergonomisch genügend geschult sind.

Zur Aufrechterhaltung des wichtigen beruflichen Beziehungsnetzes können in manchen Fällen rein therapeutische Arbeitseinsätze mit kleinen Tagespensen nützlich sein – selbst wenn sie initial noch nicht in einer für den Betrieb relevanten Leistung resultieren.



## Grundsätze für die Physiotherapie

- Fördern der Selbständigkeit und Eigenverantwortung
- Frühe aktive, schmerzfreie Selbstmobilisation
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit («alle ziehen am selben Strick»)
- Arbeitsausfall vermeiden oder so kurz als möglich halten
- Systematische Beobachtung und Dokumentation des Verlaufs
- Bei Stagnation oder atypischem Heilverlauf soll die Behandlungsstrategie überprüft oder/und fachliche Supervision beigezogen werden

## Richtlinien zum Management

### Woche 1–3: «hands off»

- Keine schmerzprovozierenden Untersuchungen und keine passiv mobilisierenden Massnahmen («hands off»)
- Schmerzentlastendes, ergonomisch richtiges Verhalten im Alltag zuhause und am Arbeitsplatz soll instruiert und überprüft werden
- Anleitung zu aktiven Nackenbewegungen im schmerzfreien Bereich ohne Symptomverschlechterung. Lernen eines problemorientierten Heimprogramms
- Training der tiefen Nackenflexoren beginnen
- Aktive Mobilisation der BWS und der neuralen Strukturen (symptomfrei)
- Angepasstes Ausdauertraining (geeignet sind: zügiges Gehen im Freien, Hometrainer, Steppen, evtl. Rückenschwimmen, Aqua-Jogging usw.)
- Detonisation der Schultergürtelmuskulatur durch aktive Übungen mit vielen Repetitionen (30 und mehr)
- Klare Instruktion bezüglich schrittweisem Abbau des eventuell getragenen Kragens
- Instruktion zur Ausführung von passiven Massnahmen zu Hause (geeignet sind warmes Duschen, später ev. Wechselduschen, warme Cold-Hot-Packs oder Bettflasche im Schultergürtelbereich, evtl. TENS)
- Eventuell Techniken zur Schmerzmodulation und Dämpfung des Sympathikus im Bereiche der BWS

### Ab Woche 4

- Falls nötig: ausführliche passive Untersuchung
- Falls vorhanden: Gelenkdysfunktionen behandeln (Symptome respektieren und eher noch nicht endgradig behandeln)
- Muskuläre Dysbalance weiterbehandeln
- Falls nötig: Weichteile behandeln
- Steigerung der Belastbarkeit bei Alltags- und Freizeitaktivitäten
- Bei ungenügender Belastbarkeit oder erhöhtem Bedarf (Sportler usw.) kann eine medizinische Trainingstherapie eingeleitet werden

## Tabelle 2

### Physiotherapeutisches Management von Patienten mit akuten Beschwerden nach Halswirbelsäulendistorsion.

(I. Wehrle-Jan, B. Karlen, U. Abt, M. Caravatti, S. Fischer, A. Hongler, N. Pulkovski, S. Jan-Wehrle, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, Universitätsspital Zürich).

## Verläufe – Konsilien – Risikofaktoren

### ■ Triage

Die initiale, aufwendige Untersuchung [vgl. Kapitel «Untersuchung in der Akutphase»] ist unerlässlich für die nachfolgende Triage zwischen den zahlreichen Fällen, welche einfach verlaufen und den potentiellen Problemfällen [vgl. «Risikofaktoren» dieses Kapitels], welche häufigere Kontrollen und intensivere Massnahmen notwendig machen.

### ■ Indikationen zu Konsilien während der ersten 6 Wochen

- Falls sich der Zustand des Patienten trotz adäquater Behandlung [vgl. Kapitel «Behandlung in der Akutphase»] innert 7 Tagen nicht deutlich bessert, ist eine eingehende diagnostische und therapeutische Re-Evaluation zu veranlassen.
- Bei Sensibilitätsstörungen, Paresen, Reflexdifferenzen und Hinweisen auf zentral-nervöse Ausfälle ist umgehend ein neurologisches Konsilium indiziert.
- Bei akutem Hörverlust, bei Nystagmus in der klinischen Untersuchung sowie bei anfallsweise auftretendem Drehschwindel oder Dauerschwindel über mehrere Tage ist eine fachärztliche HNO-Untersuchung zu veranlassen.
- Bei Sehstörungen [Komplikationen wie z. B. Glaskörperblutungen, Netzhautablösungen usw.] ist ein ophthalmologisches Konsilium erforderlich.
- Stimmungsschwankungen sollen primär durch den Hausarzt aufgefangen werden. Bei manifester und relevanter ängstlich-dissoziativer oder depressiver Symptomatik [Alpträume, sozialer Rückzug, Vermeidungsverhalten, anhaltend gedrückte Grundstimmung usw.] ist eine psychiatrische Beurteilung durch eine diesbezüglich erfahrene Fachkraft indiziert.

## Risikofaktoren

Bei ca. 20% der Betroffenen (10, 13) kommt es zu länger dauernden oder anhaltenden Beschwerden. In der Literatur wurde eine Anzahl von Faktoren herausgearbeitet, welche eine erhöhte Gefahr zur Chronifizierung anzeigen können (13, 25–27):

- höheres Alter
- initial hohe Intensität der Nacken- und/oder Kopfschmerzen
- initial stark eingeschränkte Beweglichkeit der HWS
- frühe Schlafstörungen
- frühe Aufmerksamkeits- und Abrufstörungen
- hoher Nervositäts-Score
- Anamnese mit früherem Kopfschmerz
- Anamnese mit früherem Kopftrauma

Ihr Vorhandensein soll den verantwortlichen Arzt zu erhöhter Aufmerksamkeit veranlassen [«yellow flags»].

## **Neuer Handlungsbedarf nach 6 Wochen**

Falls sich innerhalb der ersten 6 Wochen die Beschwerden nicht wesentlich zurückbilden, besteht ein neuer Handlungsbedarf (10).

Diese Patienten bedürfen einer gezielten Standortbestimmung durch Fachärzte, die über einschlägige Erfahrung mit den Folgen des KZBT verfügen. Dabei ist oft ein interdisziplinäres Vorgehen angezeigt, was den gezielten Beizug damit vertrauter Spezialisten auf dem Gebiet der Neurologie, Rheumatologie oder Physikalischen Medizin und Rehabilitation, Psychiatrie, Neuropsychologie und Physiotherapie erforderlich macht. Die enge Zusammenarbeit dieser Fachleute kann von ausschlaggebender Bedeutung sein und sollte durch die Bildung von spezifischen, interdisziplinären Teams gefördert werden.

Der Erfolg der hier veranlassten therapeutischen Massnahmen kann wesentlich von deren rechtzeitigem Einsetzen abhängen. Daher sollte die Übernahme durch das Team innerhalb weniger Wochen nach Anmeldung durch den Hausarzt erfolgen.

## **Verdankung**

Wir danken den Herren Prof. J. Hodler, Chefarzt der Abteilung Radiologie, und PD Dr. N. Boos, Leitender Arzt Wirbelsäulen-Abteilung, von der orthopädischen Universitätsklinik Balgrist, Zürich, für ihre kritische Redaktion des Abschnittes über die bildgebenden HWS-Untersuchungen in der Akutphase.

Grosser Dank gebührt den Fachorganisationen, welche sich die Mühe eines kritischen Kommentars nahmen und deren Anregungen wir in die Schlussfassung einbezogen haben: Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin; Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie; Schweizerische Neurologische Gesellschaft; Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie; Schweizerische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation; Schweizerischer Physiotherapie-Verband; Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie.

## Quintessenz

Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der Akutphase nach KZBT [sog. Schleudertrauma]

Diagnostik:

- Anamnese: Initiale, möglichst lückenlose Rekonstruktion des Unfallereignisses. Initiale, sorgfältige Erhebung der körperlichen und psychischen Beschwerden.
- Untersuchung: Muskuloskelettaler und neurologischer Status. Röntgenbilder von HWS ap, seitlich [inkl. HWK 7] und Dens ap. CT der HWS bei Verdacht auf Fraktur/Luxation, sowie bei ungenügender Aussagekraft der konventionellen Röntgenbilder. MRI der HWS bei neurologischen Ausfällen.
- Konsilien: Bei fehlendem Ansprechen auf eine adäquate initiale Therapie innerhalb der ersten 7 Tage. Bei Verdacht auf neurologische Störungen. Bei Nystagmus, anfallsweisem Drehschwindel oder längerem Dauerschwindel. Bei akutem Hörverlust. Bei Sehstörungen. Bei erheblichen psychischen Symptomen.

Behandlung

- Therapeutische Führung des Patienten: Patient ernst nehmen. Sachlich informieren. Schlüsselrolle des Hausarztes: frühe Nachkontrolle (innerhalb von 24-48 Stunden nach der notfallmässigen Erstuntersuchung). Kongruente Partnerschaft mit der Physiotherapie. Früher Einbezug von psychischen und sozialen Störfeldern. Kontakt zum Arbeitsplatz aufrecht erhalten.
- Initiale Analgetika: möglichst früher Beginn. Genügende Dosierung. Wirksame Abdeckung von 24 Stunden pro Tag. Engmaschige Wirkungskontrolle und Anpassung der Medikation.
- Aktives Alltagsverhalten innerhalb der schmerzauslösenden Grenzen.
- Frühzeitiger Einsatz der Physiotherapie: «Hands off» während der ersten 3 Wochen. Anleitung zu ergonomischem, schmerzvermeidendem Verhalten im Alltag.
- Halskragen: Die routinemässige Abgabe von weichen Stoffkragen ist nicht von Nutzen.

Weiterer Heilverlauf

- Triage durch systematische Verlaufsbeobachtung und frühe Erkennung von Risikofaktoren [«yellow flags»].
- Frühe, angepasste Arbeitsaufnahme.

Neuer Handlungsbedarf nach 6 Wochen [«red flag»]

- Bei ungenügender Remission Standortbestimmung durch ein interdisziplinäres Team.

## Literatur

- (1) Schnider A, Annoni JM, Dvorak J, Ettliln T, Gütling E, Jenzer G, et al. Beschwerdebild nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma (whiplash-associated disorder). Schweiz Ärztezeitung 2000; 81:1655-6.
- (2) Barnsley L. Treatment strategies in the initial phase of whiplash injury. In: Internat. Congress on WAD, Berne, March 8-10th 2001. p. 61-3.
- (3) Peeters GGM, Verhagen AP, de Bie RA, Oostendorp RAB. The efficacy of conservative treatment in patients with whiplash injury: A systematic review of clinical trials. Spine 2001;26:E64-73.
- (4) Borchgrevink GE, Kaasa A, McDonagh D, Stiles TC, Haraldseth O, Lereim I. Acute treatment of whiplash neck sprain injuries. A randomised trial of treatment during the first 14 days after a car accident. Spine 1998;23:25-31.
- (5) McKinney LA. Early mobilisation and outcome in acute sprains of the neck. BMJ 1989;299:1006-8.
- (6) Mealy K, Brennan H, Fenelon GC. Early mobilization of acute whiplash injuries. BMJ 1986;292:656-7.
- (7) Rosenfeld M, Gunnarson R, Borenstein P, Cassidy JD. Early intervention in whiplash-associated disorders. A comparison of two treatment protocols. Spine 2000;25:1782-7.
- (8) Schnabel M, Vassiliou T, Schmidt T, Basler HD, Gotzen L, et al. Ergebnisse der frühfunktionalen krankengymnastischen Übungsbehandlung nach HWS-Distorsion. Schmerz 2002;16:15-21.
- (9) Schwarz H. Zur konservativen Behandlung frischer Weichteilverletzungen der Halswirbelsäule. Manuelle Medizin 1987;25:116-9.
- (10) Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Suissa S, Zeiss E. Scientific monograph of the Quebec Task Force on whiplash-associated disorders: redefining «whiplash» and its management. Spine 1995;20 (Suppl.):2S-73S.
- (11) Hartling L, Brisson RJ, Arden C, Pickett W. Prognostic value of the Quebec Classification of whiplash-associated disorders. Spine 2001;26:36-41.
- (12) Mild Traumatic Brain Injury Committee of the Head Injury Interdisciplinary Special Interest Group of the American Congress of Rehabilitation Medicine. Definition of mild traumatic brain injury. J Head Trauma Rehabil 1993;8:86-7.
- (13) Radanov BP, Sturzenegger M, Di Stefano G. Long-term outcome after whiplash injury. A two-years follow-up considering features of injury mechanism and somatic, radiologic and psychosocial findings. Medicine 1995;74:281-97.
- (14) Hodler J. Persönliche Mitteilung 2001.
- (15) Di Stefano G. Das sogenannte Schleudertrauma. Bern: Hans Huber; 1999.
- (16) Di Stefano G, Radanov BP. Course of attention and memory after common whiplash: a two-years prospective study with age, education and gender pair-matched patients. Acta Neurol Scand 1995;91:346-52.
- (17) Ettliln TM, Kischka U, Reichmann S, Raddi EW, Heim S, Wengen D, Benson DF. Cerebral symptoms after whiplash injury of the neck: a prospective clinical and neuropsychological study of whiplash injury. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1992;55:943-8.
- (18) Mayou R, Bryant B. Outcome of «whiplash injury». Injury 1996;27:617-23.
- (19) Dickenson AH. Spinal cord pharmacology of pain. Br J Anaesth 1995b;75:193-200.
- (20) Sinatra RS. Pain management: present status, future trends. In: Sinatra RS, Hord AH, Ginsberg B, Preble LM, eds. Acute Pain-Mechanisms and Management. Mosby; 1995. p. 609-12.
- (21) Hecker BR, Albert L. Patient-controlled analgesia: a randomised, prospective comparison between two commercially available PCA pumps and conventional analgesic therapy for postoperative pain. Pain 1988;35:115-20.
- (22) Jan-Wehrle S, Wehrle Jan I, Huber E. Die Behandlung von akuten Verletzungen der Halswirbelsäule (Therapie und Qualitätsmanagement). Physiotherapie 2000;8:18-24.

- (23) Nordin M. Education and return to work. In: R. Gunzburg, M. Szpalski. Whiplash Injuries. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998. p. 199-210.
- (24) Gurumorthy D. A prospective study of acute «whiplash» injury and its clinical management. Abstract Proc. WAD World Congress 1999.
- (25) Radanov BP, Sturzenegger M. Predicting recovery from common whiplash. Eur Neurol 1996;36:48-51.
- (26) Kasch H, Bach FW, Jensen TS. Handicap after acute whiplash injury. Neurol 2001;56:1637-43.
- (27) Keidel M. Schleudertrauma der Halswirbelsäule. In: Brandt T, Dichgans H, Diener HC, Hrsg. Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen. 3. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer; 1998. S. 69-84.

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. med. Thierry Ettl  
Facharzt FMH für Neurologie  
Med. Direktor Rehaklinik  
4310 Rheinfelden



# **Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraneo-zervikalem Beschleunigungstrauma**

## **Anleitung für die Anamnese und klinische Untersuchung in der Akutphase**

Thierry Ettlín, Bruno Soltermann

Die erste ärztliche Untersuchung nach einem kraneo-zervikalen Beschleunigungstrauma erfolgt in der Regel abhängig vom Beschwerdeausmass in einer Notfallstation oder einer Arztpraxis. Ziel der ersten ärztlichen Untersuchungen in der Akutphase ist die Dokumentation des Unfallablaufes aufgrund der Schilderung des Patienten, die Erfassung der aufgetretenen Beschwerden und die Erhebung der klinischen Befunde anhand einer auf die wesentlichen Bereiche gewichteten muskuloskelettalen und neurologischen Untersuchung. Für eine konsistente Frühdokumentation und die therapeutische Führung ist es unumgänglich, dass der Hausarzt bei Übernahme des Patienten die Anamnese und klinische Untersuchung auch bei vorgängig erfolgter Erstkonsultation auf einer Notfallstation selber nochmals durchführt.

Der Dokumentationsbogen ist ein checklistenartiges Erfassungsinstrument, der sowohl als Fragebogen für den Unfallversicherer als auch für die eigene Dokumentation in der Krankengeschichte dienen kann.

Er umfasst folgende Rubriken:

1. Unfallhergang
2. Chronologische Befragung zum Unfallablauf
3. Angaben des Patienten zu den Beschwerden
4. Frühere Anamnese
5. Untersuchungsbefunde
  - a) Schmerzen/Beweglichkeit im Bereich der HWS
  - b) Schmerzen/Funktionseinschränkungen an anderer Lokalisation
  - c) Neurologische Untersuchung
  - d) Aktuelle Bewusstseinslage
  - e) Äussere Verletzungen
  - f) Röntgen
  - g) Sonstige Feststellungen oder Auffälligkeiten
6. Vorläufige Diagnose
7. Therapie/angeordnete Massnahmen

### **1. Unfallhergang**

Der Patient soll frei die Art des Unfalls, den Unfallhergang und die Unfallumstände schildern. Im häufigsten Fall einer Autokollision soll erfragt werden, ob Kopfstützen vorhanden waren und der Sicherheitsgurt getragen wurde. Die Angaben des Pa-

tienten zu Geschwindigkeiten und Energieeinwirkungen widerspiegeln sein subjektives Erleben und sind keine unfallmechanische Interpretation.

## **2. Chronologische Befragung zum Unfallablauf**

Zum Ausschluss einer Hirnerschütterung (syn. leichte traumatische Hirnverletzung, *Commotio cerebri*) muss der Arzt Klarheit über ein lückenloses Erinnerungsvermögen des Patienten an den Unfallablauf erhalten. Dazu empfiehlt sich eine schrittweise Befragung der chronologischen Abfolge der Ereignisse, ohne mit Suggestivfragen einzuwirken. Dazu kann einleitend gefragt werden, was genau eines nach dem andern passiert ist. Ein ununterbrochenes Erinnerungsvermögen kann angenommen werden, wenn das Kollisionsgeräusch gehört wurde, die Einwirkung auf den Körper und ein Bewegungseffekt wahrgenommen wurde und das eigene Verhalten nach Stillstand des Wagens lückenlos beschrieben wird. Weiter kann ein uneingeschränktes Bewusstsein angenommen werden, wenn das Verhalten und die Reaktionen des Patienten am Unfallort der Situation entsprechend nachvollziehbar waren. In diesem Zusammenhang soll auch das psychische Erleben des Patienten exploriert werden. War der Patient in einem Angst-/oder Schreckzustand- oder Panikzustand? Gab es andere Umstände, die ein evtl. lückenhaftes Gedächtnis oder einen veränderten Bewusstseinszustand erklären?

## **3. Angaben des Patienten zu den Beschwerden**

Die Befragung beinhaltet die Art der Beschwerden, den Zeitpunkt ihres Auftretens und den Verlauf bis zur Konsultation. Für den weiteren Verlauf nützlich ist die subjektive Einschätzung der Stärke von Schmerzen insbesondere für angegebene Nacken- und Kopfschmerzen. Es soll zwischen spontan angegebenen und erfragten Zusatzbeschwerden unterschieden werden. Frühe Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen, vegetative Zeichen, ängstliche, dissoziative oder depressive Symptome werden von manchen Patienten nicht spontan angegeben. Weil sie ein erhöhtes Chronifizierungsrisiko anzeigen, empfiehlt es sich, in einem nicht suggestiven, kursorisch gehaltenen Stil nach solchen Beschwerden zu fragen. Falls solche Beschwerden vorhanden sind, sollen sie als wesentlicher Teil der frühen therapeutischen Führung mit dem Patienten im Rahmen des gesamten medizinischen Kontextes erklärend eingeordnet und im weiteren Verlauf beachtet werden.

## **4. Frühere Frühere Anamnese**

Hier geht es um Angaben zu früheren Unfällen mit HWS-, Wirbelsäulen- und/oder Kopfbeteiligung und Angaben zu früheren behandlungsbedürftigen HWS- oder Rückenbeschwerden sowie auch anderweitigen Beschwerden und deren allfällige Behandlung. Wichtig ist auch die Befragung über frühere Kopfschmerzen inkl.

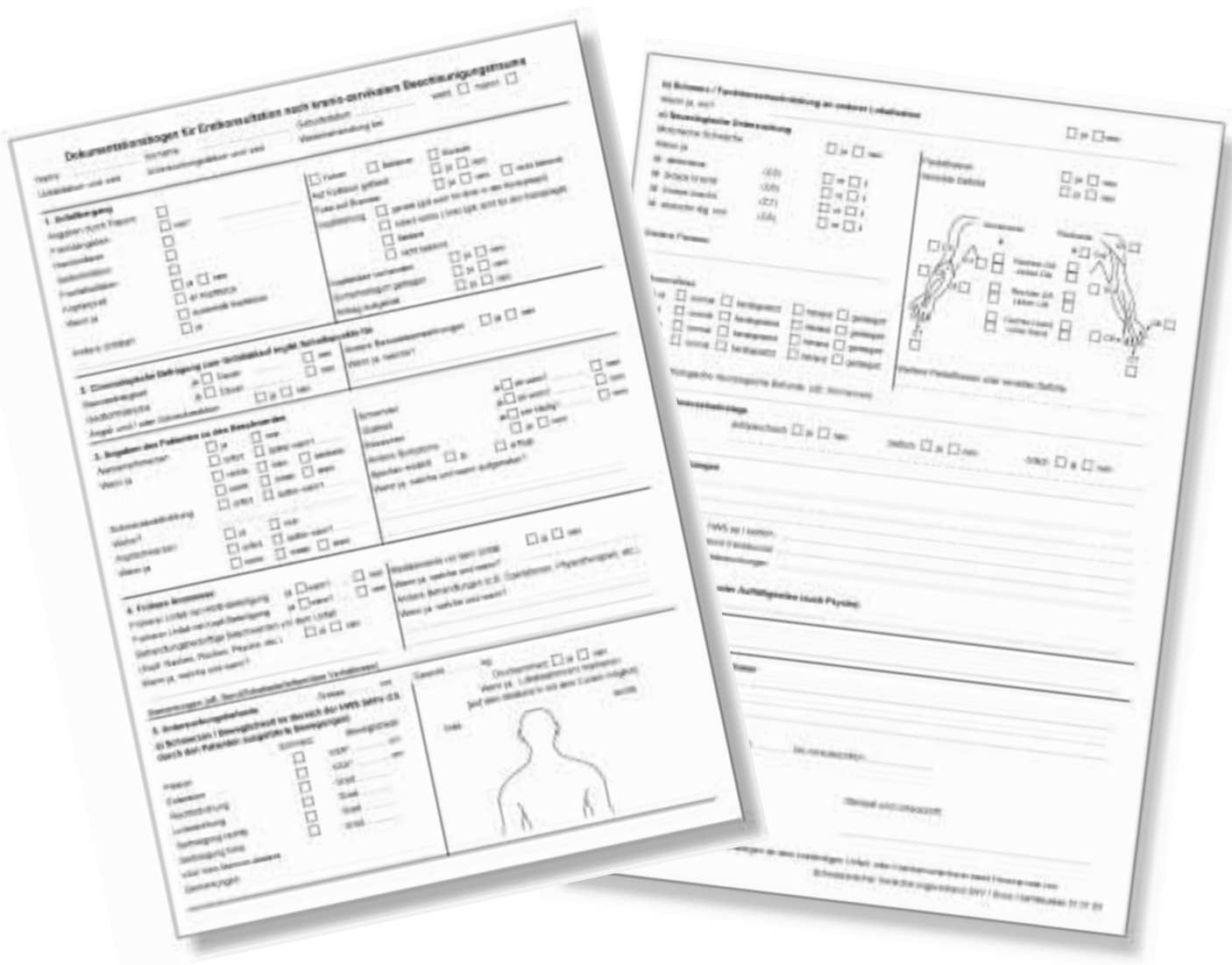
einer Familienanamnese mit Migränekopfschmerzen. Weil psychosoziale Belastungen den Verlauf von Unfallfolgen erschweren können und bei der therapeutischen Führung beachtet werden müssen, soll man sich auch ein Bild über die familiäre und berufliche Situation des Patienten machen.

## 5. Untersuchungsbefunde

Die körperliche Untersuchung umfasst einen muskuloskelettalen und einen neurologischen Status.

### a) Schmerzen/Beweglichkeit im Bereich der HWS

Bei der Inspektion des stehenden Patienten soll auf Fehlhaltungen wie Protraktion oder Lateralisation des Kopfes/Halses, Schulterhochstand, Abflachung der physiologischen BWS-Kyphose und vorbestehende Haltungsanomalien der Wirbelsäule geachtet werden. Prinzipiell sollen in der Akutphase nur aktive, d. h. durch den Patienten selber auszuführende Beweglichkeiten geprüft werden. Dies entspricht auch dem «hands-off»-Prinzip der physiotherapeutischen Behandlung während den ersten drei Wochen. Bei der aktiven Beweglichkeitsprüfung soll zur



Verlaufsbeurteilung die Rotation und Seitneigung des Kopfes in Gradzahlen, die Flexion/Extension mit dem Kinn-Sternum-Abstand in cm gemessen werden. Es folgt die Palpation mit Beschreibung von Schmerzlokalisierung und Tonuserhöhungen im Bereich der Hals-, Nacken-, Schultergürtel- und, Interscapulärmuskulatur. Auf dem Schema kann die Lokalisation von Druckschmerzen aufgezeichnet werden.

#### b) Schmerzen/Funktionseinschränkungen an anderer Lokalisation

Hier können Schmerzen und Funktionseinschränkungen an anderer Lokalisation, insbesondere im Bereiche der Schultern und des Rumpfes, aufgeführt werden.

#### c) Neurologische Untersuchung

Auf dem Dokumentationsbogen sind die wichtigsten Lokalisationen der Muskelfunktionen und der Sensibilität sowie die Muskeleigenreflexe an den oberen Extremitäten bezeichnet. Weitergehende Auffälligkeiten können unter «Andere pathologische neurologische Befunde» aufgeführt werden.

Die neurologische Untersuchung umfasst die Prüfung der Hirnnerven, der Muskelkraft, der Reflexe, der motorischen Koordination und der Sensibilität. Die Hirnnervenprüfung kann cursorisch durchgeführt werden mit Inspektion des Gesichtes nach auffälligen Asymmetrien, manueller Prüfung des Gesichtsfeldes, der Blickfolgebewegungen mit Frage nach Nystagmus, der mimischen Muskulatur, des groben Hörvermögens mittels Fingerreiben, der symmetrischen Gaumensegelnervation und der Sensibilität im Gesicht. Bei unfallanamnestischen oder klinischen Hinweisen auf eine durchgemachte Hirnerschütterung soll auch der Geruchssinn geprüft werden. Zusätzlich zu den Hirnnerven soll die Sensibilität in den Dermatomen C2 am Hinterkopf und C3 und C4 am Nacken und Hals geprüft werden.

Bei der Prüfung der Kraft und Sensibilität empfiehlt sich an den oberen Extremitäten die Untersuchung der radikulären Kennmuskeln C5-C8 (M. deltoideus, M. biceps br., M. triceps br., M. abductor dig. min.) und der entsprechenden radikulären Dermatome (s. Schema auf dem Dokumentationsbogen). An den unteren Extremitäten kann man sich im Normalfall auf die Prüfung des Fussspitzen- und Fersenganges und eine grobe Sensibilitätsprüfung beschränken. In der Akutphase kann es schwierig sein, schmerzbedingte von neurologisch verursachten Muskelschwächen zu unterscheiden.

Segmentale motorische und/oder sensible Defizite und/oder herabgesetzte/fehlende Muskeleigenreflexe weisen auf eine radikuläre Läsion oder eine Plexusläsion hin; Halbseitendefizite und/oder gesteigerte Muskeleigenreflexe weisen auf eine zerebrale oder medulläre Läsion hin. Wir empfehlen in jedem Fall von neurologischen Ausfällen ein umgehendes neurologisches Konsilium.

#### d) Aktuelle Bewusstseinslage

Bei jeglichen Hinweisen auf eine auch nur leicht eingeschränkte quantitative oder qualitative Bewusstseinslage wie eine psychomotorische Verlangsamung, Angabe einer anhaltenden Benommenheit, Orientierungsstörungen, auffälliges Schlafbedürfnis, agitiertes oder apathisches Verhalten u. ä. muss eine neurologische Abklärung und/oder medizinische Überwachung erfolgen.

#### e) Äussere Verletzungen

Neben offensichtlichen äusseren Verletzungen sollte insbesondere im Bereich des Skalpess auf kutane und subkutane Verletzungen geachtet werden.

#### f) Röntgen

#### g) Sonstige Feststellungen oder Auffälligkeiten

Hier soll Art und Inhalt beobachteter Auffälligkeiten festgehalten werden, die im Zusammenhang mit dem erlittenen Unfall von Relevanz sind. Die freie Formulierung der Auffälligkeiten ist dabei wichtiger und hilfreicher als die schnelle Zuschreibung zu einem Syndrom. Insbesondere nach einem psychisch traumatisierenden Unfallereignis, einer durchgemachten Hirnerschütterung und/oder bei belastenden psychosozialen Umständen müssen psychopathologische Symptome frühzeitig beachtet werden.

### **6. Vorläufige Diagnose**

### **7. Therapie/angeordnete Massnahmen**

#### **Korrespondenzadresse:**

Schweizerischer Versicherungsverband SVV  
Dr. med. Bruno Soltermann  
Facharzt FMH für Chirurgie  
Chefarzt SVV  
C.F. Meyer-Strasse 14  
Postfach 4288  
8022 Zürich  
bruno.soltermann@svv.ch

Dieser Beitrag ist erschienen in: Schweizerische Ärztezeitung. 2003; 84: Nr. 8.

## Kommentar zum Dokumentationsbogen

Bruno Soltermann

Die Schweizer Privatassekuranz hat bereits 1994 einen Halswirbelsäulen-Fragebogen eingeführt. Dieser wurde jeweils im Nachgang zu einer HWS-Distorsion, insbesondere nach Auffahrunfällen dem behandelnden Arzt zur Beantwortung zugeschickt. Jede Versicherungsgesellschaft hat diesen Fragebogen ihren Eigenheiten entsprechend etwas abgeändert.

Auf Grund neuer Erkenntnisse sowohl in diagnostischer und therapeutischer Art wie auch in der administrativen Fallführung und nicht zuletzt auch um den Patienten gerecht zu werden hat der Schweizerische Versicherungsverband SVV unter Mithilfe von Herrn Prof. Dr. med. Thierry Ettl ein Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma erarbeitet. Dieser Bogen hat zum Ziel, den Patienten durch eine klare und strukturierte Befragung, Anamnese- und Befunderhebung in seiner Gesamtheit zu erfassen und zu einer Diagnose zu gelangen, welche die Therapie entsprechend den Empfehlungen der Schweizerischen Arbeitsgruppe über diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der Akutphase nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma gewährleistet, publiziert im Swiss Medical Forum, Nr. 47, 20. November 2002.

Die Anleitung für die Anamnese und klinische Untersuchung in der Akutphase soll als hilfreiches Instrumentarium zum korrekten medizinisch-diagnostischen Vorgehen bei der Erstkonsultation dienen.

Sowohl Fragebogen wie auch Anleitung wurden bei verschiedensten medizinischen Fachgesellschaften in die Vernehmlassung gegeben. Die Antworten fielen allesamt positiv aus. Die Anregungen der Fachgesellschaften wurden sowohl in den Fragebogen wie auch in die Anleitung eingearbeitet. Auch bei der Suva und der santésuisse findet dieser Erstdokumentationsbogen die volle Unterstützung, so dass seit 1. März 2003 alle Unfallpatienten mit kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma in der Schweiz mit Hilfe dieses Bogens erfasst werden können.

Dokumentationsbogen und Anleitung sind in deutscher, französischer und italienischer Sprache vorhanden und zwar sowohl in elektronischer wie auch in Papierform. Für Internetbenutzer sind die Erstdokumentationsbogen und deren Anleitungen via Homepage Medizinischer Dienst des Schweizerischen Versicherungsverbandes ([www.med.svv.ch](http://www.med.svv.ch)) abrufbar. Aus technischen und datenschutzrechtlichen Gründen kann dieser Bogen jedoch nicht online ausgefüllt und an die zuständige Versicherung per Mail geschickt, sondern er muss ausgedruckt werden. Er kann selbstverständlich als Echtzeitdokument in die Krankengeschichte abgelegt werden. Eine Hybrid-CD für Windows- und Macintosh-System mit



denselben Dokumenten wird auf Anfrage beim Schweizerischen Versicherungsverband SVV, Daniela Wagner, C.F. Meyer-Strasse 14, Postfach 4288, 8022 Zürich zugestellt.

Der vollständig ausgefüllte Dokumentationsbogen ist nach Bekanntwerden des zuständigen Unfall- oder Krankenversicherers diesem zuzustellen und wird dann zusätzlich zu den Konsultations- und anderweitigen Abklärungskosten mit Fr. 100.— honoriert.

Der Erstdokumentationsbogen soll bei der Erstkonsultation auf der Notfallstation oder beim Notfallarzt und allenfalls dann noch bei einer Überweisung an den Hausarzt bei dessen Erstkonsultation verwendet werden; spätere Verwendungen werden nicht mehr speziell vergütet.

Die Zukunft wird zeigen, ob durch diesen Dokumentationsbogen und dem therapeutischen Vorgehen in der Akutphase nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma die Chronifizierungen und traurigen Einzelschicksale vermindert werden können. Eine diesbezügliche begleitende Studie ist vorgesehen.

### **Korrespondenzadresse:**

Schweizerischer Versicherungsverband SVV  
Dr. med. Bruno Soltermann  
Facharzt FMH für Chirurgie  
Chefarzt SVV  
C.F. Meyer-Strasse 14  
Postfach 4288  
8022 Zürich  
bruno.soltermann@svv.ch

Felix Ineichen, Marcel Jost, Laszlo Matéfi, Bruno Müller, Hanspeter Rast, Beat Röllin

Haben Sie auch schon arbeitsmedizinische Information im Zusammenhang mit der Betreuung von Patienten gesucht? – Ob Sie eine konkrete Frage haben oder einfach mal reinschauen wollen: Seit 2002 können Sie über das Internet unter [www.suva.ch/arbeitsmedizin](http://www.suva.ch/arbeitsmedizin) schnell und unkompliziert mehr erfahren zu:

## ■ **Organisation und Aufgaben der Abteilung Arbeitsmedizin der Suva**

Zur Abteilung gehören neben 2 Arbeitsärztinnen und 13 Arbeitsärzten in Luzern, Lausanne und Winterthur auch die MitarbeiterInnen der Bereiche Medizinischen Prophylaxe (AMP) und Audiometrie (AMA). Ihre Aufgaben und deren gesetzliche Grundlagen werden beschrieben.

## ■ **Arbeitsmedizinische Vorsorge**

Sie finden eine Liste der Stoffe und gefährdenden Tätigkeiten, bei denen klinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden, und erfahren, wozu das Biologische Monitoring resp. die Kontrolle von BAT-Werten (biologischen Arbeitsstofftoleranzwerten) dienen. Der Ablauf der Vorsorge wird beschrieben; auch ist der Untersuchungsgang der medizinischen Gehörschadenprophylaxe



The screenshot shows the 'suvaPro' website interface. At the top, there is a navigation bar with 'suvaPro' and 'Suva Home -- SuvaPro'. Below this is a section titled 'Arbeitsmedizin'. On the left, there is a photograph of a blue hard hat and a stethoscope. On the right, there is a list of topics with underlined text:

- Aufgaben
- Ansprechpartner (Organisation)
- Arbeitsmedizinische Vorsorge (AMV)
- Informationsmittel/Publikationen
- Fortbildung
- Häufig gestellte Fragen (FAQ)

At the bottom of the screenshot, the URL [www.suva.ch/arbeitsmedizin](http://www.suva.ch/arbeitsmedizin) is displayed.

in den Audiomobilen dargestellt. Zudem wird auf administrativ-finanzielle Fragen wie Entschädigung von Lohnausfall und Laborkosten eingegangen. Begriffe wie Nichteignungsverfügung (NEV) und bedingte Eignungsverfügung (BEV) werden erklärt und die Konsequenzen nach einem Erlass erläutert.

#### ■ **Weiterführende Publikationen**

Broschüren der Reihe Arbeitmedizin der Suva gibt es zu verschiedenen Themen, von A wie Asbest über L wie Lösungsmittel und S wie Schweißen bis Z wie Zytostatika. Veröffentlichungen der Arbeitsmedizin in Fachzeitschriften sind ebenfalls ersichtlich. Via Links können Sie diese Informationsmittel bestellen, z. T. ist ein direkter Download möglich.

#### ■ **Fortbildung**

Drei- bis viermal pro Jahr organisiert die Arbeitsmedizin der Suva Veranstaltungen zu interessanten Fragen. Die Homepage orientiert über Datum, Ort und Programm.

#### ■ **News**

Sie erhalten Informationen zu aktuellen Themen, momentan beispielsweise über Asbest.

Falls Sie weitere Auskünfte wünschen, sind die Ansprechpartner der verschiedenen Bereiche aufgeführt.

#### **Korrespondenzadresse:**

Suva  
Dr. med. Felix Ineichen  
Facharzt FMH für Allgemeinmedizin  
Abteilung Arbeitsmedizin  
Postfach  
8401 Winterthur

# Hautschutz online

Hanspeter Rast

Jahr für Jahr ereignen sich in der Schweiz mehrere tausend Berufskrankheitsfälle. Rund einen Viertel davon machen berufsbedingte Hauterkrankungen aus. Deshalb unterstützt die Suva als Hauptsponsor ein sinnvolles Präventions-Projekt im Internet.

Eine Homepage, in der alles Wichtige zum Thema Hautkrankheiten im Beruf und Hautschutz geschrieben steht? Und dies erst noch in einer Aufmachung, die für den Unterricht in Berufsschulen, für die Berufsberatung oder für die Präsentation in Betrieben geeignet ist? Seit kurzem gibt es sie, diese Internet-Adresse: Unter **www.2haende.ch** können Interessierte die wichtigsten Informationen zu den Themen Hautkrankheiten und Hautschutz abrufen.

Die Idee, Informationsmaterial über beruflich bedingte Hautkrankheiten zur Verfügung zu stellen, wurde vom Dermatologen Dr. med. Daniel Perrenoud von der Dermatologischen Universitätsklinik in Lausanne, gemeinsam mit dem Designer Thierry Gogniat aus La Chaux-de-Fonds geboren. Zusammen mit verschiedenen



Partnern (unter anderem der Suva) starteten sie 1999 eine entsprechende Kampagne und stellten einen Schulungskoffer für Berufsschulen zusammen. Da der Koffer (mittlerweile sind 300 davon an 200 Schweizer Berufsschulen im Einsatz) erstens recht teuer ist, und zweitens die Nachfrage danach immer grösser wird, wurde in einem zweiten Schritt diese Homepage geschaffen.

**www.2haende.ch** kommt ohne grafische Spielereien aus und ist in verschiedene Kapitel unterteilt. Im ersten Kapitel kann ein fixfertiger Kurs (Text, Folien, Bilder) zum Thema Hautkrankheiten angewählt werden. Das zweite Kapitel beschäftigt sich mit den Reizstoffen und Allergenen für über 50 gefährdete Berufsgruppen. Diese Zusammenstellung kann dem Arzt auch für die Berufsberatung dienen. Und in zwei weiteren Kapiteln werden nützliche Hinweise zum Thema Handschuhe sowie Hautschutzcremen und Hautreinigung im Beruf gegeben. Es ist geplant, die Informationen über Schutzhandschuhe in nächster Zeit noch wesentlich zu erweitern. Also noch Fragen zum Thema berufsbedingte Hautkrankheiten?

**www.2haende.ch, www.2mains.ch, www.2mani.ch** gibt auf Deutsch, Französisch und Italienisch Antwort.

#### **Adresse des Autors:**

Suva  
Dr. med. Hanspeter Rast  
Facharzt FMH für Dermatologie,  
Venereologie und Arbeitsmedizin  
Abteilung Arbeitsmedizin  
Postfach  
6002 Luzern

# HIV-Postexpositionsprhylaxe? – [www.hivpep.ch!](http://www.hivpep.ch)

Marcel Jost, Carlo Colombo, Josef Jost, Lucas Sponagel, Thomas Wägli

## Wie hoch ist das Risiko einer beruflichen HIV-Übertragung?

Das Risiko beruflich verursachter Krankheiten durch blutübertragbare Erreger in der Schweiz scheint zahlenmässig auf den ersten Blick nicht bedeutend. Bisher sind zwei gesicherte und eine wahrscheinliche beruflich bedingte HIV-Infektion beobachtet worden; zwischen 1997 und 2001 wurden 6 Fälle von gesicherter beruflich bedingter Hepatitis C gemeldet; gegen Hepatitis B steht eine wirksame Impfung zur Verfügung (3). Konsequente technische, organisatorische und personenbezogene Schutzmassnahmen zur Verhütung blutübertragbarer Infektionen sind jedoch notwendig, einerseits wegen des bekannten Schweregrades der erwähnten Infektionskrankheiten, andererseits auch aufgrund der häufigen Expositionen und des damit verbundenen Infektionsrisikos (Tabelle 1). Den Referenzzentren für blutübertragbare Infektionen wurden zwischen 1997 und 2000 2'685 Expositionen gemeldet, wobei der Anteil HIV-positiver Quellen 9,1 %, derjenige HCV-positiver Quellen 11,8 % und HBV-positiver Quellen 3,7 % betrug (4).

Das Risiko einer HIV-Übertragung beträgt nach perkutanen Expositionen durchschnittlich 0,3 % und nach Schleimhautexposition unter 0,1 % (7). Das Risiko hängt von mehreren Faktoren ab. Eine retrospektive Fall-Kontrolluntersuchung (1988-1994) bei Personen im Gesundheitswesen nach perkutanen Expositionen mit HIV zeigte, dass das Risiko vor allem durch folgende Faktoren beeinflusst wurde: Eine tiefe Verletzung mit dem kontaminierten Instrument führte zu einer Zunahme des Risikos um den Faktor 16. Das sichtbare Vorhandensein von Blut auf dem verletzenden Instrument sowie eine perkutane Verletzung mit einer Kanüle, die direkt in eine Vene oder Arterie eingeführt worden war, erhöhte das

Virus	Serokonversion	Klinisch manifest
HIV	0,3 %	
HBV HBe-Ag negativ	23-37 %	1-6 %
HBV HBe-Ag positiv	37-62 %	22-31 %
HCV	1,8 %	

**Tabelle 1**  
Durchschnittliches Risiko einer Serokonversion und klinischen Hepatitis nach perkutanen Expositionen mit infiziertem Blut gemäss CDC (8).



Risiko je um den Faktor 5. Das relative Risiko war um den Faktor 6 erhöht, wenn die Indexperson bereits in einem terminalen AIDS-Stadium war. Die Verabreichung einer Postexpositionsprophylaxe, damals mit Zidovudin (AZT) allein, verringerte das Risiko um 80 % (9).

## **Wann ist eine HIV-Postexpositionsprophylaxe zu empfehlen?**

Nach beruflichen Expositionen wird die HIV-PEP nach perkutanen Expositionen und Expositionen mit konzentrierten Virussuspensionen empfohlen. Eine HIV-PEP sollte ebenfalls nach Expositionen von Schleimhäuten oder offen lädiertter Haut mit Blut oder Körperflüssigkeiten, die sichtbar mit Blut kontaminiert sind, sowie nach Expositionen von oberflächlichen Verletzungen mit Blut oder bluthaltigen Körperflüssigkeiten diskutiert werden. Eine HIV-PEP wird andererseits nach Expositionen der intakten Haut mit Blut oder bluthaltigen Körperflüssigkeiten nicht empfohlen.

Der Beginn der HIV-PEP muss so schnell wie möglich erfolgen, die erste Dosis soll innerhalb von 1-2 Stunden nach dem Zwischenfall verabreicht werden. Die HIV-PEP umfasst die Kombination von 3 antiretroviralen Medikamenten, in der Regel von 2 Nucleosid-Reverse-Transcriptase-Inhibitoren und einem Protease-Inhibitor. Zum Zeitpunkt der Drucklegung wird Combivir® (Zidovudin 300 mg und Lamivudin 150 mg) 2 x eine Tablette alle 12 Stunden und Viracept® (Nelfinavir)



**Abbildung 1**  
Das Verbot des zweihändigen Recapping stellt nach wie vor eine der wichtigsten Massnahmen zur Verhütung blutübertragbarer Infektionen im Gesundheitswesen dar.

250mg 2 x 5 Tabletten alle 2 Stunden mit dem Essen empfohlen. In der Regel dauert die HIV-PEP 4 Wochen, mindestens aber 2 Wochen (1,5). Trotz der kurzen zur Verfügung stehenden Zeitspanne für den Entscheid zum Beginn einer HIV-PEP müssen die Risiken und möglichen Vorteile einer HIV-PEP mit dem betroffenen Arbeitnehmenden diskutiert werden. Besonders zu erwähnen ist, dass die Medikation häufig erhebliche Nebenwirkungen haben kann. Kontraindikationen und Interaktionen sind zu beachten, insbesondere der Proteaseinhibitoren.

Die Frage einer HIV-PEP stellt sich ebenfalls ausserhalb des Medizinalbereichs, beispielsweise nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr, nach Verletzungen an nicht sachgemäss entsorgten oder herumliegenden gebrauchten Injektionsnadeln, nach Nadeltausch bei Drogenkonsum oder allenfalls nach Bissen, blutigen Kratzern oder Sportverletzungen bei Kampfsportarten.

Richtlinien zur HIV-PEP sind in der Schweiz durch das Bundesamt für Gesundheit für den beruflichen und ausserberuflichen Bereich publiziert worden (1, 2). Die praktischen Massnahmen nach Expositionen gegenüber biologischen Flüssigkeiten sind auch im Rahmen der Swiss-NOSO erläutert worden. Die Suva hat die Notfallmassnahmen und die Massnahmen nach beruflichen Zwischenfällen mit einer potentiellen Übertragung von HIV, HBV und HCV für das Gesundheitswesen (6) und für Berufsgruppen ausserhalb des Gesundheitswesens (7) in den Publikationen über die Verhütung blutübertragbarer Infektionen aufgenommen.

## **Was bezweckt die Website [www.hivpep.ch](http://www.hivpep.ch)?**

Die neue Website [www.hivpep.ch](http://www.hivpep.ch) steht Ärzten und anderen Medizinalpersonen in Notfallsituationen als einfaches und schnelles Instrument zur fachlich kompetenten Bewältigung der nicht alltäglichen Situation einer HIV-Exposition innerhalb, aber auch ausserhalb des Medizinalbereiches zur Verfügung.

Die Website bietet eine schrittweise Entscheidungshilfe für den Notfall «Akutes Problem» an. Aufgrund der Situation (Problem innerhalb oder ausserhalb des Medizinalbereiches), des Expositionsmaterials (beispielsweise im Medizinalbereich Blut, bluthaltige Körperflüssigkeit oder anderes wie Viruskonzentrat), des Expositionstyps (beispielsweise im Medizinalbereich perkutan, mukokutan, intakte Haut oder Haut mit Läsionen) sowie der Unterlagen über die Quelle der Expositionen/ den Indexpatienten gibt die Website einen Kommentar zum Risiko und eine praktische Empfehlung bezüglich der Indikationsstellung einer HIV-PEP. Der Entscheidungsbaum der Website enthält zu jeder angewählten Situation einen Kommentar, schlägt geeignete Massnahmen vor und bietet eine Auswahl von Möglichkeiten zur weiteren Entscheidungsfindung im konkreten Fall (Abbildung 2).

Wenn aufgrund des Entscheidungsbaumes eine HIV-PEP empfohlen wird, können in der Website die aktualisierten HIV-PEP-Therapieempfehlungen eingesehen werden, mit einer aktuellen Empfehlung für Kombinationsbehandlung, Hinweisen für Kontraindikationen und Interaktionen, Empfehlungen für serologische und andere Laborkontrollen, Empfehlungen für versicherungstechnische Fragen sowie Empfehlungen für die Beratung des Betroffenen.

## Was bietet www.hivpep.ch weiter?

Die Website beinhaltet folgende zusätzliche Informationen:

- Mediathek mit Richtlinien für die HIV-Postexpositionsprophylaxe
- Literaturverzeichnis zum Problem blutübertragbarer Infektionen, deren Prävention sowie Postexpositionsmaßnahmen
- Powerpoint-Präsentation zum Thema Stichverletzungen und HIV-PEP
- Patienteninformation «Beachtenswertes zur HIV-PEP im Medizinalbereich»
- Formulare als Download:
  - Meldung berufsbedingter HIV-/HBV- und HCV-Expositionen
  - HIV-Expositionsprophylaxe ausserhalb des Medizinalbereiches zur Meldung an die Referenzzentren für blutübertragbare Infektionen
- Link-Liste für PEP-Therapieempfehlungen und Informationen zu anderen Infektionsrisiken wie Hepatitis B und Hepatitis C
- Adressen der Referenzzentren für blutübertragbare Infektionen im Gesundheitsbereich sowie von HIV-Behandlungs- und Auskunftszentren der Schweiz

Die Texte der Website sind in deutscher und französischer Sprache abgefasst.



Abbildung 2  
Beispiel aus dem Entscheidungsbaum der Website www.hivpep.ch.

## Wer steht hinter der Website?

Die [www.hivpep.ch](http://www.hivpep.ch)-Arbeitsgruppe setzt sich zusammen aus:

- Carlo Colombo, Referenzzentrum für blutübertragbare Infektionen im Gesundheitsbereich, UniversitätsSpital Zürich.
- Josef Jost, Zentrum für Infektionskrankheiten, Klinik im Park, Zürich
- Lucas Sponagel, Leitung Personalarztdienst, Universitätsspital Basel
- Marcel Jost, Abteilung Arbeitsmedizin, Suva Luzern
- Thomas Wägli, Schönbühl

HIV-PEP wird unterstützt durch:

- Abbott AG, Baar
- Boehringer Ingelheim GmbH, Basel
- Bristol-Myers Squibb AG, Baar
- GlaxoSmithKline AG, Münchenbuchsee
- Merck Sharp & Dohme-Chibret AG, Glattbrugg
- Roche (Schweiz) AG, Reinach
- Suva, Luzern

## Literatur

- (1) Bundesamt für Gesundheit: Aktualisierte Empfehlungen 2002 zur beruflichen Exposition mit Blut oder biologischen Flüssigkeiten. Bulletin Bundesamt für Gesundheit 10/02: 92-98 (2002)
- (2) Bundesamt für Gesundheit: Vorläufige Empfehlung zur HIV-Postexpositionsprophylaxe ausserhalb des Medizinalbereichs. Bulletin Bundesamt für Gesundheit 50/97: 4-8 (1997)
- (3) Bundesamt für Gesundheit: Beruflich bedingte Blutexpositionen mit Hepatitis-C-Virus im Medizinalbereich in der Schweiz bis Ende 2000. Bulletin Bundesamt für Gesundheit 40/02: 685-691 (2002)
- (4) Bundesamt für Gesundheit: HIV, HBV- und HCV-Expositionen im medizinischen Bereich in der Schweiz von 1997 bis 2000. Bulletin Bundesamt für Gesundheit 40/02: 692-696 (2002)
- (5) Swiss-NOSO: Praktische Massnahmen nach Exposition gegenüber biologischen Flüssigkeiten. Swiss-NOSO 9: 1-4 (2002)
- (6) Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva): Verhütung blutübertragbarer Infektionen im Gesundheitswesen. Reihe Arbeitsmedizin 2869/30 (10. Auflage 2003)
- (7) Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva): Verhütung blutübertragbarer Infektionen für Berufsgruppen ausserhalb des Gesundheitswesens. Reihe Arbeitsmedizin 2869/31 (4. Auflage 2003)
- (8) US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. MMWR 50/RR-11 (2001)
- (9) Cardo D. et al.: Case-control study of HIV seroconversion in Health care workers after percutaneous exposure. N Engl J Med 1997; 337: 1485 – 1490

## Korrespondenzadresse:

Suva  
Dr. med. Marcel Jost  
Facharzt FMH für Arbeitsmedizin, Innere Medizin und Kardiologie  
Stv. Chefarzt  
Abteilung Arbeitsmedizin  
Postfach  
6002 Luzern

# Mutationen

## März 2002 bis März 2003

### Versicherungsmedizin

#### Kompetenzzentrum Luzern

Dr. med. **Beat Blasimann**, Facharzt FMH für Chirurgie, Übertritt zur Abteilung Medizinaltarife per 1.4.2003

Dr. med. **Karl Brunner**, Facharzt FMH für Innere Medizin, Med. Adjunkt des Chefarztes, Pensionierung per 31.10.2002

Dr. med. **Bruno Ettlin**, Facharzt FMH für Innere Medizin, Med. Adjunkt des Chefarztes/Leiter Med. Laboratorien und Röntgenstation, Personalärztlicher Dienst, Eintritt per 1.11.2002

Dr. med. **Hans-Martin Strebel**, Facharzt FMH für Chirurgie, Pensionierung per 30.11.2002

Dr. med. **Jürg E. Ludwig**, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, Übertritt von der Suva Zentralschweiz per 1.1.2003

Dr. med. **Bettina Rosenthal**, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Eintritt per 1.3.2003

#### Agenturärztlicher Dienst

Dr. med. **Valentin Rehli**, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, Kreisarzt Suva Chur, Eintritt per 1.7.2002

Dr. med. **Klaus Lüthold**, Facharzt FMH für Chirurgie, Kreisarzt Suva Zürich, Pensionierung per 31.7.2002

Dr. med. **Werner Weber**, Facharzt FMH für Chirurgie, Kreisarzt Suva Zürich, Eintritt per 1.8.2002

Dr. med. **Giuseppe Del Monte**, Facharzt FMH für Chirurgie, Kreisarzt Suva Zentralschweiz, Eintritt per 1.12.2002

Dr. med. **Alfred Spycher**, Facharzt FMH für Chirurgie, Kreisarzt Suva Samedan, Pensionierung per 31.12.2002

Dr. med. **Jürg E. Ludwig**, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, Kreisarzt Suva Zentralschweiz, Übertritt in das Kompetenzzentrum Luzern per 1.1.2003



## **Arbeitsmedizin**

Dr. med. **Thomas Aport**, Assistenzarzt für ein Jahr, Austritt per 31.12.2002

Dr. med. **Oliver Müller**, Assistenzarzt für ein Jahr, Eintritt per 1.4.2003

## **Rehaklinik Bellikon (RKB)**

Prof. Dr. med. **Johannes Sönke**, Facharzt FMH für Neurologie,  
Oberarzt Neurorehabilitation, Eintritt per 6.1.2003

Dr. med. **Manuel Rodriguez**, Facharzt für Orthopädische Chirurgie,  
Leitender Arzt Orthopädie, Pensionierung per 28.2.2003

## **Clinique romande de réadaptation (CRR)**

PD Dr **Charles Gobelet**, directeur médical, FMH en médecine physique et  
réadaptation, chef de service du service de paraplégie depuis le 1.1.2003

Dr **Abdul Al-Khodairy**, Médecin associé, FMH en médecine physique et  
réadaptation, service de paraplégie depuis le 1.1.2003

# Beilagen

Integritätsentschädigung gemäss Unfallversicherungsgesetz

Tabelle Nr. 22: **Integritätsentschädigung bei Verlust der Geschlechtsorgane**

Bestell-Nr. 2870/22.d

Arbeitsmedizin Nr. 19 (5., überarbeitete Ausgabe 2003)

**Verhütung blutübertragbarer Infektionen in medizinischen Laboratorien**

Bestell-Nr. 2869/19.d

Arbeitsmedizin Nr. 20 (7., überarbeitete Ausgabe 2003)

**Verhütung blutübertragbarer Infektionen beim Umgang mit Patienten Laboratorien**

Bestell-Nr. 2869/20.d

Arbeitsmedizin Nr. 30 (10., überarbeitete Ausgabe 2003)

**Verhütung blutübertragbarer Infektionen im Gesundheitswesen**

Bestell-Nr. 2869/30.d

Bestellnummer: 74-2869.d