

21.2 HWS-Distorsionen aus juristischer Sicht (Deutschland)

(Auszug aus:

**Hans Schmidt, Jürg Senn (Hrsg.), Hans-Dieter Wedig,
Hartmut Baltin, Christian Grill:**

Schleudertrauma - neuester Stand:

**Medizin, Biomechanik, Recht und Case Management,
Expertenwissen für Juristen, Ärzte, Betroffene
und Versicherungsfachleute, Zürich, 2004**

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung

II. Gesetzliche Grundlagen

- 1) Schadensersatzrecht (Haftpflchtrecht)
- 2) Gesetzliche Unfallversicherung
- 3) Private Unfallversicherung

III. Kausalität

(Ursachenzusammenhang zwischen Unfall und Unfallfolgen)

- 1) Der Kausalitätsbegriff
 - a) Der Begriff der Kausalität im Schadensersatzrecht (Haftpflchtrecht)
 - b) Der Begriff der Kausalität im Bereich des Sozialversicherungsrechts (Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung)
 - c) Der Begriff der Kausalität im Bereich der privaten Unfallversicherung (AUB 61 und AUB 88)
- 2) Spezialprobleme der Kausalität beim Halswirbelsäulen-Schleudertrauma
 - a) Degenerative Veränderungen an der Halswirbelsäule, Vorschäden etc.
 - (1) Problemstellung
 - (2) Medizinische Aspekte
 - (3) Rechtliche Aspekte
 - (a) Schadensersatzrecht
 - (b) Sozialrecht (gesetzliche Unfallversicherung)
 - (c) Private Unfallversicherung
 - b) Besondere Schadensanfälligkeit, "Psychische Labilität"

IV. Psychische Unfallfolgen

- 1) Problemstellung
- 2) Aus der psychologischen und medizinischen Fachliteratur –
Was hat es psychologisch mit diesen Problemen auf sich?
 - a) Neuropsychologische – kognitive – Unfallfolgen
 - (1) Gibt es überhaupt kognitive Störungen als Folge eines Schleudertraumas?
 - (2) Wie lassen sich diese Störungen als Unfallfolge erklären?
 - (3) Die neuropsychologische Untersuchung von kognitiven Störungen
 - (4) Was haben neuropsychologische Forschungen erbracht?
 - (5) Wie lassen sich neuropsychologische, kognitive Funktionsstörungen nachweisen?
 - (6) Bildgebende Verfahren
 - b) Sonstige, nicht hirntypisch bedingte psychische Störungen
- 3) Psychische Unfallfolgen in der rechtlichen Praxis
 - a) Schadensersatzrecht
 - b) Sozialrecht
 - c) Private Unfallversicherung

V. Die so genannte „Harmlosigkeitsgrenze“ aus rechtlicher Sicht

- 1) Harmlosigkeitsgrenze: Begriffserläuterung
- 2) Wie wird in Deutschland das Problem der „Harmlosigkeitsgrenze“ in Gerichtsurteilen behandelt?
 - a) Urteile pro Harmlosigkeitsgrenze
 - b) Urteile contra Harmlosigkeitsgrenze
- 3) Das Urteil des BGH vom 28.01.2003 – Aktenzeichen VI ZR 139/02
 - a) Das Urteil
 - b) Das Urteil in der Kritik, bisher dazu veröffentlichte Stellungnahmen
 - c) Müssen nach dem BGH-Urteil noch Gutachten zur kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung eingeholt werden?
 - d) Bedeutung der Erstbefunde bei der späteren Begutachtung

VI. Die rechtliche Bedeutung der Einteilung der Schleudertraumafolgen nach Schweregraden (z. B. Erdmann)

- 1) Darstellung gebräuchlicher Schweregradeinteilungen
 - a) Erdmann
 - b) Krämer
 - c) Jörg und Menger
 - d) Moorahrend und Enzensberger Konsens
 - e) Georg Schmidt
 - f) Quebec Task Force (QTF)
- 2) Einteilung in Schweregradtabellen und Beschwerdedauer
- 3) Bedeutung der Schweregradtabellen; Welchen Wert haben sie in der Begutachtung?

VII. Ist zum Nachweis von Schleudertraumafolgen ein morphologisches Substrat erforderlich? Oder: Was ist, wenn auf dem Röntgenbild nichts zu sehen ist? (Zerstörte Struktur gegen gestörte Funktion?)

VIII. Sonstige Probleme, die in der Praxis oft eine Rolle spielen

- 1) Nachweis von Schwindel und Gleichgewichtsstörungen durch neurootologische Untersuchungen
- 2) Verletzungsnachweis d. Ligamenta alaria oder anderer Kopfgelenksbänder im MRT?

3) Ärztliches Fehlverhalten und Unfallfolgen

IX. Das Schleudertrauma in der Rechtsprechung: Einige abschließende Beispiele

X. Zusammenfassung, Ausblick und Tipps

XI. Literaturempfehlungen

XII. Persönliche Schlussbemerkung

I. Einleitung

Im Jahr 2002 gab es in der Bundesrepublik Deutschland bei Straßenverkehrsunfällen ca. 480 000 Verletzte, davon ca. 390 000 Leicht- und ca. 90 000 Schwerverletzte.¹ Zahlen zu den Menschen, die in irgendeiner Form eine Wirbelsäulenverletzung erlitten haben, liegen mir für 2002 nicht vor. Nach den Erfahrungen vergangener Jahre dürfte es sich ganz grob um die Hälfte der Verunfallten handeln. Wir haben es hier also mit einem Problem zu tun, das einen großen Personenkreis betrifft und nicht nur eine verschwindend kleine Minderheit.

Dieser Beitrag soll sich befassen mit „HWS-Distorsionen aus juristischer Sicht“ (HWS = Halswirbelsäule). Um im Detail zu erläutern, wie HWS-Distorsionen als Folge von Schleudertraumata rechtlich zu behandeln sind, müsste eigentlich zunächst erläutert werden, wie Unfallfolgen überhaupt rechtlich gehandhabt werden. Hierzu würde eine Auflistung dessen gehören, welche Schadensersatzansprüche überhaupt geltend gemacht werden können (z. B. Schmerzensgeld, Erwerbsschaden/Verdienstaustausch, Haushaltsführungsschaden usw.).

Es müsste auch dargelegt werden, welche Voraussetzungen die genannten Schadenspositionen erfüllen müssen, um anerkannt zu werden. Zieht man den Bogen weiter, müsste auch erläutert werden, welche Konsequenzen ein Unfall im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung, im Bereich der privaten Unfallversicherung und in anderen Rechtsbereichen hat. Dies würde den Rahmen einer solchen Arbeit sprengen.

Ich muss mich daher insoweit darauf beschränken, auf die allgemeine Literatur zum Schadensersatzrecht (Haftpflichtrecht),² der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV)³ und zur privaten Unfallversicherung⁴ zu verweisen. Ich werde in dieser Arbeit einige spezielle „HWS-Probleme“ herausgreifen und anhand der dargestellten Rechtsbereiche versuchen darzulegen, wie diese Probleme rechtlich zu behandeln sind. Dabei werden jeweils zunächst ausführlich die Probleme des Haftpflichtrechts dargestellt und dann die Änderungen, die sich für die anderen beiden genannten Rechtsbereiche ergeben, erläutert werden.

In diesem Zusammenhang muss darauf hingewiesen werden, dass sich im Bereich des Schadensersatzrechtes etliche gravierende Änderungen ergeben haben durch das Zweite Gesetz zur Änderung schadensersatzrechtlicher Vorschriften. Diese Änderungen gelten jedoch nur für Unfälle, die sich nach dem 01.08.2002 ereignet haben. Auch hier kann grundsätzlich nur auf die einschlägige Literatur verwiesen werden.^{5, 6}

Auf eine Änderung soll hier aber kurz hingewiesen werden:

Geändert wurde nämlich u. a. die Regelung des Schmerzensgeldes. Nach dem alten, bis zum 30. September 2002 geltenden Recht bestand ein Anspruch auf Schmerzensgeld nur bei Verschuldenshaftung, also nur dann, wenn der Schädiger vorsätzlich oder fahrlässig eine Körperverletzung begangen hat (§ 847 BGB a.F.). Dies wurde für Unfälle, die sich nach dem 01.08.2002 ereignet haben, geändert. Wegen eines Schadens, der nicht Vermögensschaden ist, kann nunmehr ein Schmerzensgeld auch in den Fällen gefordert werden, in denen der Schädiger den Verkehrsunfall nicht verschuldet hat, sondern nur aus der so genannten Betriebsgefahr haftet (§ 253 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB), neue Fassung (n.F.).⁷

Nicht unerwähnt bleiben soll auch, dass uns bei den Regelungen zum Schmerzensgeld glücklicherweise eine Regelung erspart geblieben ist, die vom Gesetzgeber ursprünglich geplant war und die für die Schleudertrauma-Fälle besondere Bedeutung gehabt hätte. Nach den ursprünglichen Vorhaben des Gesetzgebers sollte nämlich Schmerzensgeld für sog. Bagatellverletzungen ausgeschlossen werden. Nun wäre nach meiner Ansicht hiergegen grundsätzlich nichts einzuwenden, zumal es entsprechende Einschränkungen des Anspruchs auf Zubilligung von Schmerzensgeld auch schon vorher in der Rechtsprechung gab. Wenn dadurch erreicht würde, dass die schwerer Verletzten dann besser und zügiger entschädigt würden, als dies heute vielfach der Fall ist, könnte man durchaus mit einer entsprechenden Regelung leben. Nach der Absicht des Gesetzgebers sollten unter diese so genannten Bagatellverletzungen auch so genanntes Schleudertraumata I. Grades fallen.

Ich werde versuchen zu zeigen, dass es Schleudertraumafolgen gibt, die nach den gängigen Schweregradeinteilungen mit dem Schweregrad I, also als leichtes Schleudertrauma einzustufen wären, die sich aber erstaunlicherweise nicht an die Tabellen halten, die nämlich gleichwohl über viele Jahre extreme Beschwerden verursachen. Das Vorhaben, Bagatellverletzungen vom Schmerzensgeld auszunehmen, ist aber im Verlaufe des Gesetzgebungsverfahrens weggefallen.

Bevor ich mich nun mit den von mir ausgewählten Problemen näher befasse, soll allerdings kurz auf den in Deutschland und in der Schweiz gebrauchten Begriff „Schleudertrauma“ eingegangen werden. In den angelsächsischen Ländern hat sich die Bezeichnung „whiplash injury“⁸ (=„Peitschenschlagverletzung“) eingebürgert. In mehreren Ländern scheinen diese Begriffe für die bei einem Unfall erlittenen Verletzungen im Bereich der Halswirbelsäule selbst gebraucht zu werden, etwa wenn in der Schweiz von einem „chronischen Schleudertrauma“ oder in den U.S.A. von einem „late whiplash syndrome“ gesprochen wird. In Deutschland wird mit dem Begriff „Schleudertrauma“ nur der Unfallmechanismus, aber nicht mehr die Unfallfolge bezeichnet.

Aber auch für den Unfallmechanismus sind beide Begriffe (Schleudertrauma und whiplash)⁹ nicht besonders glücklich gewählt. Da der Kopf durch einen Heckaufprall nach hinten, bei einem Frontalaufprall nach vorn beschleunigt wird, spricht man besser von einer „Beschleunigungsverletzung“. Da bei diesem Mechanismus der Hals (cervix) und der Kopf (cephalicus) beteiligt sind, spricht man auch von einem zerviko-zephalen (cervico-cephalen) Beschleunigungstrauma.¹⁰ Als Diagnosen kommen dann eher in Betracht HWS-Distorsionen, HWS-Zerrungen usw. Je nachdem, wie und wo sich die Störungen der HWS auswirken, wie sie ausstrahlen, spricht man von

- cervicalem Syndrom (mit Beschwerden, die auf die Halswirbelsäule beschränkt sind, z. B. schmerzhafte Bewegungseinschränkung, Verspannung der Nackenmuskulatur etc.),
- cervico-brachialem Syndrom („Hals-Arm-Syndrom“ zusätzlich zum cervicalen Syndrom neurologische Ausfälle entlang der Nerven, die am Halsmark austreten und in die Arme ausstrahlen),

- cervico-encephalem Syndrom („Hals-Gehirn-Syndrom“ u. a. mit zusätzlich Kopfschmerzen, Antriebsschwäche, Vergesslichkeit Schlafstörungen, Schwindel etc.) oder
- cervico-medullärem Syndrom („Hals-Rückenmark-Syndrom“, also mit einer Schädigung des Rückenmarkbereichs im Halsbereich).¹¹

Der Einfachheit halber und um mich der Terminologie dieses Buches anzuschließen, werde ich beim Unfallmechanismus von „Schleudertrauma“ sprechen. Im angloamerikanischen Sprachraum und inzwischen teilweise auch in der Schweiz spricht man von „Whiplash Associated Disorder“ (WAD). Hierauf werde ich später noch näher eingehen.

II. Gesetzliche Grundlagen

1) Schadensersatzrecht (Haftpflichtrecht)

In der Einleitung hatte ich schon das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) angesprochen. Hierin sind die Grundlagen für die Schadensersatzansprüche niedergelegt, die ein Unfallopfer dem Schädiger (oder seinem Haftpflichtversicherer) gegenüber geltend machen kann. Die drei wichtigsten gesetzlichen Vorschriften aus dem BGB sollen hier wiedergegeben werden:

§ 823 BGB: Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

§ 249 BGB Abs. 1: Wer zum Schadensersatz verpflichtet ist, hat den Zustand herzustellen, der bestehen würde, wenn der zum Ersatz verpflichtende Umstand nicht eingetreten wäre.

Abs. 2: Ist wegen der Verletzung einer Person oder wegen Beschädigung einer Sache Schadensersatz zu leisten, so kann der Gläubiger statt der Herstellung den dazu erforderlichen Geldbetrag verlangen. Bei der Beschädigung einer Sache schließt der nach Satz 1 erforderliche Geldbetrag die Umsatzsteuer nur mit ein, wenn und insoweit sie tatsächlich angefallen ist.

§ 252 BGB: Der zu ersetzende Schaden umfasst auch den entgangenen Gewinn. Als entgangen gilt der Gewinn, welcher nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge oder nach den besonderen Umständen, insbesondere nach den getroffenen Anstalten und Vorkehrungen, mit Wahrscheinlichkeit erwartet werden konnte.

§ 253 BGB: Wegen eines Schadens, der nicht Vermögensschaden ist, kann Entschädigung in Geld nur in den durch das Gesetz bestimmten Fällen gefordert werden.

Ist wegen einer Verletzung des Körpers, der Gesundheit, der Freiheit oder sexuellen Selbstbestimmung Schadensersatz zu leisten, kann auch wegen des Schadens, der nicht Vermögensschaden ist, eine billige Entschädigung in Geld gefordert werden.

Kurz gesagt bedeuten diese Paragraphen:

- § 823 BGB regelt, wann überhaupt Schadensersatz zu leisten ist.
- § 249 BGB regelt die Frage, in welcher Art, in welchem Umfang Schadensersatz zu leisten ist.
- § 252 BGB bietet die Grundlage für die Geltendmachung von Schadensersatz wegen Verdienstentgangs.
- § 253 BGB bietet – wie gezeigt – die Grundlage für die Geltendmachung von Schmerzensgeld.

2) Gesetzliche Unfallversicherung

Für Unfälle, die sich nach dem 01.01.1997 ereignet haben, gilt das 7. Buch des Sozialgesetzbuches.

§ 56 SGB VII (Sozialgesetzbuch, 10. Buch): Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit in Folge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 von Hundert gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente.

Vor dem 01.01.1997 galt noch die Reichsversicherungsordnung (RVO), die für Unfälle nach diesem Zeitpunkt weiter anwendbar bleibt. § 581 RVO enthielt eine dem § 56 SGB VII entsprechende Regelung. Geregelt ist also die Frage, unter welchen Voraussetzungen jemand, der einen Arbeitsunfall, also auch einen Wegeunfall (beispielsweise auf dem Weg von zu Hause zur Arbeit oder abends auf dem Rückweg nach Hause) erlitten hat, Ansprüche gegenüber den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, meistens einer Berufsgenossenschaft, haben kann.

In Deutschland sind gegen die Folgen von Arbeitsunfällen in erster Linie Beschäftigte (und in § 2 SGB VII im einzelnen aufgezählte Personengruppen) (pflicht-)versichert. Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) sind hauptsächlich die Berufsgenossenschaften. In der Schweiz gibt es eine hiervon abweichende Regelung. Alle Personen mit einem wöchentlichen Arbeitspensum von mindestens 8 Stunden sind bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) auch gegen Privatunfälle pflichtversichert.

„Um wenigstens 20 von Hundert“ muss also die Erwerbsfähigkeit gemindert sein, wenn ein Anspruch auf eine Verletztenrente bestehen soll. Dies wird in der Praxis mit „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ (MdE) bezeichnet. Was unter MdE genau zu verstehen ist, steht nirgends im Gesetz. Dieser Begriff ist im Laufe der Zeit von der Rechtsprechung entwickelt worden. Das Bundessozialgericht, das höchste deutsche Sozialgericht, definiert diesen Begriff wie folgt:¹²

- Bei der Bemessung des Grades der MdE ist eine Schätzung des konkreten Umfangs der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten vorzunehmen.
- Bei der Bewertung wird die vor dem Unfall bestehende Erwerbsfähigkeit mit 100 % bewertet, auch wenn diese schon eingeschränkt gewesen sein sollte. Es werden dann Stufen angegeben, die durch 5 oder 10 teilbar sind (20, 25, 30 etc.). Damit wird ausgedrückt, inwieweit der Verletzte – im Verhältnis zu seiner mit 100 anzusetzenden Erwerbsfähigkeit vor dem Unfall – an der wirtschaftlich nutzbringenden Verwertung seiner Arbeitskraft prozentual eingeschränkt ist.^{13, 14}

3) Private Unfallversicherung

Wenn jemand eine private Unfallversicherung abgeschlossen hat, so kann er, wenn ein Dauerschaden verbleibt, unter bestimmten Umständen eine Geldleistung (Invaliditätsleistung) erhalten, deren Höhe im Versicherungsvertrag vereinbart war. Eine gesetzliche Regelung, wann eine derartige Leistung fällig ist, gibt es nicht. Diese Frage ist in den allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt, die sich im Allgemeinen an den „Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen“ (AUB) orientieren. Gebräuchlich sind hier AUB von 1961 und AUB von 1988. Welche von beiden anwendbar ist, richtet sich danach, wann der Versicherungsvertrag geschlossen wurde, oder ob später neuere Regelungen ausdrücklich in den Vertrag einbezogen worden sind. Für die AUB 88 gilt:

§ 7 AUB 88: Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten, so entsteht Anspruch auf Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe.

Die Höhe richtet sich dann im Einzelnen nach einer Tabelle, je nachdem welcher Körperteil verletzt ist (sog. Gliedertabelle). Da die Folgen eines Schleudertraumas sich nach dieser Tabelle meistens nicht einstufen lassen, gilt hier:

§ 7 I (1 c): Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsfähigkeit nicht nach a) oder b) geregelt sind, so ist für diesen maßgeblich, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.

III. Kausalität (Ursachenzusammenhang zwischen Unfall und Unfallfolgen)

1) Der Kausalitätsbegriff

a) Der Begriff der Kausalität im Schadensersatzrecht (Haftpflichtrecht)

Macht ein Unfallopfer gegenüber dem Schädiger Schadensersatzansprüche geltend, so müssen gemäß § 823 BGB folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

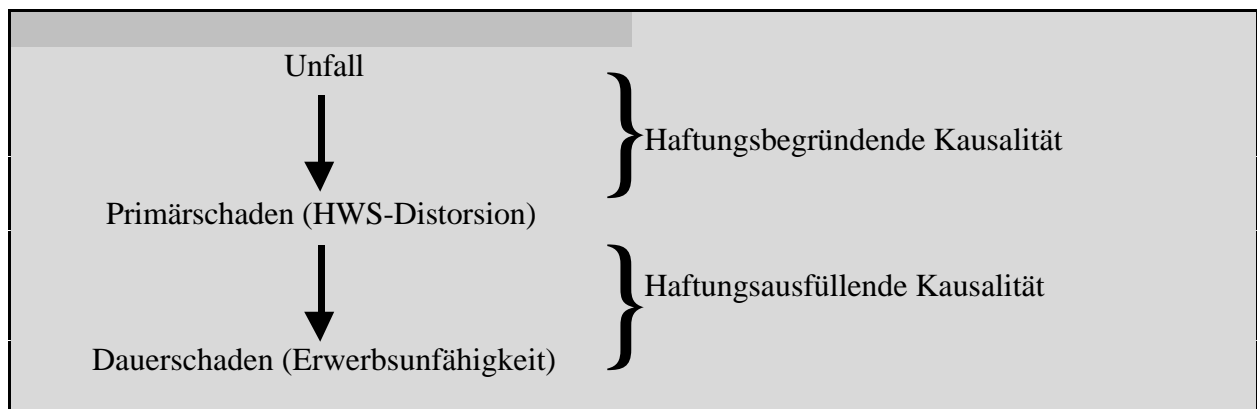
Durch einen Unfall muss der in Anspruch Genommene (vorsätzlich oder fahrlässig) – unter anderem – die Gesundheit des Unfallopfers verletzt haben. Schadensersatz muss er dann leisten, wenn daraus ein Schaden entsteht. Das im vorangegangenen Satz hervorgehobene Wörtchen „daraus“ bereitet bei der rechtlichen Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen nach einem Schleudertrauma die größten Schwierigkeiten. Es geht hier um das Problem der Kausalität oder wie es heute oft genannt wird, den Zurechnungszusammenhang.¹⁵

Kausalität ist beim Schadensersatz zweimal zu prüfen. Zunächst muss zwischen dem Verhalten des Schädigers (in unserem Fall durch den Unfall) der Körper eines anderen verletzt sein. Diesen Zusammenhang zwischen Unfall und Körperverletzung nennt der Jurist „haftungsbegründende Kausalität“. Hieraus muss dann dem Unfallopfer ein Schaden entstanden sein. Den Zusammenhang zwischen der Körperverletzung und dem Schaden nennt der Jurist „haftungsausfüllende Kausalität“.

In diesem Zusammenhang noch zwei weitere Begriffe: Wichtig ist also, dass durch den Unfall der Körper verletzt wird. Diese anfängliche Körperverletzung nennt man auch „Primärverletzung“. Der Schaden, der dann daraus resultiert und der rechtlich die meisten Probleme macht, heißt dann Dauerschaden, wenn das Unfallopfer lange – beispielsweise wegen der Unfallfolgen – nicht mehr arbeiten kann.

Diese Zusammenhänge sind in Abb. 1 grafisch dargestellt:

Abb. 1: Haftungsbegründende und haftungsausfüllende Kausalität im Zivilrecht



Was ist das nun Kausalität?

Hier muss man zwischen dem Zivilrecht und dem Sozialrecht unterscheiden, da beide Rechtsgebiete jeweils andere Kausalitätsbegriffe haben, was die ohnehin komplizierte Sache natürlich nicht einfacher macht. Bei der Frage, wie Kausalität zu definieren ist, hier zunächst die kaum verständliche, juristische Formulierung, die für das Zivilrecht gilt:

Ursache ist die Gesamtheit aller Bedingungen, die zum Erfolg beigetragen haben, wobei der Jurist mit „Erfolg“ bei Verkehrsunfällen den Verletzungs-“Erfolg“ meint. Dies ist Ausgangspunkt für die sog. Äquivalenztheorie (äquivalent = gleichwertig). Nach dieser Theorie sind alle nach der eben genannten Definition überhaupt in Betracht kommenden Ursachen gleichwertig. Ursächlich oder kausal ist danach jedes Ereignis, das nicht hinweg gedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel (lateinisch: *conditio sine qua non*).

Man kommt leicht zu dem Ergebnis, dass alle danach in Betracht kommenden Ursachen natürlich nicht rechtlich von Bedeutung sein können. Im Strafrecht wird zur Illustration oft folgendes Beispiel gebraucht: Der Vater, der einen späteren Mörder gezeugt hat, wäre – durch die Zeugung – auch ursächlich für den Mord geworden, den sein Sohn irgendwann später einmal begeht. Es versteht sich von selbst, dass er hierfür nicht haftbar gemacht werden kann. Man muss also aus allen Ursachen, die irgendwie in Betracht kommen, jene Ursachen herausfiltern, auf die es rechtlich ankommt.

Dies geht mit der Adäquanztheorie (adäquat = angemessen) wie folgt: Der Verkehrsunfall ist dann die Ursache für die Körperverletzung und dann später für den Dauerschaden rechtlich gesehen die Ursache, wenn er im Allgemeinen und nicht nur unter ganz besonders eigenartigen, unwahrscheinlichen und nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge außer Betracht zu lassenden Umständen geeignet ist, einen Erfolg der eingetretenen Art – also gerade diese Körperverletzung und diese Dauerschäden – herbeizuführen.¹⁶

Ich gebe zu, dass diese „Erläuterungen“ des Kausalitätsbegriffes im Zivilrecht für Nichtjuristen kaum nachvollziehbar sind, will jedoch hier darauf verzichten, weitere Gedankenakrobatik zu betreiben. Ich bin sicher, dass die später folgenden Beispiele hier für mehr Klarheit sorgen werden.

Ein wichtiger Punkt, der später eine große Rolle spielen wird, soll aber bereits hier schon erwähnt werden:

Der Unfall muss für den geltend gemachten Dauerschaden die Ursache sein. Er muss aber nicht die einzige Ursache sein!

b) Der Begriff der Kausalität im Bereich des Sozialversicherungsrechts (Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung)

Im Sozialrecht, hier im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung, gilt ein anderer Kausalitätsbegriff. Es kommt hier nicht auf die adäquate Kausalität wie im Zivilrecht an. Im Sozialrecht gilt der Begriff der „wesentlichen Bedingung“. Auch hier unterscheidet man zwischen haftungsbegründender und haftungsausfüllender Kausalität.

Die haftungsbegründende Kausalität betrifft den ursächlichen Zusammenhang zwischen einer geschützten Tätigkeit (im Bereich der GUV ist die versicherte Tätigkeit die Arbeit) mit dem schädigenden Ereignis. Mit anderen Worten: Der Unfall (um den es ja hier geht) muss bei der versicherten Tätigkeit geschehen sein. Die haftungsausfüllende Kausalität betrifft den Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Gesundheitsschaden, für den Ansprüche (bei einem Dauerschaden Verletztenrente) geltend gemacht werden.

Was ist nun Ursache im Sinne des Sozialrechts?

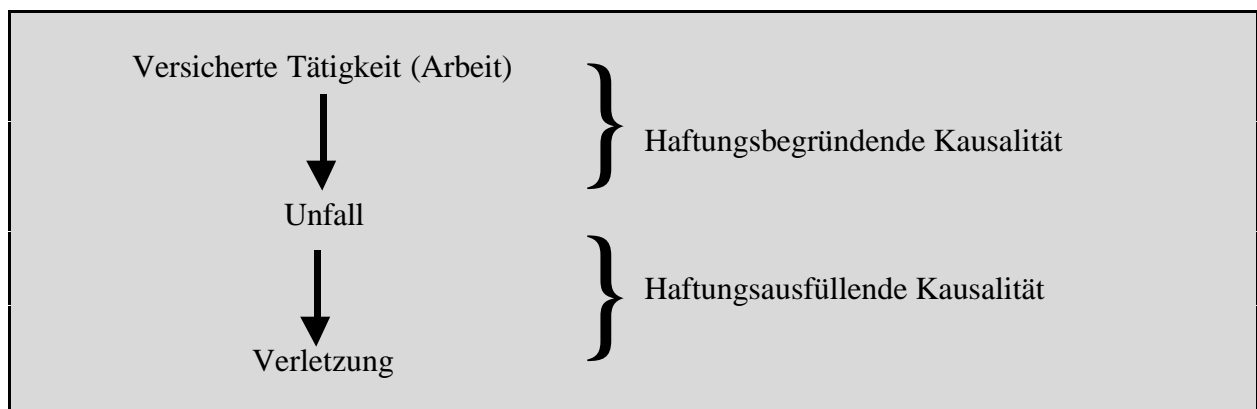
Auch hier geht man zunächst von der *conditio-sine-qua-non*-Formel (s. o.) aus. Auch hier muss eine Filterung aller danach in Betracht kommenden Ursachen vorgenommen werden. Dies geschieht allerdings nicht mit der Adäquanz-Lehre, sondern, wie oben schon angedeutet, mit der Lehre von der wesentlichen Bedingung. Hier wird es schwierig. Die Sozialgerichte – auch das

Bundessozialgericht – haben es bisher nicht geschafft, eine klare, allgemeinverbindliche Definition oder auch nur eine Umschreibung zu finden, was unter „wesentlicher Bedingung“ zu verstehen ist.¹⁷

Als Ursache im Rechtssinne gelten, soviel ist klar, unter Abwägung ihres verschiedenen Wertes nur die Bedingungen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Im Einzelnen wird in der Rechtsprechung bei der Frage, ob eine bestimmte Gesundheitsschädigung Folge eines Unfalls ist, danach gefragt, ob dies vom Schutzzweck des Gesetzes erfasst wird. Die hierzu ergangene Rechtsprechung und die Literatur sind so kompliziert, dass ich darauf verzichten muss, hierauf näher einzugehen.

In Anlehnung an die vorangegangene Grafik, lässt sich diese Problematik hier wie in Abb. 2 darstellen.

Abb. 2: Haftungsbegründende und haftungsausfüllende Kausalität im Sozialrecht



Zwei Grundsätze sollen hier noch erwähnt werden:

Es gehört zu den ungeschriebenen, aber tragenden Grundsätzen des Sozialrechts, dass der einzelne Betroffene durch die Rechtsordnung in dem Gesundheitszustand geschützt wird, in dem er sich bei Eintritt des schädigenden Ereignisses befunden hat.¹⁸ Das heißt: Auch wenn der Versicherte zurzeit des Unfalls schon erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen haben sollte, so schadet dies nichts. Für die Frage, ob ihm eine Verletztenrente zusteht, wird nur danach gefragt, welche Folgen der Unfall hinterlassen hat. Vorbestehende Erkrankungen werden dabei nicht berücksichtigt, zumindest dann, wenn sie vor dem Unfall nicht manifest geworden sind.

Ein weiterer Punkt: In Gutachten wird immer wieder danach gefragt, ob ein bestimmtes Ereignis eine „geeignete Ursache“ für die Beschwerden ist. Es gilt hier ganz eindeutig: Auf die Frage der Geeignetheit der Ursache kommt es im Sozialrecht nicht an. Es kommt nur darauf an, ob der jeweilige Betroffene durch diesen Unfall geschädigt worden ist, nicht darauf, ob die Ursache allgemein geeignet war. Auch im Bereich des Sozialrechts gilt:



Der Unfall muss nicht die einzige Ursache für die geltend gemachten gesundheitlichen Folgen sein!

c) Der Begriff der Kausalität im Bereich der privaten Unfallversicherung (AUB 61 und AUB 88)

Der Bereich der privaten Unfallversicherung gehört zum Zivilrecht, wie auch das Haftungsrecht. Es gilt hier daher derselbe Kausalitätsbegriff. Es muss aber darauf hingewiesen werden, dass nach § 2 III (2) AUB 88 (= § 2 III (2) AUB 94) Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, auch wenn sie Folge eines Unfalls sind. Hier besteht jedoch dann Versicherungsschutz, wenn ein unter den Versicherungsvertrag fallendes Unfallereignis die überwiegende Ursache für die Gesundheitsstörungen ist. (Vgl. auch unten 2)a)(3)(a)).

2) Spezialprobleme der Kausalität beim HWS-Schleudertrauma

a) Degenerative Veränderungen an der HWS, Vorschäden etc.

(1) Problemstellung

Ein immerwährendes Ärgernis bei juristischen Auseinandersetzungen, bei denen es um die Folgen eines Schleudertraumas geht, ist es, wenn hierbei degenerative Veränderungen oder Vorschäden festgestellt werden. Worum geht es?

Fall 1 a: Das Unfallopfer (= UO) muss an einer Ampel halten. Der nachfolgende Schädiger S bemerkt dies nicht rechtzeitig und fährt auf das haltende Fahrzeug des UO auf. Dieser steigt aus dem Fahrzeug aus, hält sich den Kopf und klagt über Kopfschmerzen. Das Drama nimmt seinen Lauf. In irgendeinem im Laufe der folgenden Jahre erstatteten Gutachten schreibt ein Sachverständiger: „Die heutigen Beschwerden sind nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen. Die Wirbelsäule des UO zeigte bereits auf den Röntgenaufnahmen, die am Unfalltag gefertigt wurden, eine starke degenerative Veränderung (Osteochondrosen und Spondylarthrosen, Begriffserläuterungen s. unter (2)). Wegen der Unfallfolgen war eine Krankschreibung von einer Woche und eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 Prozent für weitere drei Wochen gegeben. Die danach noch geschilderten Beschwerden sind auf die bereits vor dem Unfall vorhandenen Schäden an der Wirbelsäule zurückzuführen“.

Der Unfall ist von S verursacht und verschuldet worden. Das UO war auf dem Weg zur Arbeit. Es handelt sich also um einen Arbeitsunfall in Form eines Wegeunfalls. Das UO hatte zum Unfallzeitpunkt eine private Unfallversicherung. Fragen:

- Hat das UO Anspruch gegen S auf Schadensersatz?
- Stehen die degenerativen Veränderungen der Geltendmachung einer Verletztenrente gegen die zuständige Berufsgenossenschaft entgegen?

- Kann er eine Entschädigung wegen Invalidität von seiner privaten Unfallversicherung bekommen?

Welche Konsequenzen hat dieses Gutachten? Für den Haftpflichtversicherer (= HV) ist die Sache einfach. Er hat ein Schmerzensgeld von vielleicht 200 bis 300 Euro gezahlt und verweigert jede weitere Zahlung mit der Begründung, seit der 3. oder 4. Woche nach dem Unfall gäbe es keine Beschwerden mehr, die auf diesen Unfall zurückzuführen seien. Hat der HV Recht?

(2) Medizinische Aspekte

Hier ist zunächst einmal aus medizinischer Sicht zu fragen, was es denn mit degenerativen Veränderungen auf sich hat. Zunächst die Frage: „Was ist eine Bandscheibe?“, weil diese bei der Frage sog. degenerativer Veränderungen eine zentrale Rolle spielt.

Nach der Definition im Pschyrembel¹⁹ handelt es sich hierbei um die knorpelige Verbindung zwischen zwei Wirbelkörpern, bestehend aus Anulus fibrosus (bindegewebiger und knorpeliger äußerer Ring) und Nucleus pulposus (innerer Gallertkern). Da hier kein Lehrbuch zur Anatomie geschrieben werden soll, nur noch kurz folgende Erläuterung:

Der Nucleus pulposus (N. p.) besitzt ein hohes Wasserbindungsvermögen, besteht also zum sehr großen Teil aus Wasser. Hierdurch bedingt wird die gute Pufferfunktion der Bandscheibe (nach Pschyrembel: Wasserkissenfunktion des N. p.²⁰). Die Bandscheibendegeneration besteht nun darin, dass im Laufe des Lebens als ganz natürlicher Vorgang der Wassergehalt der Bandscheibe zunehmend abnimmt, die Bandscheibe die Pufferfunktion also immer weniger ausüben kann.

Oder wie Krämer es formuliert: „Hauptursache der allgemeinen Bandscheibendegeneration beim Menschen liegt in der frühzeitigen Alterung bradytropher Gewebe, begünstigt durch statisch-mechanische Einflüsse“.²¹ Bradytrophes Gewebe ist laut Pschyrembel kapillarfreies Gewebe, also Gewebe wie zum Beispiel Hornhaut, Linse oder Knorpel.²²

Kapillargefäße sind Blutgefäße mit sehr kleinem Querschnitt (Haargefäße). Wichtig hierbei ist noch, dass die Bandscheibe nicht in der Lage ist, verloren gegangene Flüssigkeit wieder aufzubauen. Sie ist nicht zu einem Wiederaufbau in der Lage. Die Zermürbung der Bandscheibe im Laufe der Zeit nennt der Mediziner Osteochondrose.²³ Oft ist in Gutachten von Randzackenbildungen die Rede. Hier spricht der Mediziner von Spondylosen.²⁴

Nun zu der Frage, welche Bedeutungen degenerative Veränderungen wie die Osteochondrosen und Spondylosen haben. Hier darf noch einmal Krämer erwähnt werden:

Spondylose und Osteochondrose werden häufig, z. B. unter den Diagnosen, angeführt. Diese Begriffe stellen jedoch keine Erkrankungen für sich dar, sondern sind Bezeichnungen für Alltagserscheinungen ohne Krankheitswert; vergleichbar mit grauen Haaren und Falten in der Haut. Altern ist ein physiologischer Vorgang, dem jedes Gewebe im Organismus unterliegt. Die Besonderheit der Alterungsvorgänge im Zwischenwirbelabschnitt des Menschen besteht darin, dass sie – bedingt durch eine ungünstige Ernährungslage und starke mechanische Beanspruchungen – besonders frühzeitig einsetzen.²⁵

Pathologisch-anatomische Untersuchungen haben gezeigt, dass nach dem 30. Lebensjahr jeder Mensch degenerative Veränderungen an seinen Bandscheiben aufweist.²⁶

Wolff, der oben in diesem Buch schon mehrfach zitiert wurde,²⁷ sieht dies so:

„Eine Folge der bisherigen direkten Verknüpfung von 'degenerativ' und 'Erkrankung' ist der häufig – besonders im gutachterlichen Zusammenhang – gebrauchte Begriff 'Vorschädigung' bzw. der 'Vorerkrankung'. Weder aus der oben gegebenen Definition von 'Krankheit' noch aus den Erfahrungen des täglichen Alltags ergibt sich eine hinreichende Rechtfertigung, geschweige denn ein Beweis dafür, der es erlaubt, normale Alterungsvorgänge als 'Vorerkrankungen' einzustufen“.²⁸

Diese Ausführungen erlauben als Zwischenergebnis die Feststellung, dass die sog. „Diagnose“, es lägen degenerative Veränderungen, Vorschäden, Vorerkrankungen der Halswirbelsäule vor, allein schon unter medizinischem Aspekt ohne Relevanz sind. Noch einmal: Degenerative Veränderungen sind keine Krankheit. Zuzugeben ist aber, dass derartige Alterungsprozesse dazu führen können, dass eine degenerativ-veränderte Wirbelsäule einer Traumatisierung weniger Widerstand entgegensetzen kann, also verletzungsanfälliger ist als eine Wirbelsäule, die weniger degenerativ verändert ist. Lateinisch formuliert: Solche Alterungsprozesse können einen „locus minoris resistentiae“ schaffen.²⁹

(3) Rechtliche Aspekte

(a) Schadensersatzrecht

Was heißt das nun für die juristische Auseinandersetzung? Wenn das Unfallopfer in unserem Ausgangsfall geltend macht, seit 10 Jahren könne es wegen der Unfallfolgen nicht mehr arbeiten: Kann ihm Schadensersatz wegen Verdienstauffalls mit der Begründung versagt werden, seine Wirbelsäule sei vor dem Unfall schon degenerativ verändert gewesen? Die Antwort lautet eindeutig und unzweifelhaft: „Nein!“. Bereits im Jahr 1968 hat der Bundesgerichtshof (BGH) einen ähnlichen Fall zu entscheiden gehabt und ausgeführt:

„Wenn ein gesundheitlich schon geschwächter Mensch durch einen Unfall geschädigt wird, hat der Schädiger keinen Anspruch darauf, so gestellt zu werden, als hätte er einen Gesunden geschädigt.“³⁰ Oder:

„Der Schädiger trägt das Risiko dafür, dass das Unfallopfer nicht zu den Starken dieser Welt gehörte.“³¹

Das Oberlandesgericht München hat dies einmal so formuliert: „Der Annahme, zwischen dem Unfall des Klägers und den bei ihm aufgetretenen Beschwerden (insbesondere dem Drehschwindel) bestehe ein adäquater Ursachenzusammenhang, steht nicht entgegen, dass er wegen Verschleißerscheinungen u. a. auch an der Halswirbelsäule möglicherweise eine

Veranlagung zu derartigen Beschwerden hatte (...). Dem Schädiger sind daher auch solche schädigenden Auswirkungen der Verletzungshandlung zuzurechnen, die sich erst deshalb ergeben, weil der Betroffene bereits eine Krankheitsanlage oder einen Körperschaden hatte, die oder den der Unfall ausgelöst hat.³²

Hier darf noch einmal an die eingangs dieses Kapitels genannte *conditio-sine-qua-non*-Formel erinnert werden. Es kommt bekanntlich darauf an, dass die Schädigung (die Verletzung und die hieraus folgende Erwerbsunfähigkeit) nicht eingetreten wäre, wenn es den Unfall nicht gegeben hätte. Hätte der Unfall allein – ohne die Vorschädigung – nicht ausgereicht, die Erwerbsunfähigkeit herbeizuführen, wäre diese allein aufgrund des Unfalls ohne die Vorschädigung nicht eingetreten, so bleibt der Unfall gleichwohl die Ursache für die Erwerbsunfähigkeit. Hier liegt die Bedeutung des bei den allgemeinen Erläuterungen durch einen Kasten hervorgehobenen Satzes, dass der Unfall zwar eine Ursache, nicht jedoch die einzige Ursache zu sein braucht.

Gilt dies nun grenzenlos? Kommt es auf das Ausmaß der vor dem Unfall schon bestehenden Verschleißerscheinungen überhaupt nicht an? Ganz unerheblich sind diese natürlich nicht, wie folgender Fall zeigen soll:

Fall 1 b: Stellen wir uns vor, im Ausgangsfall hätte ein Sachverständiger festgestellt, dass allein aufgrund der Vorschädigung, auch wenn das Unfallopfer den Unfall nicht erlitten hätte, Erwerbsunfähigkeit eingetreten wäre. Angenommen, das Gericht lässt sich von der Auffassung des Sachverständigen insoweit überzeugen.

Dann kommt als adäquate Ursache (s. o.) natürlich der Unfall nicht mehr in Frage. Er kann ja hinweggedacht werden. Das Ergebnis, die Erwerbsunfähigkeit, würde dennoch weiter bestehen.³³

Hier ist ein kleiner Exkurs in das Zivilprozessrecht angebracht, nämlich zur Frage des Beweismaßstabes und der Beweislast. Wenn jemand in einem Gerichtsverfahren bestimmte Tatsachen behauptet und hieraus Ansprüche herleiten will (wie z. B. Schadensersatz oder Schmerzensgeld), so muss er diese Tatsachen auch beweisen. Das heißt, dass das Unfallopfer beweisen muss, dass der Unfall die Ursache für seine Beschwerden und die sich hieraus ergebende Erwerbsunfähigkeit ist.

Macht hingegen der Schädiger oder sein Haftpflichtversicherer geltend, Ursache für den Gesundheitszustand sei nicht der Unfall, sondern vorbestehende Verschleißerscheinungen, dann muss er – der Haftpflichtversicherer – dieses beweisen und zwar mit demselben Beweismaßstab, wie der Geschädigte die von ihm geltend gemachten Tatsachen beweisen muss (hierauf werde ich am Schluss der Arbeit noch einmal kurz eingehen).

Die gesamten Zusammenhänge, die ich hier dargestellt habe, bringt Lemcke, Richter am Oberlandesgericht Köln, wie folgt auf den Punkt:

„Zivilrechtlich wird (...) für jeden unfallbedingten Personenschaden gehaftet, auch dann, wenn der Unfall nur der letzte Tropfen ist, der das Fass zum Überlaufen bringt.“³⁴

Eine weitere Einschränkung bei dem Vorliegen von Verschleißerscheinungen ist aber noch zu machen: Nach Auffassung des BGH kann es bei der Bemessung der Höhe des Schmerzensgeldes durchaus geboten sein, zu berücksichtigen, dass die zum Schaden führende Handlung des Schädigers nur eine bereits vorhandene Schadensbereitschaft in der Konstitution des Geschädigten ausgelöst hat und die Gesundheitsbeeinträchtigungen Auswirkungen dieser Schadensanfälligkeit sind. Mit anderen Worten: Auch wenn (möglicherweise ganz erhebliche) degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule vorhanden waren, die neben dem Unfall bei der Entstehung der Gesundheitsbeeinträchtigungen eine Rolle mitgespielt haben, steht dem Geschädigten trotzdem ein Schmerzensgeld zu. Dieses kann aber niedriger ausfallen durch diese Vorerkrankungen. Das ist ständige Rechtsprechung des BGH.³⁵ Zum Problem „degenerative Veränderung und Kausalität“ gibt es neben den zitierten Urteilen eine Menge weiterer BGH-Urteile.³⁶

Wir haben uns vorstehend mit der Frage befasst, wie degenerative Veränderungen, Verschleißerscheinungen u. ä. sich auf die Kausalität auswirken. Wie ist aber folgender Fall zu entscheiden, wobei der vorangegangene (Ausgangs-) Fall wie folgt abgewandelt wird:

Fall 1 c: Das Unfallopfer hatte zwar eine Wirbelsäule mit altersgemäßem Verschleiß ohne auffallende Veränderungen wie Osteochondrosen oder Spondylarthrosen. Es hatte aber einige Wochen vor dem Unfall, für dessen Folgen es jetzt Entschädigung begehrt, einen anderen Unfall, bei dem ebenfalls die Halswirbelsäule verletzt worden ist. Die Folgen des vorangegangenen Unfalls waren zwar erheblich zurückgegangen, haben jedoch noch für Restbeschwerden gesorgt. In diesem Zustand erleidet er nun einen weiteren Unfall, durch welchen die Beschwerden wieder verstärkt werden. Ein Sachverständiger stellt fest, dass es ohne den ersten Unfall diese Beschwerden, über die er heute klagt, und die er entschädigt haben will, nicht geben würde, dass aber auch ohne den 2. Unfall die Beschwerden nach dem 1. Unfall noch nicht völlig ausgeheilt wären.

Ist der zweite Unfall ursächlich für diese Beschwerden im Sinne des Schadensersatzrechts? Mit dieser Fragestellung, dem Fall der sog. „Zweitschädigung“ hatte sich der BGH in einer Entscheidung vom 20.11.2001 zu befassen.

Der BGH hat für den Fall der sog. Zweitschädigung ausgeführt: Die Beklagte zu 1.) (der Erstschädiger) und die Beklagte zu 2.) (Zweitschädiger) haften nicht nur dann, wenn die Folgen ausschließlich auf den Erstunfall bzw. den Zweitunfall zurückzuführen sind, wenn also Unfallfolgen eindeutig einem Unfall zuzuordnen sind. Falls erst der zweite Unfall zu der Schwere der jetzt noch verbliebenen Verletzung geführt haben sollte, sind dennoch beide Schädiger hierfür mitverantwortlich. Die Kausalität entfällt nicht schon dann, wenn ein weiteres Ereignis mitursächlich für den endgültigen Schaden geworden ist.

Nach Auffassung des BGH schulden hier beide Schädiger dem Unfallopfer Schadensersatz.³⁷

Wenn also im Haftpflichtprozess ein Sachverständiger ausführen sollte (und man kann dies in Gutachten oft lesen), der angeschuldigte Unfall sei nicht die einzige Ursache, so folgt hieraus

noch nicht, dass der Schädiger aus diesem Unfall keinen Schadensersatz zu leisten braucht. Der angeschuldigte Unfall, hierauf kann nicht oft genug hingewiesen werden, muss nicht einzige Ursache sein. Er muss nur eine „adäquate Ursache“ im Sinne der eingangs gegebenen Definition sein. Eine Grenze für die Haftung des Schädigers für Verletzungsfolgen auch bei Bestehen degenerativer Veränderungen gilt nur dann, wenn der degenerative Vorschaden vergleichbare Beeinträchtigungen bewirkt hätte. Dies (auch den Zeitpunkt) muss der Schädiger beweisen! Dann und nur dann ist zu prüfen, ob ein prozentualer Abschlag oder eine zeitliche Begrenzung des Ausgleichs von beispielsweise des Verdienstauffalls geboten ist.³⁸

Zusammenfassung zum Problem „Vorerkrankung/Vorschaden“

Auch wenn neben dem Unfall, der Gegenstand des Entschädigungsverfahrens ist, weitere Ursachen, beispielsweise erhebliche Verschleißerscheinungen an der Wirbelsäule oder aber ein Vorschaden durch einen weiteren Unfall, beteiligt sind, so ist der Unfall – neben den anderen Ursachen – eine adäquate Ursache im Sinne des Kausalitätsrechts. Etwas anderes gilt nur dann, wenn der Versicherer beweisen kann, dass (und wann) die geklagten Beschwerden auch ohne diesen Unfall entstanden wären.

(b) Sozialrecht (gesetzliche Unfallversicherung)

Auch wenn hier ein anderer Kausalitätsbegriff gilt (wesentliche Bedingung statt Adäquanztheorie), wird man hier in den meisten Fällen zum selben Ergebnis kommen, da auch hier der Unfall – und sei es neben den degenerativen Veränderungen – die Ursache ist.

(c) Private Unfallversicherung

Hier gilt nach § 8 AUB 88 (= § 8 AUB 94): Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, so wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25% beträgt. Mit anderen Worten und vereinfacht: Der „Vorschaden“ wird unter der genannten Voraussetzung „abgezogen“.

Eine ähnliche Einschränkung machten die AUB 61. Nach deren § 10 Abs. 4 wird bei vorbestehenden Krankheiten oder Gebrechen, durch die der Versicherte in seiner Arbeitsfähigkeit dauernd behindert war, ein Abzug vorgenommen.(s. auch oben III1)c))

b) Besondere Schadensanfälligkeit, „Psychische Labilität“

Wenn der Unfall zu psychischen Problemen führt, taucht oft das Problem auf, wie es sich auswirkt, wenn den Unfall ein psychisch eher labiler Mensch erleidet. Diese Frage soll aber im nächsten Abschnitt im Zusammenhang mit den psychischen Unfallfolgen erfolgen.

IV. Psychische Unfallfolgen

1) Problemstellung

An der Fülle der Urteile, die der Bundesgerichtshof (BGH), das höchste Deutsche Gericht für Straf- und Zivilsachen, zum Thema „HWS-Schäden und psychische Unfallfolgen“ verkündet hat,³⁹ mag ersichtlich sein, wie wichtig, aber auch wie schwierig dieses Kapitel ist. Zunächst zwei Zitate, die die Bandbreite dieses Problems anschaulich machen:

„In Kenntnis der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Neurosefrage kann ein HWS-Geschädigter mit Hilfe eines versierten Juristen beim Unfallgegner fast alles durchsetzen.“⁴⁰

„Entsprechende (psychische)⁴¹ Symptome werden medizinisch nur selten erkannt und juristisch kaum gewürdigt.“⁴²

Wie können nach einem Unfall, für unseren Fall nach einem Schleudertrauma, psychologische Beeinträchtigungen entstehen? Hier gibt es mehrere Möglichkeiten:

- Zum einen können psychologische Defizite unmittelbar aus einer Störung des Gehirns (hirnorganische Störungen) entstehen. Man spricht hier von kognitiven Störungen.
- Psychische Probleme (u. a. Depressionen) können Folgen von ständigen körperlichen Symptomen, also beispielsweise Folgen von Schmerzen (Kopfschmerzen), sein.
- Psychische Probleme können aber auch entstehen, ohne dass ein körperliches Substrat hierfür gefunden wird. Eine persönliche Anmerkung: Wenn Ärzte keine körperlichen Erklärungen für Kopfschmerzen usw. finden, so heißt dies nicht automatisch, dass es auch solche Ursachen nicht gibt. Tatsache ist aber, dass es auch zu körperlichen Symptomen wie Schmerzen, Schwindel, Sehstörungen usw. kommen kann, ohne dass hierfür körperliche Störungen erforderlich sind. Im Nachfolgenden ist zu untersuchen, wie diese Funktionsstörungen rechtlich zu bewerten sind.

a) Beispielfälle – Um welche Fragen geht es?

Hierzu zunächst einige Beispielfälle, die das entstehende Problem veranschaulichen sollen, wobei ich die Personenbezeichnungen von oben wieder übernehme:

Fall 2 a: Das Unfallopfer UO hat einen Heckaufprall erlitten und klagt seit dem Unfall zunehmend über Störungen der Aufmerksamkeit, der Konzentration und der Merkfähigkeit. Orthopädische und neurologische Begutachtungen haben keine pathologischen (krankhaften) Befunde gebracht.

Fall 2 b: Das UO hat – wie bereits in Fall 1 a – einen Heckaufprall erlitten mit ganz erheblicher Wucht (anstoßbedingte Geschwindigkeitsänderung 35 km/h). Er hat dabei schwere organische Verletzungen erlitten (Weichteilzerrung der HWS, Prellungen, Schockzustand mit Kreislauf- und Herzbeschwerden). Festgestellt wurde bei dem UO weiter durch eine unfallbedingte Störung der Erlebnisverarbeitung eine psychische Erkrankung (eine chronifizierte Symptomatik im Sinne einer posttraumatischen Anpassungsstörung), die zu Erwerbsunfähigkeit und zur vorzeitigen Berentung führte.

Fall 2 c: Wie Fall 2 b. Zusätzlich wird aber ärztlich in einem Gutachten noch festgestellt, dass bei der Ausbildung der psychischen Störungen nach dem Unfall eine vor dem Unfall bereits bestehende latente Disposition mitgewirkt hat.

Fall 2 d: Das UO hat dieselben psychischen Störungen erlitten, wie in Fall 2 b geschildert. Allerdings war der Anstoß relativ gering. Die körperlichen Unfallfolgen sind bald abgeklungen. Nur die psychischen Probleme bleiben.

Fall 2 e: Das UO hat dieselben psychischen Störungen erlitten, wie in Fall 2 b geschildert. Allerdings lässt sich im Prozess gegen den Schädiger nicht mehr klären, ob UO überhaupt körperliche Unfallfolgen davongetragen hat oder wie schwer diese waren. Die psychischen Probleme sind jedoch vorhanden, und das seit Jahren.

Im Folgenden werde ich versuchen darzulegen, wie diese Fälle zu lösen sind.

2) Aus der psychologischen und medizinischen Fachliteratur – Was hat es psychologisch mit diesen Problemen auf sich?

Bevor die sich hieraus ergebenden Fragen rechtlich beantwortet werden, sind zunächst einige Erläuterungen erforderlich, was sich psychologisch für Probleme dahinter verbergen.

a) Neuropsychologische – kognitive – Unfallfolgen

Hier stellt sich, bevor die Frage der Kausalität geklärt wird, in aller Regel zunächst einmal das Problem, dass die kognitiven Funktionsstörungen (= Beeinträchtigungen des Erkennens und des Wahrnehmens), über die UO klagt, überhaupt festgestellt werden. Vorweg stellt sich sogar noch eine andere Frage:

(1) Gibt es überhaupt kognitive Störungen als Folge eines Schleudertraumas?

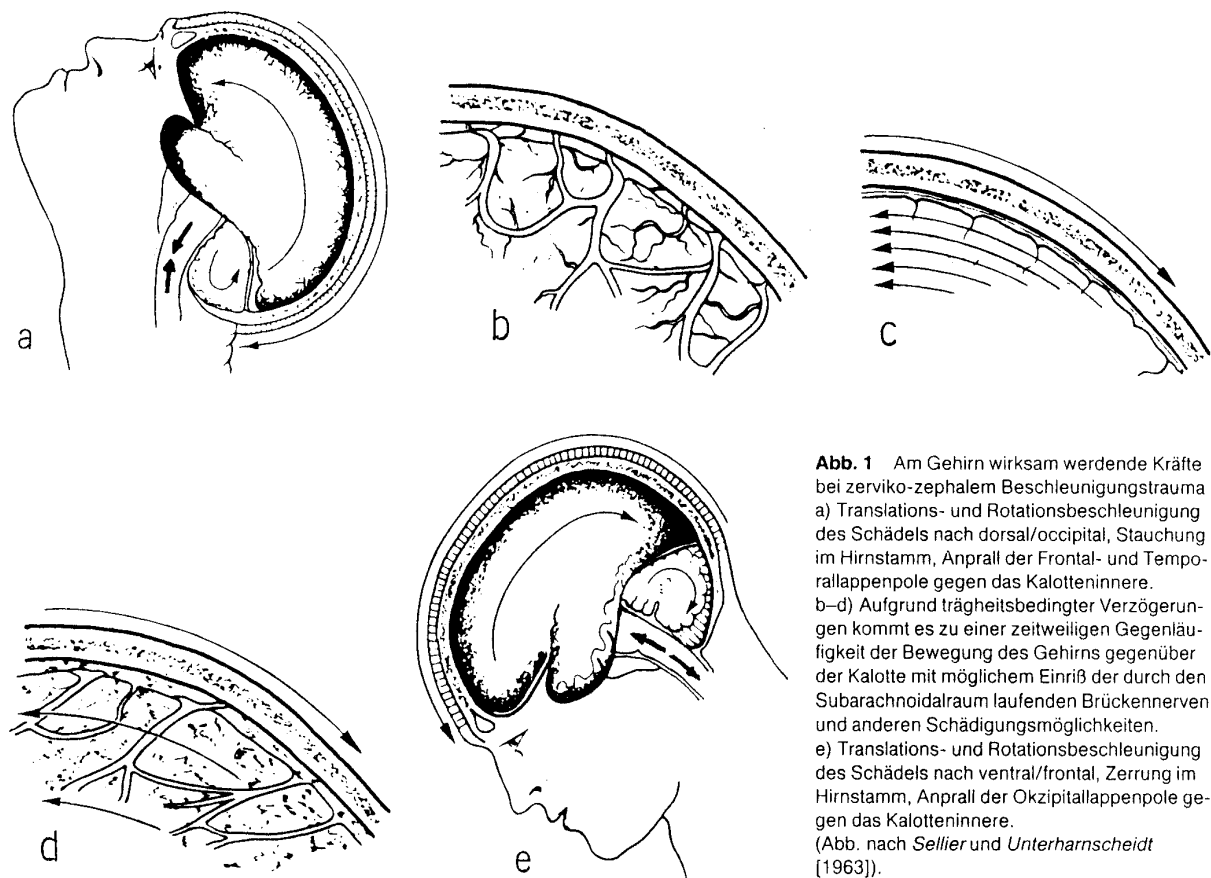
Liest man hierzu beispielsweise Poeck,⁴³ so wäre diese Frage eindeutig zu verneinen. Poeck ist emeritierter (pensionierter) Ordinarius für Neurologie an der Medizinischen Hochschule Aachen, der vor kurzem sein 50-jähriges Ärztejubiläum gefeiert hat. Poeck ist der Meinung, dass weder durch neuropsychologische Testverfahren noch durch neuere bildgebende Verfahren, auf die ich nachfolgend eingehen werde, kognitive Funktionsstörungen nach Schleudertrauma nachgewiesen werden können. Er behauptet sogar, dass kognitive Funktionsstörungen als Folge eines Schleudertraumas gar nicht erklärbar sind. Dies ist bei Poeck nicht weiter verwunderlich. Denn er verneint auch Unfallfolgen auf anderen Gebieten. Hierauf werde ich aber ebenfalls noch eingehen. Dass Poeck sowohl Nachweise durch neuropsychologische Untersuchungen als auch beispielsweise durch bildgebende Verfahren verneint, liegt daran, dass er die einschlägige internationale Literatur hierzu unberücksichtigt lässt, aus welchen Gründen auch immer.

(2) Wie lassen sich diese Störungen als Unfallfolge erklären ?

Hier muss der Jurist wieder auf Arbeiten zurückgreifen, die nicht in sein Fachgebiet fallen. Die Erkenntnis, dass Schleudertraumata (ohne Kopfanprall) zu Gehirnstörungen führen können, ist so neu nicht. Umso mehr verwundert es, dass hierüber überhaupt gestritten wird. Bereits in einer groß angelegten wissenschaftlichen Arbeit im Jahre 1963 haben der Rechtsmediziner Sellier und der Neurologe und Psychiater Unterharnscheid diese Zusammenhänge erläutert.⁴⁴ Dies lässt sich vereinfacht wie folgt zusammenfassen:

Das Gehirn schwimmt lose in der Schädelkapsel. Wird nun bei einem Heckaufprall der Körper nach vorne beschleunigt, erfährt der Kopf eine Beschleunigung nach hinten. Hierdurch „schwappt“ das Gehirn wiederum nach vorne. Auf diese Weise sind traumatische Hirnläsionen möglich, auch wenn es nicht zu einem Kopfanstoß kommt. Diese pathomorphologischen Erkenntnisse sind schon älter, mindestens 60 Jahre alt. Denn Sellier und Unterharnscheid beziehen sich auf eine amerikanische Arbeit aus dem Jahre 1946! Sie sind auch seit 1963 nicht in Vergessenheit geraten. Krämer, Oberarzt, und Hopf, Chefarzt der Neurologischen Universitätsklinik in Mainz, haben sie im Jahre 1981 aufgegriffen⁴⁵ und haben eine von Sellier und Unterharnscheid gezeigte Abbildung übernommen.⁴⁶ Weil die Erklärung für traumatische Hirnläsionen darin ganz einfach nachvollziehbar dargestellt wird, soll sie hier abgedruckt werden.⁴⁷ (Abb. 3):

Abb. 3: Entstehung von Hirnverletzungen durch ein Schleudertrauma (nach Krämer und Hopf, 1981)



Nach Krämer steht der Annahme einer Hirnläsion auch nicht entgegen, dass im Einzelfall neurologische und auch radiologische Untersuchungen keine krankhaften Untersuchungsbefunde erbracht haben.⁴⁸

In der Schweiz und in den USA (wieder einmal dort) ist dieses Phänomen in einem anderen Zusammenhang erforscht und beschrieben worden, dem sog. „Schütteltrauma“ (englisch: Shaken Baby Syndrome) bei Kleinkindern, das dadurch entsteht, dass Kinder von Erwachsenen vor Wut an den Oberarmen gehalten und geschüttelt werden. Das geschüttelte Kind kann seinen Kopf durch eigene Muskelkraft nicht genügend stabilisieren. Der Kopf fliegt nach hinten und nach vorne und wird jeweils in den Extrempositionen abrupt gebremst.⁴⁹

Ich vermag nicht nachzuvollziehen, wie beispielsweise Poeck an der Möglichkeit einer Hirnläsion zweifeln kann, ohne sich wenigstens mit den genannten (und vielen weiteren) Arbeiten auseinander zu setzen, die diese Zusammenhänge wissenschaftlich erklären.

(3) Die neuropsychologische Untersuchung von kognitiven Störungen

Hier sollte zunächst erklärt werden, was Kognition ist. Diese Frage ist für einen Juristen wirklich nicht einfach zu beantworten. Liest man bei Gerhard Roth (einem anerkannten Neurobiologen) nach, so versucht dieser gleich zu Beginn seines inzwischen in 6. Auflage erschienenen Buches eine sehr komplizierte Definition, die wegen ihrer Komplexität hier nicht wiederholt werden soll, und schreibt dann, es werde sich in den folgenden Kapiteln zeigen, ob und inwieweit diese Begriffsdefinitionen brauchbar seien; eine logisch wie empirisch völlig brauchbare Definition sei hingegen nicht zu erreichen.⁵⁰ Also werde ich dies auch nicht versuchen, sondern mich auf das beschränken, was die Neuropsychologen zu diesem Thema sagen.

Die klinische Neuropsychologie befasst sich mit der Diagnose und Therapie der Folgen, die Hirnschädigungen auf Intellekt und Psyche des Menschen haben,⁵¹ nämlich mit kognitiven Störungen. In diesem Sinne werden diese Störungen hier gebraucht werden. Hier gleich ein Hinweis zu dieser Fachrichtung. In Gutachten wird oft versucht, den Eindruck zu erwecken, als handle es sich bei der Neuropsychologie um eine pseudowissenschaftliche/-unwissenschaftliche Angelegenheit. Dies ist inzwischen widerlegt worden, und zwar durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie, der der Neuropsychologie den Rang eines anerkannten wissenschaftlichen Psychotherapieverfahrens einräumt.⁵² Entsprechende Leistungen werden daher in Deutschland – anders als in der Schweiz, wo sie keine Pflichtleistungen darstellen – von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet.

(4) Was haben neuropsychologische Forschungen erbracht?

Hier muss zunächst darauf hingewiesen werden, dass die Forschung auf diesem Gebiet in Deutschland – dem Juristen sei es gestattet – eher ein stiefmütterlich behandeltes Gebiet ist, wenn man von wenigen Autoren absieht,⁵³ verglichen mit aufwendigen Studien im Ausland. Internationale Studien haben nämlich den Beweis erbracht, dass Poeck hier Unrecht hat. So hat ein niederländisches Forscherteam um Kessels⁵⁴ in einer Meta-Analyse 22 internationale neuropsychologische Studien, die sich mit den Folgen von Schleudertraumata auseinander setzen, ausgewertet. Studien, die sich mit Einzelfallbeschreibungen (single-case-reports) befassen, sowie Studien, die nicht auch eine Kontrollgruppe in die Untersuchungen mit einbezogen haben, wurden nicht mitverwertet. Die Analyse ergab, dass sechs Monate nach dem Unfall mit Schleudertrauma Störungen des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit und anderer kognitiver Funktionen nachgewiesen wurden.

Bei dem Aufsatz von Poeck im Deutschen Ärzteblatt (1999) lag diese Studie noch nicht vor, sehr wohl aber bei dessen Aufsatz in der Aktuellen Neurologie (2002). Poeck hat hierzu leider nicht Stellung genommen. Bereits bei dem ersten Aufsatz von Poeck lag ein Buch von di Stefano⁵⁵ vor. Di Stefano hat elf retrospektive Studien und zehn prospektive Studien ausgewertet und selbst eine Studie mit 106 Patienten mit Beschleunigungsmechanismus durchgeführt mit dem Ergebnis, dass Patienten mit Beschleunigungsmechanismus (wie auch Patienten mit rheumatischen Zervikalsyndromen) signifikante Beeinträchtigungen der geteilten Aufmerksamkeit zeigten sowie eine langsamere Verarbeitungsgeschwindigkeit visueller Informationen, sofern es sich bei den Patienten um solche mit stärkeren Schmerzen handelte.

Ich frage mich, ob Poeck ein realitätskonformes Bild neuropsychologischer Störungen nach Schleudertrauma zeichnen kann, wenn er nahezu die komplette internationale Forschung auf diesem Gebiet unter den Tisch fallen lässt. Der Jurist sollte sich nicht anmaßen, neuropsychologische Fragestellungen selbst zu beantworten. Er darf sich aber die Frage stellen, welchen Wert eine Arbeit eines Neurologen hat, der lediglich einige wenige Arbeiten zitiert, die neuropsychologische Störungen nach Schleudertrauma verneinen, die aber aus methodologischen Gründen möglicherweise leicht angreifbar sind, wie z. B. Otte nachgewiesen hat, die überwältigende Anzahl an Arbeiten aber nicht berücksichtigt. Ein Blick in die Schweiz, wo dieses Problem offensichtlich ernster genommen wird als in Deutschland, widerlegt Poeck weiter.

Bereits 1999 hat der erfahrene Luzerner Gutachter Kissel⁵⁶ das Ergebnis einer Studie veröffentlicht, bei der 80 Explorantinnen und Exploranten mit Status nach „gewöhnlichem Whiplash-Unfall“ polydisziplinär abgeklärt und in 47 Fällen auch neuropsychologisch untersucht wurden. Nach Kissel gilt:

Auch „gewöhnliche“ Beschleunigungsunfälle der Halswirbelsäule sind geeignet, chronische Hirnfunktionsstörungen oder wohl in vielen Fällen doch milde traumatische Schädigungen auszulösen. Diese Hirnfunktionsstörungen sind oft durch den „psychiatrischen Überbau“ maskiert – sie müssen gezielt gesucht werden.

Im Jahre 2000 hat Kissel die Explorantenzahl auf 100 erhöht⁵⁷ und festgestellt, dass das von ihm (und in der Schweiz oft so bezeichnete) Whiplash-Syndrom multi-faktorielle Ursachen haben kann und dass hierbei drei Hauptfaktoren wesentlich und abzuklären seien: die Halswirbelsäulen-Pathologie, die Hirnfunktion und die Psyche. Nach Kissel gilt weiter:

Von den neuropsychologisch getesteten, arbeitsunfähigen Whiplash-Patienten wiesen im Spätverlauf – Jahre nach dem Unfall – um 87 Prozent eine kognitive Störung auf, wobei hier alle Schweregrade einbezogen worden sind.

Wichtig am Ergebnis der Untersuchungen von Kissel (und aller neuropsychologischen Untersuchungen) ist mithin, dass die Halswirbelsäule nach einem Schleudertrauma zwar betroffen sein kann und oft auch betroffen ist, dass dies aber nicht die einzige Ursache für Beschwerden ist, dass nämlich Hirnfunktion und Psyche hinzukommen.

(5) Wie lassen sich nun neuropsychologische, kognitive Funktionsstörungen nachweisen?

Erforderlich ist natürlich zunächst eine neurologische Untersuchung, auch wenn traumatische Hirnläsionen ohne entsprechenden pathologischen Befund möglich sind und nach einem Schleudertrauma nach meinen Erfahrungen beim Lesen vieler Gutachten nur in den seltensten Fällen auftreten. Weiter ist, was sich schon aus dem Vorgesagten ergibt, eine Untersuchung durch den Neuropsychologen mit den ihm zur Verfügung stehenden Testbatterien erforderlich. Mag auch die Forschung auf diesem Gebiet in Deutschland nicht so intensiv betrieben werden wie in anderen Ländern Europas und den USA, so kann gesagt werden, dass es in Deutschland eine größere Anzahl qualifizierter Neuropsychologen gibt, die entsprechende Gutachten fertigen können.⁵⁸

Hier gibt es aber ein Problem für die Beweisführung bei der Kausalität. Man kann natürlich sagen, die vom Neuropsychologen festgestellten Einbußen mögen ja vorhanden sein. Aber sind sie auch wirklich Folge des Unfalls? Auch hier hat der Neuropsychologe Möglichkeiten mit einem Vergleich der prämorbid (vor dem Unfall vorhandenen) Fähigkeiten auf diesem Gebiet. Natürlich stehen in den seltensten Fällen neuropsychologische Untersuchungsergebnisse über das Unfallopfer vor dem Unfall zur Verfügung. Aus dem Werdegang des Unfallopfers (berufliche Tätigkeit, Anforderungen, die vor dem Unfall an es gestellt wurden, Fähigkeiten, diesen Anforderungen gerecht zu werden und vieles andere mehr) können jedoch Schlussfolgerungen auf sein prämorbid (vor dem Unfall vorhandenes) Leistungsvermögen gezogen werden. Dies kann dann mit dem jetzt nach dem Unfall sich ergebenden Untersuchungsergebnis verglichen werden.

(6) Bildgebende Verfahren

Es gibt aber weitere Untersuchungstechniken, die das neuropsychologische Untersuchungsergebnis untermauern können. Hier darf auf die Forschungsergebnisse des Nuklearmediziners Otte verwiesen werden, der seit einer ganzen Reihe von Jahren Untersuchungsergebnisse auf seinem Fachgebiet im Zusammenhang mit Schleudertraumapatienten veröffentlicht hat.⁵⁹ Zur kurzen Erläuterung:

Otte benutzt die nuklear-medizinischen bildgebenden Verfahren SPECT und PET. Die SPECT (Single-Photonen-Emissions-Computertomographie) ist ein in der Nuklearmedizin verwendetes Schnittbildverfahren zur Messung von radioaktiver Strahlung (Gammastrahlung). Mit diesem Verfahren können Durchblutungsstörungen im Gehirn festgestellt werden. Die PET (Positronen-Emissions-Tomographie) ist ein Schnittbildverfahren zur Messung von radioaktiver Strahlung (Positronenstrahlung). Mit ihr kann im Gehirn der Energiestoffwechsel (Glucose-Stoffwechsel) untersucht werden. Gegenüber der SPECT hat die PET eine bessere Auflösung, ist jedoch aufwendiger und teurer. Der Vorteil sowohl der SPECT als auch der PET gegenüber den bildgebenden Verfahren CT und MRT liegt darin, dass hier auch die Hirnfunktionen dargestellt werden können. Bei beiden Untersuchungsverfahren werden schwach radioaktive Substanzen (in der Fachsprache richtig: radioaktive Isotope) injiziert.

Seine Forschungsergebnisse hat Otte in einem vor zwei Jahren erschienenen Buch⁶⁰ niedergelegt, insbesondere die Forschungsergebnisse zu der Frage, inwieweit ein Schleudertrauma Veränderungen im Gehirn (nachweisbar mit SPECT und mit PET) verursachen kann. Aus diesem Buch stammen die vorgenannten Erläuterungen zu SPECT und PET. Dieses Buch ist, wie der Untertitel „Ein Ratgeber für Ärzte und Betroffene“ zeigt, allgemein verständlich geschrieben, und am Ende eines jeden Kapitels mit einer allgemein auch für Laien verständlichen Zusammenfassung versehen, so dass es zur Lektüre auch für Nichtärzte nur

empfohlen werden kann. Otte hat in seinen zahlreichen Studien⁶¹ nachgewiesen, dass Schleudertrauma-Patienten parieto-okzipitale Störungen aufweisen.

Diese Störungen korrespondieren mit den jeweils gleichzeitig durchgeführten neuropsychologischen Untersuchungsverfahren. Ein weiterer Vorteil des Buches von Otte liegt darin, dass er nicht nur sagt, dass Störungen parieto-okzipital vorliegen. Er übersetzt derartige medizinische Fachausdrücke auch ins Deutsche, so dass der Leser erfährt, dass mit „parieto-okzipital“ gemeint ist „Richtung Scheitelbein – Hinterhaupt (hinten seitlich gelegen)“. Otte erläutert darüber hinaus auch, dass mit SPECT und PET nicht nur Störungen im Gehirn lokalisiert werden können, sondern dass diese auch quantifizierbar sind, also gemessen werden können.

Wie schon die Neuropsychologie, so wird auch die Nuklearmedizin (die Untersuchung mittels SPECT und PET) von Poeck⁶² abgelehnt. Er bezieht sich dabei auf eine Studie von Bicik et al.⁶³ Bicik und seine Arbeitsgruppe kritisieren die Ergebnisse von Otte und verneinen einen Zusammenhang zwischen SPECT- und PET-Untersuchungen einerseits und Schleudertraumafolgen andererseits. Weshalb Poeck hier ausgerechnet der Studie von Bicik, nicht jedoch den Studien von Otte folgt, ist – auch ohne neuropsychologische und nuklearmedizinische Kenntnisse – nicht nachvollziehbar. Otte hat 400 Patienten nuklearmedizinisch, kernspintomographisch und neuropsychologisch untersucht/untersuchen lassen und die Untersuchungsergebnisse ausgewertet. Bicik begnügt sich mit 13 Patienten. Otte untersuchte auch eine symptomfreie Patientengruppe. Bicik hat als Vergleichsgruppe Melanompatienten genommen, von denen bekannt ist, dass sie neuropsychologische Auffälligkeiten allein wegen ihres Wissens um ihre Krebskrankheit haben. Bicik untersucht nicht gleichzeitig mit MRT, wie Otte dies tut. Eine weitere Studie wurde – ebenfalls 1999 – veröffentlicht⁶⁴ und von Poeck zitiert.⁶⁵ Es handelt sich hier um dieselbe Arbeitsgruppe wie vorher, nur in anderer Reihenfolge aufgeführt. Zur Kritik an Bicik und hieraus resultierend an Poeck darf auf das Buch von Otte⁶⁶ verwiesen werden. Um zu zeigen, dass nicht nur Otte sich mit diesen Fragestellungen befasst, soll beispielhaft auf eine Arbeit von Ichise⁶⁷ verwiesen werden. Ichise kommt mit seiner kanadischen Arbeitsgruppe zu denselben Ergebnissen wie Otte.

Um es einmal deutlich zu sagen: Ich maße mir nicht an, den wissenschaftlichen Wert von nuklearmedizinischen Untersuchungsverfahren zu bewerten oder zu beurteilen. Gleichwohl muss es auch einem Nichtmediziner erlaubt sein, zu fragen, warum ein anerkannter und angesehener Neurologe, der u. a. mehrere Lehrbücher geschrieben hat, einer vom methodologischen Ansatz her fragwürdigen Studie gegenüber den Arbeiten von Otte den Vorzug gibt, die diese Fehler zumindest nicht begehen.

Solange Poeck und die ihm folgenden Autoren diese Frage nicht einmal andeutungsweise stellen, geschweige denn beantworten, wird man den vom Ansatz her überzeugenderen Arbeiten (400 statt 19 Probanden, gesunde Kontrollgruppe statt Melanom-Patienten etc.) den Vorzug geben müssen. Das gilt selbst dann, wenn die Deutsche Gesellschaft für Neurologie in ihrer „Leitlinie Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule“ schreibt:

„Nicht empfohlen werden funktionell bildgebende Verfahren (SPECT, PET, fMRT, brain mapping)“ und sich hier ebenfalls nur auf Bicik und Radanov bezieht.⁶⁸ Radanov war Mitverfasser der Leitlinien und Radanov war Mitautor der Bicik-Studie.

Zum Nachweis von Hirnfunktionsstörungen kommt heute ebenfalls noch die funktionelle Kernspintomographie in Betracht (fMRT). Anders als bei der herkömmlichen MRT wird hierbei nicht nur ein starres Bild wiedergegeben. Es wird die Darstellung von Hirnfunktionsabläufen ermöglicht. Auch wenn traumatische Hirnschäden sich nicht immer bildgebend darstellen lassen,

ist gleichwohl eine neuroradiologische Abklärung erforderlich (CT, MRT, eventuell funktionelle MRT, fMRT, auch wenn diese wohl noch recht selten zur Verfügung stehen wird).

Warum diese langen Ausführungen zur Frage der Untersuchung von neuropsychologischen Unfallfolgen in einem Artikel, der eigentlich die Frage der juristischen Behandlung behandeln soll? Nun, theoretische Ausführungen dazu, wie neuropsychologische Unfallfolgen zu behandeln sind, nutzen wenig, wenn das Unfallopfer nicht weiß, mit welchen Untersuchungen (mit welchem Stellenwert) diese Störungen auch bewiesen werden können. Auch Richter, denen im Prozess schließlich die Auswahl der Sachverständigen obliegt, und Rechtsanwälte, die richtige Beweisanträge stellen müssen, sollten dies wissen.

Beim Nachweis von neuropsychologischen Störungen als Unfallfolge ist also folgendes zu beachten: Eine kombinierte (multi-disziplinäre) Untersuchung durch Neurologen, Neuropsychologen, Nuklearmediziner (SPECT und PET), Radiologen (mit Kernspin, MRT, fMRT) sollte geeignet sein, entsprechende Störungen nachzuweisen. Diese Untersuchungen sind sehr teuer, so dass nach meiner Auffassung deren Durchführung allerdings nur dann gerechtfertigt ist, wenn es um schwerwiegende neuropsychologische Defizite geht, die beispielsweise Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit nach sich ziehen mit entsprechenden auch finanziellen Einbußen des Unfallopfers.
--

b) Sonstige, nicht hirnganisch bedingte psychische Störungen

„Sind reine psychogene Folgen eines Whiplash-Unfalls denkbar? Ja!“

So stellt Kissel⁶⁹ diese Frage und beantwortet sie sogleich ganz eindeutig.

Das Problem, dem wir uns jetzt nähern wollen, beginnt bereits mit dem Versuch, einige Fachbegriffe aus der Psychologie bzw. der Psychiatrie zu erläutern, um dann zu klären, welche Konsequenzen sich hieraus für die rechtlichen Auseinandersetzungen ergeben. In der Rechtsprechung insbesondere auch des Bundesgerichtshofs (BGH) werden Ausdrücke, wie etwa „Konversionsneurose“, „Unfallneurose“, aber auch Begriffe wie „Begehrensneurose“ oder „Rentenneurose“ etc. verwandt, die in der Psychologie und der Psychiatrie nicht mehr oder wenn, dann mit äußerster Vorsicht benutzt werden, zum Teil, weil sie begrifflich zu unscharf sind, zum Teil, weil sie durch andere Begriffe ersetzt worden sind.

So sollen nach Foerster die Begriffe „Rentenneurose“⁷⁰ und der Begriff der „Unfallneurose“⁷¹ nicht mehr verwandt werden. Hier lohnt es sich, einen Blick in die heute gebräuchlichen Manuale zu werfen, in denen alle medizinischen Diagnosen (ICD-10⁷²) oder nur die psychiatrischen Diagnosen (DSM IV⁷³) klassifiziert werden. Hier empfehlenswert ist die Lektüre zu den somatoformen Störungen (ICD-10: F 45) mit den Untergliederungen, wobei hier jene aufgezählt werden, die in der Unfallbegutachtung von Bedeutung sind (Somatisierungsstörung, F 45.0; undifferenzierte Somatisierungsstörung, F 45.1; anhaltende somatoforme Schmerzstörung, F 45.4).

Zur Systematik des ICD -10: Das Kapitel F (ICD-10: F) enthält die psychischen Störungen.

Das Kapitel F ist unterteilt in Kapitel F0–F 99. Kapitel F 4 (ICD-10: F4) enthält neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. Kapitel F 4 wiederum ist unterteilt in Kapitel F40–

F48. F 45 enthält somatoforme Störungen, die ihrerseits aufgeteilt werden in die Diagnosen F 45.0–F.45.9, u. a.: ICD-10: F45.0 (Somatisierungsstörung).

Im Folgenden werde ich intensiver auf das Problem der posttraumatischen Belastungsstörung (englisch: Posttraumatic Stress Disorder = PTSD) eingehen. Diese ist klassifiziert nach ICD-10: F 43.1. Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch noch die akute Belastungsreaktion ICD-10: F 43.0) und die Anpassungsstörung (ICD-10: F 43.2).

Ein Tipp: Wer sich mit psychologischen oder psychiatrischen Gutachten auseinander setzen muss, bei denen die genannten Krankheitsbilder eine Rolle spielen, sollte hierzu die entsprechenden Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften lesen. Hier gibt es z. B. „Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für psychotherapeutische Medizin (DGPM) in Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) zur ärztlichen Begutachtung der Psychosomatik und psychotherapeutischen Medizin – Sozialrechtsfragen sowie zur posttraumatischen Belastungsstörung“⁷⁴.

Nun aber zu der eingangs von Kissel gestellten und von ihm gleich beantworteten Frage: Ist nun die Beantwortung der Kissel'schen Frage nach der Existenz rein psychischer Folgen eines „Whiplash-Unfalls“ wirklich so eindeutig? Im Prinzip, ja. Diese Frage könnte den Eindruck erwecken, als wäre sie – die Frage – neueren Datums. Irrtum! Dieses Problem ist nicht nur als solches schon älter. Es ist auch schon seit längerem als Problem bekannt und erforscht worden. Die Zusammenhänge von Trauma und psychischen Folgen haben bereits Sigmund Freud – und vor ihm schon andere – erkannt und beschrieben. Gegenstand früherer Untersuchungen war die sog. Kriegsneurose (intensiv erforscht und beschrieben nach dem 1. Weltkrieg) und die von Freud so genannte Angstneurose, eine (ebenfalls nach Freud) traumatische Neurose⁷⁵. Der Begriff der „traumatischen Neurose“ geht auf den deutschen Nervenarzt Hermann Oppenheim zurück, der diesen Ausdruck 1889 zum ersten Mal gebraucht hat.⁷⁶

Das Phänomen, um das es hier geht, wurde schon 1895 von einem Kollegen Freuds, Josef Breuer, anschaulich wie folgt beschrieben: „In den Tagen nach einem Eisenbahnunglück z. B. wird im Schläfe und im Wachen die Schreckensszene wieder durchlebt, immer mit der Erneuerung des Schreckaffektes, bis endlich nach dieser Zeit „psychischer Ausarbeitung“ oder Inkubation die Konvertierung in ein somatisches Phänomen zustande gekommen ist.“⁷⁷

Außer an psychischen Folgen kriegerischer Ereignisse wurde dieses Phänomen nämlich (zuerst?) bei Opfern von Eisenbahnunglücken untersucht. Daher die Ausdrücke wie railway-spine, railway-brain, die auch schon von Freud⁷⁸ gebraucht wurden, deren Ursprung aber erheblich älter ist, u. a. schon von Erichsen (1818-1889)⁷⁹ verwandt wurde.

Das Problem liegt nun darin, dass viele Sachverständige (nach meiner persönlichen Meinung viel zu viel Sachverständige) mit der Erklärung für rein psychologische aber auch für somatische (körperliche) Unfallfolgen viel zu schnell mit der Erklärung bei der Hand sind, es handle sich um eine unfallunabhängige, neurotische Fehlverarbeitung des Unfallgeschehens. Eine Bemerkung am Rande. Hierin liegt bereits ein Widerspruch in sich. Wenn es eine Reaktion auf den Unfall ist, kann es schon per se nicht unfallunabhängig sein. Diesen Widerspruch haben mir bisher Sachverständige, die mit dieser „Diagnose“ arbeiten, noch nicht erklären können.

Oft taucht auch als Erklärung auf, es handle sich um bereits vor dem Unfall vorhandene neurotische Störungen, die jetzt erst aktiviert worden seien. Auch hier eine persönliche Anmerkung: Wodurch sollen sie aktiviert worden sein, wenn nicht durch den Unfall, wenn die Auswirkungen erst seit dem Unfall bestehen? Welcher Art können nun psychische Unfallfolgen,

die nicht Folgen einer hirntraumatischen Schädigung sind (diese sind oben als neuropsychologische Defizite bereits behandelt worden), sein ?

Nun, eine einfache und oft vorliegende Erklärung dürfte sein, dass das Unfallopfer zunächst unter rein körperlichen Beschwerden leidet, wie Schmerzen, Schwindel/ Gleichgewichtsstörungen, Tinnitus u. ä. Man braucht sicher kein Psychologe und auch kein Psychiater zu sein, um sich vorzustellen, dass jemand, der ständig unter extremen Kopfschmerzen oder ganz extremen Gleichgewichtsstörungen über einen langen Zeitraum leidet, auch früher oder später psychisch hierunter zu leiden beginnt. Dass dann unter anderem Depressionen die Folge sein können, ist nach meiner Meinung eine leicht nachvollziehbare, wenn nicht gar selbstverständliche Folge.

Der oben bereits zitierte Neurologe und Psychiater Foerster, ein bekannter Experte für die psychiatrische Begutachtung, insbesondere die Begutachtung von Unfallfolgen, hat dies bereits 1988 erläutert, wobei bereits die Überschrift seines Referates das Problem umreißt, gleichzeitig auch beantwortet. In seinem Buchbeitrag „Psychosomatik oder Soma-Psyche?“⁸⁰ erklärt er, dass es nicht nur einen psychosomatischen Zusammenhang gibt, dass also nicht nur Schmerzen Folge von psychischen Störungen sein können. Er führt aus, dass auch psychische Störungen Folgen von körperlichen Beschwerden sein können. Dies ist mit Soma-Psyche gemeint. Also erst das somatische (körperliche) Problem und daraus resultierend das psychische Problem.

Was ist aber nun, wenn körperlich überhaupt keine Befunde zu erheben sind, wenn es mit allen diagnostischen Möglichkeiten, die Ärzten zur Verfügung stehen, nicht gelingt, für Schmerz, Gleichgewichtsstörungen etc. körperliche Ursachen festzustellen? Auch hier will ich die Möglichkeit einmal beiseite lassen, dass zwar körperliche Ursachen festzustellen wären, von Ärzten aber nicht festgestellt werden können. Unterstellt, unser UO habe erhebliche Kopfschmerzen und leide unter Gleichgewichtsstörungen. Unterstellt weiter, es gäbe tatsächlich keinen körperlichen Befund hierfür. Heißt dies, dass er keinen Anspruch auf eine Entschädigung hat?

Antwort: Nein, dies heißt es nicht! Was kann es dann sein, worunter er leidet? In der Literatur wird seit längerem die Frage diskutiert, ob Folge eines Schleudertraumas und/oder einer milden traumatischen Hirnverletzung eine posttraumatische Belastungsstörung (englisch: post traumatic stress disorder, PTSD) sein kann. Was ist PTSD?

Symptomatik bei einer posttraumatischen Belastungsstörung

Das PTSD zeichnet sich durch folgende Symptome (durch das folgende syndromale Störungsbild) aus:

- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma oder Erinnerungslücken,
- Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektionstoleranz, Konzentrationsstörungen),
- Vermeidungsverhalten (Vermeidung von Situationen, die das Unfallopfer an den Unfall erinnern) und
- emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit)⁸¹.

Oft kommen weitere Symptome zur PTSD hinzu, u. a. Depression, Somatisierungsstörungen (wird unten weiter erläutert), insbesondere somatoforme Schmerzstörung sowie Diagnosen aus der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen.⁸²

Das Problem, ob die Diagnose einer PTSD im Einzelfall als Unfallfolge anerkannt wird, liegt jedoch nicht so sehr bei den Symptomen, sondern bei einer anderen Voraussetzung, nämlich der Voraussetzung, der das Trauma von seiner Schwere her genügen muss.

Voraussetzungen für das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung

Nach ICD-10: F 43.1 entsteht eine posttraumatische Belastungsstörung als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein.

Ähnlich werden die Voraussetzungen im DSM IV definiert. Erfüllt ein Unfall mit Schleudertrauma diese Voraussetzungen? Da Probleme gerade die Unfälle mit relativ geringen physikalischen Belastungen (siehe unten zu „Harmlosigkeitsgrenze“) bereiten, dürfte das genannte Kriterium wohl bei einem Heckauffahrunfall geringen Ausmaßes nicht erfüllt sein.⁸³

Auf der anderen Seite gibt es aber derartig viel Studien, die Unfallopfer psychologisch und psychiatrisch untersucht haben mit dem Ergebnis, dass die Unfallopfer sämtliche Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung aufweisen. Ganz besonders darf hier auf eine Studie von Stallard⁸⁴ hingewiesen werden. Stallard und seine Arbeitsgruppe haben 119 Kinder und Jugendliche im Alter von 15 bis 18 Jahren untersucht, die einen Straßenverkehrsunfall erlitten haben, und das Ergebnis dann mit einer Gruppe von 66 Kindern und Jugendlichen verglichen, die einen Sportunfall erlitten haben. Das Ergebnis war eindeutig. 41 der Kinder mit Verkehrsunfall, aber nur 3 Prozent der Kinder mit Sportunfall haben die Symptome einer PTSD gezeigt. Das Vorhandensein einer PTSD war unabhängig von der Art des Unfalls, vom Alter des Kindes oder der Verletzungsart.

Losgelöst von der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung hier eine Auflistung der psychischen Symptome nach HWS-Beschleunigungsverletzungen:

- erhöhtes Niveau innerer Anspannung, Angst, Besorgnis
- erhöhte Schreckhaftigkeit und Irritabilität
- Benommenheit und „Verwirrung“
- Alpträume vom Unfallgeschehen
- sich aufdrängende Erinnerungen an das Ereignis
- Aufmerksamkeitsstörung, Konzentrationsstörung
- depressive Stimmungslage, Schlafstörung
- erhöhte Licht- und Geräuschempfindlichkeit
- Kopfschmerz, Nackenschmerzen
- Müdigkeit, Stress, Intoleranz⁸⁵

Vergleicht man nun diese Symptome mit den oben genannten Kriterien für das Vorliegen einer PTSD, so zeigt sich, dass hier erhebliche Überschneidungen gegeben sind, dass also nach Schleudertrauma alle Symptome auftauchen, die die Kriterien einer PTSD erfüllen. Wie ist dieses Problem zu lösen? Dies ist natürlich eine Frage, die Psychologen und Psychiatern zu stellen ist. Dem Juristen sei es gestattet, folgendes vorzuschlagen:

Man kann natürlich grundsätzlich sagen, nach einem Schleudertrauma gibt es keine posttraumatische Belastungsstörung, wie beispielsweise Poeck dies getan hat.⁸⁶ Dies löst aber meines Erachtens die Probleme nicht. Lässt doch die Auffassung von Poeck völlig außer Acht, dass es nun einmal vielfältige psychische Symptome nach einer Beschleunigungsverletzung gibt. Ob es andererseits richtig ist, zu sagen, eine PTSD läge allein wegen des Vorliegens der nach ICD-10 verlangten Symptome vor, es komme daher auf das Vorliegen der Schwere des Traumas nicht an, mögen nun wirklich Psychologen und Psychiater beantworten. Ich halte diese Frage jedoch aus juristischer und aus der Sicht des Unfallopfers für relativ belanglos. Wie man ein Krankheitsbild nennt, dürfte doch sicher nicht so wichtig sein. Entscheidend ist doch vielmehr, dass gewisse Symptome vorliegen und dass diese auf einen Unfall zurückzuführen sind. Hierbei ist entscheidend, dass durch viele internationale (leider wenig deutsche) Studien bewiesen ist, dass auch nach einer Beschleunigungsverletzung diese Symptome auftreten, und zwar über sehr lange Zeiträume.⁸⁷

Dem Unfallopfer dürfte es gleichgültig sein, ob seine Beschwerden als posttraumatische Belastungsstörung bezeichnet werden dürfen, wenn nur festgestellt wird, dass die Symptome, unter denen es leidet, vorliegen und auf den Unfall zurückzuführen sind. Aus dem Wissen um die Symptome, die zum Bild einer PTSD gehören und der Tatsache, dass oft die Schwere des Traumas beim Schleudertrauma eigentlich nicht vorliegt, hat die amerikanische Psychiatrie die Konsequenz gezogen, eine Anpassungsstörung (ICD 10: F 43.2) zu diagnostizieren und lediglich im Einzelfall darauf hinzuweisen, dass auch diagnostische Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung zumindest zum Teil vorliegen.⁸⁸

In der Rechtsprechung (wie unten zu zeigen sein wird) spielt eine Form psychischer Störungen nach Schleudertrauma eine wichtige Rolle. Diese wird, darauf habe ich oben schon hingewiesen, als sog. „Konversionsneurose“ bezeichnet, eine Bezeichnung, die in der Psychologie (nach ICD-10 und nach DSM IV) allerdings nicht mehr gebräuchlich ist. Es geht hier – vereinfacht ausgedrückt – darum, dass ein Patient psychisch mit einem Problem nicht fertig wird (u. a. mit einem Problem, das auf einen Unfall zurückgeht) und sich unbewusst in körperliche Beschwerden flüchtet (die psychischen Probleme in körperliche Probleme konvertiert). In der Psychologie heißt dieses Erkrankungsbild heute Somatisierungsstörung.

Auch hier waren die Voraussetzungen aus der Fachliteratur meiner Meinung nach darzulegen, da ohne Kenntnisse, worum es denn eigentlich geht, die Frage auch nicht geklärt werden kann, wie diese Probleme rechtlich zu behandeln sind. Außerdem dürfte es ohne Kenntnisse dieser Zusammenhänge schwierig sein, sachgerecht vorzutragen und entsprechende Beweisanträge zu stellen.

3) Psychische Unfallfolgen in der rechtlichen Praxis

a) Schadensersatzrecht unter bes. Berücksichtigung der Rechtsprechung des BGH⁸⁹

Nun daher zu der Frage: Wie werden die psychischen Erkrankungen, die vorstehend im Einzelnen aufgelistet worden sind, im Schadensersatzrecht vom höchsten deutschen Gericht bewertet? Da der Bundesgerichtshof hier noch die alten, inzwischen überholten Begriffe

verwendet, sollen diese kurz definiert werden, so wie sie vom BGH gebraucht werden. Im Einzelnen werde ich auf die dazu ergangene Rechtsprechung später noch eingehen.

- **Aktualneurose:** Bei der Aktualneurose wird die Neurose (die psychische Erkrankung) unmittelbar durch das Erleben des Unfallgeschehens ausgelöst. Dabei wird die psychische Deformität primär und unmittelbar durch das Unfallereignis geprägt.
- **Rentenneurose:** Bei der Rentenneurose wurzelt die psychische Fehlleistung in einer anderen Art der Fehlverarbeitung. Das Unfallgeschehen wird, wie der BGH einmal ausgeführt hat, zum Anlass genommen, in körperliche Beschwerden zu flüchten.⁹⁰ Hieraus resultiert dann eine durch Begehrensvorstellungen geprägte Verweigerungshaltung gegenüber dem Erwerbsleben.
- **Konversionsneurose:** Bei der Konversionsneurose besteht die Kompensation nicht in direkter Arbeitsverweigerung. Hier wird vom Geschädigten vielmehr der ihm zugefügte Schmerz in somatische Beschwerden (z. B. Schmerzen) konvertiert. Diese Beschwerden ihrerseits beeinträchtigen dann seine Arbeitsfähigkeit.

Wie eingangs dieses Kapitels schon erwähnt, gibt es eine Fülle von BGH-Urteilen zu der Frage, wann und in welchem Umfang psychische Unfallfolgen vom Verursacher bzw. dessen Haftpflichtversicherer zu entschädigen sind.

Keine Entscheidungen des BGH oder von Oberlandesgerichten gibt es zu Fall 2 a, d. h. zu den sog. neuropsychologischen (kognitiven) Störungen, die bestehen, ohne dass gleichzeitig orthopädische oder neurologische Befunde (sog. „harte Befunde“) nachgewiesen werden können (mir sind jedenfalls keine Entscheidungen bekannt). Vielleicht deshalb, weil diese bisher nicht allzu ernst genommen worden sind. Diese Fälle sollten in der Praxis aber keine allzu großen Probleme bereiten, wenn solche Unfallfolgen denn in der rechtlich gebotenen Form nachgewiesen werden. Da es sich hier um Folgen hirntorganisierlicher Störungen oder aber um die Folgen somatischer Unfallfolgen (Schmerzen etc.) handelt, dürfte es keinem Zweifel unterliegen, dass diese Unfallfolgen voll zu entschädigen sind.

In einem Fall wie Fall 2 b (psychische Störungen nach schwerem Heckaufprall mit schweren körperlichen Unfallfolgen) hat das OLG Hamm⁹¹ festgestellt, der Unfall sei die Ursache auch für die psychische Erkrankung. Der Haftpflichtversicherer des Unfallgegners muss auch hierfür vollen Ersatz leisten, d. h. also unter anderem den Verdienstausfall ausgleichen, der dadurch verbleibt, dass die Rente des Unfallopfers niedriger ist als der frühere Lohn.

Was die vorhandene Disposition (Fall 2 c) zu psychischen Erkrankungen betrifft, so gilt hier – vom OLG anerkannt – der bereits zum Kapitel „degenerative Veränderungen“ genannte Grundsatz, dass der Schädiger nicht verlangen kann, so gestellt zu werden, als ob er einen gesunden Menschen geschädigt hätte. Das Unfallopfer ist in dem Zustand zu nehmen und zu entschädigen, in dem es sich zum Zeitpunkt des Unfalls befand. Wie bereits ebenfalls oben ausgeführt, ist es bei der Schadensanlage vollkommen gleichgültig, ob diese „anlagebedingt“ ist, also in der Person des Geschädigten liegt oder aber ob sie auf einen früheren Unfall oder gar auf mehrere frühere Unfälle zurückzuführen ist.⁹² Auch hier muss noch einmal darauf hingewiesen werden, dass der Grundsatz, dass Schadensanlagen bei der Frage der Kausalität in dem genannten Umfang nicht berücksichtigt werden, Einschränkungen bei der Schadenshöhe nach sich ziehen kann. So kann es durchaus sein, dass die Höhe des Schmerzensgeldes in einem solchen Falle niedriger bemessen wird, als es der Fall wäre, wenn diese Schadensanlage nicht vorhanden gewesen wäre.⁹³

Nun zu Fall 2 d (psychische Störungen nach leichtem Heckaufprall mit leichten körperlichen Folgen, die schnell abgeklungen sind): Der Haftpflichtversicherer hat im Prozess behauptet, allein aufgrund der Beschädigungen an den beteiligten Fahrzeugen sei klar, dass UO eine Verletzung nicht habe davontragen können. Ein Sachverständiger hatte ausgeführt, bei den psychischen Störungen handle es sich um eine „psychische Fehlverarbeitung des Unfalls“. Der BGH⁹⁴ hat hierzu grundsätzliche Ausführungen gemacht, die hier wörtlich wiedergegeben werden sollen:

„Hat jemand schuldhaft die Körperverletzung oder Gesundheitsbeschädigung eines anderen verursacht, für die er haftungsrechtlich einzustehen hat, so erstreckt sich die Haftung grundsätzlich auch auf die daraus resultierenden Folgeschäden. Das gilt, gleich viel, ob es sich dabei um organisch oder psychisch bedingte Folgewirkungen handelt. Der Senat (das ist der 6. Zivilsenat⁹⁵) hat wiederholt ausgesprochen, dass die Schadensersatzpflicht für psychische Auswirkungen aus einer Verletzungshandlung nicht voraussetzt, dass sie eine organische Ursache haben; es genügt vielmehr die hinreichende Gewissheit, dass die psychisch bedingten Ausfälle ohne den Unfall nicht aufgetreten wären.“

Der BGH konnte sich hier auf mehrere, bereits früher zu diesem Thema verkündete Urteile berufen.⁹⁶ Weiter führt der BGH aus: „Nicht erforderlich ist, dass die aus der Verletzungshandlung resultierenden (haftungsausfüllenden) Folgeschäden für den Schädiger vorhersehbar waren.“⁹⁷

Noch einmal: Es ist hierbei völlig gleichgültig, ob ein anderes Unfallopfer diesen Unfall ohne diese psychischen Folgen überstanden hätte und möglicherweise nach drei bis vier Wochen völlig beschwerdefrei gewesen wäre. Um es noch einmal deutlich zu sagen: Für die Frage der Haftung des Schädigers kommt es nicht darauf an, ob die psychischen Unfallfolgen eine organische Ursache haben. Dies hat der BGH in den vorangegangenen zitierten Entscheidungen ausdrücklich immer wieder betont!

Dies entspricht übrigens der Auffassung und der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs seit mehr als 40 Jahren. Dafür folgende Beispiele: Bereits 1958 hat der BGH entschieden, dass auch ohne körperliche Schäden Ersatz für eine unfallbedingte Wesensveränderung zu leisten ist.⁹⁸ Der Schädiger haftet für nach dem Unfall beim Unfallopfer entstandene Depressionen.⁹⁹ Der Schädiger haftet für beim Unfallopfer entstehende Aktual- oder Unfallneurosen.¹⁰⁰ Der BGH führt im Leitsatz aus:

„Erleidet ein Unfallbeteiligter, der auch vom Schädiger in diese Rolle gezwungen worden ist, eine Unfallneurose, die auf das Miterleben des Unfalls mit schweren Folgen zurückzuführen ist, so sind darauf beruhende Gesundheitsschäden grundsätzlich dem Unfallgeschehen haftungsrechtlich zuzurechnen.“¹⁰¹

Dasselbe gilt auch für sog. Konversionsneurosen. Hierauf hat der BGH in der eben zitierten Entscheidung¹⁰² hingewiesen. In einer Entscheidung aus dem Jahre 1993 führt der BGH wörtlich aus:

„Wird durch ein Schadensereignis bei dem Verletzten eine Konversionsneurose ausgelöst, so umfasst die Ersatzpflicht des Schädigers regelmäßig auch die auf den psychischen Beeinträchtigungen beruhenden Schadensfolgen.“¹⁰³

Es versteht sich von selbst, dass der Schädiger nicht für alle psychischen Folgen haftet, die rein zeitlich nach einem Unfall auftreten. Anders ausgedrückt: ein rein zeitlicher Zusammenhang ist nicht ausreichend. Der BGH setzt eine Grenze insoweit, als er ausführt, dass eine Haftung für sog. Renten- oder Begehrensneurosen abgelehnt wird. In der bereits zitierten Entscheidung vom 30.04.1996¹⁰⁴ führt der BGH aus: Aber bei allen Fällen psychisch bedingter Unfallfolgen gilt:

„Hieraus ergibt sich, dass der Schädiger für seelisch bedingte Folgeschäden, auch wenn sie auf einer psychischen Prädisposition oder sonstwie auf einer neurotischen Fehlverarbeitung beruhe, haftungsrechtlich grundsätzlich einzustehen hat“.

Die Rechtsprechung hat eine Haftung für Renten- oder Begehrensneurosen¹⁰⁵ abgelehnt, in denen der Geschädigte den Unfall in dem neurotischen Streben nach Versorgung und Sicherheit lediglich zum Anlass nimmt, den Schwierigkeiten und Belastungen des Erwerbslebens auszuweichen. Auch insoweit ist die Auffassung des BGH schon recht alt.¹⁰⁶

Ein Hinweis: Mit Renten- und Begehrensneurosen ist nicht gemeint, dass der Geschädigte etwa mit Beschwerden bewusst simuliert, um eine möglichst hohe, ihm in Wirklichkeit gar nicht zustehende Entschädigung „herauszuholen“. Es handelt sich auch bei den Renten- und Begehrensneurosen um Vorgänge, die sich zwar unbewusst beim Geschädigten abspielen, für die nach Auffassung des BGH der Schädiger aber nicht mehr einstehen soll. Ich glaube, dass die Auffassung des BGH hier nachvollziehbar ist. Unfallopfer und ihre Anwälte sollten Gutachten jedoch sehr kritisch lesen, wenn dort von einer Rentenneurose oder/und einer Begehrensneurose die Rede ist.

Die Konsequenzen aus derartigen „Argumenten“: Verletzte werden in der Schweiz und in Deutschland auf eine „Rutschbahn der Verzweiflung“ geschickt. Sie haben seit dem Unfall Schmerzen, verlieren ihren Job und nicht selten auch ihren Ehepartner. Die ohnehin schon als Verlierer dastehenden Menschen sollen dann auch noch „unfallfremd“ leiden. Das macht sie noch mehr krank. Die Abwärtsspirale in die Vollrente (um die oft auch noch gekämpft werden muss) oder gar in die Sozialhilfe ist vorprogrammiert.

In der Schweiz haben Versicherungen erkannt (in Deutschland leider noch nicht), dass es nicht darum gehen kann, Verunfallte durch Verneinung der Kausalität noch mehr zu traumatisieren. Ziel soll es nach diesen Erkenntnissen sein, das verlorene Lebensgleichgewicht neu mit den Betroffenen zusammen zu suchen. Ziel muss es sein, den Arbeitsplatz zu erhalten, ihn bei einer allenfalls notwendigen Umschulung rasch und unbürokratisch zu unterstützen. In Deutschland ist man – zumindest bei den Folgen von Schleudertraumata – leider noch nicht so weit.

In diesem Zusammenhang tauchen oft zwei weitere Begriffe in Gutachten auf. Die Begriffe des „primären Krankheitsgewinns“ und des „sekundären Krankheitsgewinns“. Auch dem Juristen, der kein Psychologe ist, sei erlaubt, hierzu wie folgt Stellung zu nehmen:

Dazu aber vorab ein kurzes Beispiel: Ein Unfallopfer war bis zum Unfall mit ganz wenigen Krankschreibungen (infolge von „Allerweltserkrankungen“) in verantwortungsvoller Stellung in

einem Beruf tätig, in dem volle Aufmerksamkeit und Konzentration und enormes Wissen ständig gefordert waren. Er hat diesen Beruf mit Freuden ausgeübt bis zum Unfall. Seit dem Unfall macht er geltend, diesen Beruf nicht mehr ausüben zu können. Nehmen wir weiter an, der Geschädigte habe in seinem Beruf sehr viel Geld verdient, das es ihm gestattet hatte, ein Haus mit erheblichen finanziellen Belastungen zu bauen.

Die finanziellen Belastungen waren locker durch sein Erwerbseinkommen gedeckt. Infolge des Unfalls kann er die Darlehen nicht mehr bezahlen, da er nicht mehr arbeitet. Er verliert das Haus und muss in eine Wohnung ziehen, die seinem bisherigen Lebensstandard bei weitem nicht mehr angemessen ist. Er verlangt jetzt vom Schädiger Ersatz des durch den Unfall entstandenen Schadens (Verdienstaustausch, Verluste bei der Hausfinanzierung etc.). So oder ähnlich kommen Fälle nach Verkehrsunfällen vor und auch in solchen Fällen gibt es Sachverständige, die von primärem Krankheitsgewinn sprechen, der darin bestehen soll, dass das Unfallopfer gewissermaßen „Kapital aus dem Unfall schlagen will“.

Man muss hier gar nicht an den hoch qualifiziert arbeitenden Akademiker mit überdurchschnittlichem Gehalt denken. Man stelle sich bitte einen Bauarbeiter vor, seinem Beruf entsprechend kräftig und muskulös gebaut, bringt die Energie und Tatkraft auf, nach Feierabend und an Wochenenden ein eigenes Haus zu bauen und nach dessen Fertigstellung einem Bruder beim Bau dessen Hauses zu helfen. Seit dem Unfall ist er „körperlich ein Wrack“ und braucht gewissermaßen sogar Hilfe, um Einkäufe zu tätigen, weil er zum Beispiel Mineralwasserkästen nicht mehr selber tragen kann. Auch er, der inzwischen eine kleine Rente bezieht, will Schadensersatz. Wo soll hier der Krankheitsgewinn liegen? Auch hier meine ich, sollte man mit Begriffen wie primärem Krankheitsgewinn, Begehrensneurose oder Renten-neurose sehr vorsichtig umgehen, vorsichtiger jedenfalls, als Sachverständige dies oft tun.

Oft liest man in Gutachten auch, dass mit einer Wiederherstellung der auf den Unfall bezogenen Beschwerden und Beeinträchtigungen nicht zu rechnen ist, solange ein Renten- oder ein Entschädigungsverfahren läuft. Dies ist nun eine ganz merkwürdige Behauptung. Wenn diejenigen, die so etwas schreiben, Recht hätten, müsste das Unfallopfer nach Abschluss des Renten- oder Entschädigungsverfahrens ja wieder gesund werden. Ich darf hier Förster zitieren, der schon von mir erwähnt wurde:

„Daher ist es außerordentlich kurzschlüssig, immer auf den vermuteten „Gewinn“ zu schauen, der häufig – zumindest in der finanziellen Höhe – keineswegs dem entspricht, was die Probanden erwarten. Schlagwortartig lassen sich diese Erfahrungen, die ich aufgrund meiner Untersuchungen voll bestätigen kann, mit der Formulierung erfassen: 'Rente ist keine Therapie.'“ ¹⁰⁷
--

Ähnlich steht es auch mit dem sekundären Krankheitsgewinn, der in Gutachten öfter auftaucht. Hier ist gemeint, dass das Unfallopfer es gewissermaßen genießt, dass ihm, dem nunmehr Kranken, von Familienangehörigen oder Freunden besondere Teilnahme und Fürsorglichkeit zuteil werden, die es ohne den Unfall vielleicht nicht hätte. Bedenklich wird es meiner Meinung nach, wenn in Gutachten dann auch davon die Rede ist, dass durch eine gehörige Willensanspannung dieser „krankhafte“ Zustand überwunden werden kann. Dies wurde einer Klägerin entgegengehalten, die beim Landessozialgericht um eine Unfallrente gegen den Träger der gesetzlichen Unfallversicherung gestritten hat. Die Klägerin war Lehrerin und hat diesen Beruf mit Leidenschaft und Hingabe ausgeübt, musste jedoch über die Jahre hinweg häufig und auch lang anhaltend krankgeschrieben werden. Wo hier bei dem Verlust, den die Klägerin

erlitten hat (den leidenschaftlich gern ausgeübten Beruf, den Verlust an sozialen Kontakten) ein sekundärer Krankheitsgewinn liegen soll, erschließt sich mir beim besten Willen nicht.

In diesem Zusammenhang darf ich darauf hinweisen, dass natürlich Simulation oder Aggravation vorkommen. Und natürlich gibt es auch so etwas wie Versicherungsbetrug. Diesen zu erkennen und aufzudecken gehört sicher auch zu der Aufgabe der Sachverständigen und der Entscheidungsträger, wenn sie denn vorliegen. Das bedeutet aber nicht, dass der Sachverständige hierin seine einzige oder auch nur seine Hauptaufgabe suchen sollte. Zu Recht hat schon Oppenheim im Jahre 1894 davor gewarnt, die Untersuchung ohne weiteres auf die Betrugsentlarvung zuzuspitzen.¹⁰⁸ Es ist meiner Meinung nach weiter nicht zulässig, den Begriff „Begehrensvorstellungen“ gewissermaßen in die Definition von Schleudertrauma und das dazugehörige Krankheitsbild mit einzubauen, wie dies bei Hausotter geschieht, der im übrigen Dauerfolgen nach Schleudertrauma nur psychogen und – inzwischen sicher überholt – neurasthenisch erklärt.¹⁰⁹ Als Neurasthenie wird ein Zustand chronischer Erschöpfung, Schwäche und Müdigkeit bezeichnet. Reizbarkeit, Schlafstörungen, Verdauungsbeschwerden, Muskelschmerzen oder Spannungskopfschmerzen können hinzutreten.¹¹⁰ Bei dieser Diagnose, die keinen Unfall voraussetzt, liegt für viele Autoren und Gutachter offensichtlich eine große Versuchung. So ist es möglich, zwar psychische Störungen zu diagnostizieren, die seit dem Unfall bestehen, gleichzeitig aber zu sagen, diese kämen nicht von dem Unfall.

Begehrensvorstellungen, Simulation oder Aggravation bei Unfallopfern anzunehmen, die einen lukrativen Beruf aufgeben müssen oder z. B. im Jahr eine fünfstellige Summe für alternative Behandlungsmethoden aus eigener Tasche bezahlen, dürfte schwerlich sachgerecht sein.¹¹¹

Noch einmal: Es mag sein, dass der nicht psychologisch ausgebildete Jurist mit Kritikpunkten hier zurückhaltend sein sollte. Es scheint mir aber notwendig, diese Ausführungen zu machen, um darauf hinzuweisen, dass Gutachten hier sehr kritisch gelesen werden und die Sachverständigen, die derartige Gutachten abliefern, genau befragt werden.

Der BGH zieht eine weitere Grenze bei der Haftung für psychische Unfallfolgen und führt in der bereits mehrfach zitierten Entscheidung vom 30.04.1996 aus:

„Ebenso wie im Bereich körperlicher Schäden sich Grenzen der Zurechenbarkeit in Extremfällen ergeben können, kann eine Haftungsbegrenzung in Fällen extremer Schadensdisposition auch bei psychisch bedingten Schäden eintreten. Das ist freilich nur dann der Fall, wenn das schädigende Ereignis ganz geringfügig ist (Bagatelle) und nicht gerade speziell die Schadensanlage des Verletzten trifft und deshalb die psychische Reaktion im konkreten Fall, weil in einem hohen Missverhältnis zum Anlass stehend, (schlechterdings) nicht mehr verständlich ist. Diese Grundsätze gelten uneingeschränkt auch für die Konversionsneurose.“¹¹²

Nun tun sich Juristen und insbesondere Gerichte leicht damit, Begriffe wie den der „Bagatelle“ in den Raum zu stellen. Der Leser solcher Ausführungen ist dann zunächst mit diesem Begriff allein gelassen. Es ist dann erforderlich, zu erforschen, was denn hiermit gemeint war. Daher die Frage: Was ist mit dem Begriff „Bagatelle“, so wie der BGH ihn gebraucht, gemeint?

Rein begrifflich bestehen zwei Möglichkeiten. Es kann einmal die Verletzung selbst so leicht sein, dass sie als Bagatelle (als Bagatellverletzung) bezeichnet werden kann. Es kann aber das Unfallgeschehen selbst so undramatisch, gewissermaßen gar nicht wahrnehmbar, ablaufen, dass der Unfall als Bagatelle (als Bagatellunfall) angesehen wird.

In einer von zwei Entscheidungen vom 11.11.1997¹¹³ hat der BGH wie folgt formuliert:

„Für die Frage, ob ein schädigendes Ereignis so geringfügig ist, dass nach den Grundsätzen des Senatsurteils¹¹⁴ die Zurechnung psychischer Folgeschäden ausgeschlossen sein kann, kommt es auf die bei dem Schaden erlittene Primärverletzung des Geschädigten an.“

Hier eine kurze juristische Erläuterung: Wenn es um die Ausnahme von einer Regel geht, sind an das Vorliegen der Ausnahme ganz besonders strenge Anforderungen zu stellen. Das heißt hier: Die Regel ist, dass für psychische Folgen von Verkehrsunfällen Schadensersatz zu leisten ist. Nur im Ausnahmefall (bei Vorliegen einer Bagatelle) ist kein Schadensersatz zu leisten. An das Vorliegen einer Bagatelle sind also strenge Anforderungen zu stellen. Im vom BGH entschiedenen Fall war vom Vorliegen einer Schädelprellung mit HWS-Schleudertrauma auszugehen, deren Folgen organisch folgenlos ausgeheilt sein mögen (s. o. Fall 2 d). Eine Bagatelle sieht der BGH aber nur bei derart geringfügigen Verletzungen des Körpers oder der Gesundheit ohne wesentliche Beeinträchtigung der Lebensführung und ohne Dauerfolgen. Eine Entschädigung kann nur versagt werden, wenn es sich nur um vorübergehende, im Alltagsleben typische und häufig auch aus anderen Gründen als aus einem besonderen Schadensfall entstehende Beeinträchtigungen des Körpers oder des seelischen Wohlbefindens handelt. Damit sind also Beeinträchtigungen gemeint, die sowohl von der Intensität als auch der Art der Primärverletzung her nur ganz geringfügig sind und üblicherweise den Verletzten nicht nachhaltig beeindrucken, weil er schon aufgrund des Zusammenlebens mit anderen Menschen daran gewöhnt ist, vergleichbaren Störungen seiner Befindlichkeit ausgesetzt zu sein.¹¹⁵

Wenn psychische Unfallfolgen mit körperlichen Problemen, also mit einer Körperverletzung zusammenhängen, kann unter Bagatellunfall also ein Unfall verstanden werden mit einer geringen Verletzung.

Was ist aber, wenn das Unfallopfer entschädigt werden will für psychische Folgen, die es aus dem Unfall selbst herleitet? Es geht also um die Fälle, bei denen eine Verletzung des Körpers überhaupt nicht stattgefunden hat oder aber eine solche streitig, möglicherweise nicht zu beweisen ist. Hier kann sich die „Bagatelle“ nur auf das Unfallereignis selbst beziehen, also auf einen „Bagatellunfall“. In einem solchen Fall hat das OLG Hamm ausgeführt:

„Einem Unfall sind psychisch vermittelte gesundheitliche Primärschäden dann nicht mehr zurechenbar, wenn bereits der Unfall selbst als Bagatelle einzustufen ist, weil er nach seinem Ablauf und seinen Auswirkungen keinen verständlichen Anlass für psychische Reaktionen bietet, die über das Maß dessen hinausgehen, was im Alltagsleben als typische und häufig auch aus anderen Gründen als eine besonderen Schadensfall entstehende Beeinträchtigungen des Körpers oder des seelischen Wohlbefindens hinzunehmen ist.“¹¹⁶

Das OLG Hamm hat einen solchen Bagatellunfall bei einer maximalen Geschwindigkeitsänderung von 4 km/h in Längsrichtung und von 2,5 km/h in Querrichtung angenommen, eine wie ich meine, eher willkürliche Grenzziehung.

Eine andere, nicht ganz leicht nachvollziehbare Entscheidung hat das OLG Hamm¹¹⁷ am 25.02.2003 verkündet. Das OLG hat hierin eine psychische Fehlverarbeitung über einen Zeitraum von ca. 9 Jahren als Unfallfolge anerkannt, weil sie noch nicht außer Verhältnis zum Unfallereignis als Anlass stehe. Weil aber bei der Verletzten nach einer Zeit der Beschwerdefreiheit erneut Beschwerden auftraten, hält das OLG Hamm diese Beschwerden schlechterdings nicht mehr für verständlich, wie ich finde, eine etwas gewagte Konstruktion.

Eine weitere Haftungsbegrenzung nimmt der BGH für den Fall der sog. Reserveursache (hypothetische Kausalität, überholende Kausalität) vor. Wenn beim Geschädigten eine Vorerkrankung, Prädisposition o. ä. vorliegt, die auch ohne den Unfall zu demselben Schaden geführt hätte, gilt: Der Schädiger ist nur verantwortlich, solange die Beschwerden (wenigstens auch) auf den Unfall zurückzuführen sind (s. oben zu „degenerativ“). Von dem Zeitpunkt an, von dem ab die Beschwerden nur noch auf die Vorerkrankungen etc. zurückzuführen sind, haftet der Schädiger nicht mehr. Der durch den Unfall entstandene Schaden ist also nur bis zu dem Zeitpunkt zu ersetzen, in dem die hypothetische Ursache (allein) wirksam wird.¹¹⁸ Die Reserveursache und den Zeitpunkt deren Beginns muss der Schädiger beweisen.¹¹⁹

Oft wird in Gutachten (und der Literatur) darauf hingewiesen, das Unfallopfer leide unter psychischen Störungen nur deshalb, weil das Unfallopfer nicht auf den Unfall neurotisch reagiere, sondern auf die fortbestehende Auseinandersetzung um die Anerkennung der von dem Geschädigten empfundenen Unfallfolgen. Dieses Argument mutet nach meiner Auffassung schon an sich etwas merkwürdig an. Wäre dieses Argument stichhaltig, müsste es doch in aller Regel so sein, dass nach einem beendeten (erst recht nach einem erfolgreich beendeten) Rechtsstreit die Beschwerden nachließen und mit der Zeit ganz verschwinden würden. Mir ist ein solcher Fall wundersamer Heilung allerdings noch nicht bekannt geworden. Aber selbst wenn es so wäre, dass ein laufender Rechtsstreit Einfluss auf die Gesundheit hätte, so würde es sich gleichwohl um Unfallfolgen handeln. Denn ohne den Unfall wäre das Unfallopfer nicht in der Situation, einen Rechtsstreit führen zu müssen.¹²⁰

Die Rechtsprechung zur Frage der psychischen Unfallfolgen lässt sich also wie folgt zusammenfassen:

1. Neuropsychologische, hirnorganisch bedingte Unfallfolgen sind zu entschädigen.
2. Entwickelt sich nach einem Auffahrunfall mit erheblicher biomechanischer Einwirkung und organischen Verletzungen (Weichteilzerrung der HWS, Prellungen, Schockzustand mit Kreislauf- und Herzbeschwerden) unfallbedingt, durch eine Störung der Erlebnisverarbeitung, eine psychische Erkrankung, beispielsweise eine chronifizierte depressive Symptomatik im Sinne einer posttraumatischen Anpassungsstörung, ist der Schädiger für den eintretenden Schaden haftpflichtig. Dies gilt auch, wenn der Anstoß der beteiligten Fahrzeuge gering war.
3. Das gilt auch, wenn die Verletzungen geringfügig sind und bald ausheilen oder wenn körperliche Schäden gar nicht bewiesen werden können.
4. Die Ersatzpflicht besteht auch dann, wenn das Unfallopfer eine latente Disposition zu derartigen psychischen Erkrankungen hatte, wenn das Unfallopfer also nicht „zu den Starken dieser Welt“ gehört.

5. Die Grenze sind „Bagatellen“, wobei sich dieser Begriff auf das Unfallereignis und auch auf die primäre Verletzung beziehen kann.

6. Nicht zu entschädigen sind Unfallfolgen, die allein auf die Prädisposition des Unfallopfers zurückzuführen sind, die also auch ohne den Unfall eintreten würden .

b) Sozialrecht

Hier gilt im Prinzip nichts Anderes als im Schadensersatzrecht. Auch im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung sind nicht nur körperliche Unfallfolgen entschädigt.

Gesundheitsschaden im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung, also des SGB VII ist jeder regelwidrige körperliche, geistige und seelische Zustand.¹²¹

c) Private Unfallversicherung

Für den Bereich der privaten Unfallversicherung ergibt sich eine komplett andere Bewertung. Ein Unterschied ergibt sich bereits danach, ob die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen von 1961 (AUB 61) oder die AUB 88 zugrunde gelegt werden.

(1) AUB 61

Nach § 10 Abs. 5 AUB 61 wird für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, eine Entschädigung nur gewährt, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

Danach sind die hirnganisch bedingten kognitiven (neuropsychologisch zu diagnostizierenden) Störungen zu entschädigen. dies gilt auch für alle anderen psychischen Störungen, sofern sie die genannte Voraussetzung erfüllen. Nicht zu entschädigen sind psychische Störungen ohne körperliches Korrelat (anders als etwa im Schadensersatzrecht), etwa die durch das Erleben des Unfalls verursachten psychischen Erkrankungen.

(2) AUB 88

§ 2 IV bringt eine totale Änderung. Danach fallen nunmehr sämtliche krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind, nicht mehr unter den Versicherungsschutz.

V. Die so genannte „Harmlosigkeitsgrenze“ aus rechtlicher Sicht

1) Harmlosigkeitsgrenze: Begriffserläuterung

In Gutachten (und in Gerichtsurteilen) wird sehr häufig versucht, einen Zusammenhang herzustellen zwischen der Schwere des Aufpralls und dem Ausmaß einer HWS-Verletzung, die vom Geschädigten auf einen Unfall zurückgeführt wird. Als häufigste maßgebliche physikalische Größe wird die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des gestoßenen Fahrzeugs (Delta-v oder Δv) angesehen. Darunter versteht man die Änderung der Geschwindigkeit, die ein gestoßenes Fahrzeug aufgrund einer Kollision erfährt.

Bereits oben in anderem Zusammenhang wurde Schmidt¹²² erwähnt, der in Deutschland – soweit für mich als Erster – eine Schweregradeinteilung vorgenommen und hierbei einen Zusammenhang zwischen Unfallschwere und Schwere der Verletzungen hergestellt hat. Je höher die Kollisionsgeschwindigkeit (EES = energieäquivalente Geschwindigkeit) bzw. die Kopfbeschleunigung der Insassen (gemessen in $g = 9,81 \text{ m/sec}^2$), desto höher ist nach Schmidt der Schweregrad der erlittenen Verletzung.

In Deutschland stammen die am häufigsten zitierten Arbeiten aus dem Ingenieurbüro Schimmelpfennig und Becke (Münster) sowie von dem Orthopäden Castro.¹²³ Die Autoren kommen aufgrund eigener (PKW- und Autoscooter-)Crashversuche zu dem Ergebnis, dass die sich bei Geschwindigkeitsänderungen von bis zu 10 km/h (Delta-v = 10 km/h) ergebende biomechanische Insassenbelastung problemlos ohne Verletzungsfolgen von der HWS toleriert wird.¹²⁴ In einer Studie von 1993 wurde die Belastungsgrenze mit Delta-v 10 bis 15 km/h angenommen.¹²⁵

Eine weitere Studie kommt zu dem Ergebnis, dass beim Heckanstoß zumindest unterhalb der Harmlosigkeitsgrenze von 10 km/h kein signifikanter Anstieg des HWS-Verletzungsrisikos zu erwarten ist.¹²⁶

In den USA sind Studien mit ähnlichen Ergebnissen veröffentlicht worden.¹²⁷

Walz,¹²⁸ Rechtsmediziner in Zürich, nimmt ebenfalls eine Belastungsgrenze von Delta-v = 10 bis 15 km/h an.

Auch Meyer et al.¹²⁹ schränken ein und führen aus, ein „HWS-Schleudertrauma“ sei in der Regel bis zu einer Geschwindigkeitsänderung von 10 km/h auszuschließen, vorausgesetzt, der Betroffene habe normal in seinem Sitz gesessen.

2) Wie wird in Deutschland das Problem der „Harmlosigkeitsgrenze“ in Gerichtsurteilen behandelt?

Dieses Problem wird in der deutschen Rechtsprechung nicht einheitlich gehandhabt. Es darf an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die folgenden Ausführungen in der Rechtsprechung der Schweiz, insbesondere auch des schweizerischen Bundesgerichts keine Rolle mehr spielen. Danach wird die natürliche Kausalität, wie es in der Schweiz heißt, praxisgemäß nicht gestützt auf unfalltechnische oder biomechanische Gutachten, sondern hat aufgrund einer sämtliche Aspekte umfassenden Gesamtwürdigung zu erfolgen.

a) Urteile „pro Harmlosigkeitsgrenze“

Hier zunächst einige Urteile, die von einer Harmlosigkeitsgrenze ausgehen und der Meinung sind, dass innerhalb gewisser physikalischer Größen HWS-Verletzungen auszuschließen sind.

Das OLG Köln¹³⁰ sieht diese Grenze bei $\Delta v = 5$ km/h, das OLG Hamm¹³¹ bei 6 km/h, das OLG Frankfurt/M¹³² bei 7–9 km/h, das OLG Hamburg¹³³ bei 9 km/h, das Kammergericht¹³⁴ bei 10 km/h. Zwei weitere OLG-Entscheidungen legen Mindest-Kollisionsgeschwindigkeiten zugrunde; das OLG Karlsruhe¹³⁵ 10 km/h, das OLG Hamm 7 km/h¹³⁶. Das LG Heilbronn¹³⁷ hat in einem Fall bei einer von einem Sachverständigen ermittelten Differenzgeschwindigkeit von weniger als 8 km/h oder einer anstoßbedingten Geschwindigkeitsänderung von weniger als 5 km/h angenommen, hierdurch könne ein Schleudertrauma der HWS nicht verursacht worden sein.

Das LG Stuttgart¹³⁸ hat eine HWS-Distorsion bei einer Differenzgeschwindigkeit von unter 8 km/h und einer kollisionsbedingten Beschleunigung von 2,5–3 g ausgeschlossen. Andere Landgerichte gehen von einer Belastungsgrenze bei Δv von 5–10 km/h aus.¹³⁹ Das LG Bochum¹⁴⁰ hat eine kollisionsbedingte Beschleunigung von 5 g angenommen. Nach dem LG Bielefeld¹⁴¹ ist aus bewegungsanalytischer und aus fachorthopädischer Sicht die Unfallfolge eines Schleudertraumas ausgeschlossen, wenn ein mit 10 km/h bewegtes Fahrzeug auf einen stehenden PKW auffährt.

Ähnlich haben mehrere Amtsgerichte geurteilt.¹⁴² Diese Aufzählung ist bei weitem nicht abschließend.

b) Urteile „contra Harmlosigkeitsgrenze“

Durch mehrere neuere land- und oberlandesgerichtliche Urteile ist aus rechtlicher Sicht ein Zusammenhang zwischen Beschädigungen am Fahrzeug und aus dem Unfall resultierenden Verletzungen im Bereich der HWS verneint worden.

Das LG Heidelberg hatte bereits im Jahr 1996, einem Zeitpunkt, als nahezu die gesamte Rechtsprechung in Deutschland von einer generell geltenden Harmlosigkeitsgrenze ausgegangen ist, ausgeführt, ein Auffahrunfall sei aufgrund allgemeiner Lebenserfahrung generell geeignet, ein HWS-Syndrom hervorzurufen. In diesem Fall sei von einer Ursächlichkeit zwischen Aufprall und HWS-Syndrom auszugehen, die der Schädiger durch einen geeigneten Gegenbeweis erschüttern könne.¹⁴³

Das OLG Schleswig führt aus, der Schädiger hafte auch für lang anhaltende Schmerzen und Beschwerden, die nach einem Verkehrsunfall als Folge einer HWS-Verletzung aus orthopädischer Sicht nach einem Jahr abgeklungen sein müssten, wenn der Geschädigte vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei, der Unfall die Beschwerden ausgelöst und es sich nicht um einen so genannten Bagatellfall gehandelt habe.¹⁴⁴

In einer Entscheidung des Landgerichts Lübeck heißt es, habe der Arzt einen Patienten nach einem Auffahrunfall behandelt und hierbei eine eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule, Muskelverspannungen und Druckschmerz des Patienten festgestellt, und habe sich der Geschädigte zwölf krankengymnastischen Anwendungen unterzogen, einen Schanz'schen Watterkragen getragen und vier Arztbesuche auf sich genommen, wonach die Beschwerden abgeklungen gewesen seien, könne von einem Nachweis des von dem Geschädigten behaupteten HWS-Syndroms mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgegangen werden.¹⁴⁵

In einer Entscheidung vom 7.9.2001 hat das Oberlandesgericht Frankfurt am Main ausgeführt, möge bei der vorliegend angenommenen kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung auch nach allgemeiner Lebenserfahrung und nach überwiegender Meinung in der Rechtsprechung regelmäßig eine unfallbedingte HWS-Schädigung ausscheiden, so hindere dies nicht eine

gegenteilige Beurteilung im Einzelfall. Nach den Erkenntnissen des angesehenen und auch vom Beklagten angesprochenen Sachverständigen Dr. Löhle könne es bei ungünstigen Gegebenheiten auch unterhalb der Harmlosigkeitsgrenze zu unfallbedingten HWS-Verletzungen kommen. Biomechanisch sei dies möglich. Der immer wieder angeführte Vergleich mit den „Autoscooter“-Fällen sei auch alles andere als zwingend. Zum einen seien bei dem komplexen Körperorgan der Wirbelsäule schematische Betrachtungen nach strengen physikalischen Regeln ohnehin problematisch. Zum anderen rechne der Scooter-Fahrer mit Stößen, während die Kräfteinwirkungen bei einem Auffahrunfall regelmäßig überraschend erfolgten.^{146, 147}

Zu demselben Ergebnis kommt auch das LG Augsburg.¹⁴⁸

Das LG München hat ausgeführt, die Kammer habe in mehreren Fällen bei Geschwindigkeitsänderungen, die in einem sehr niedrigen Bereich (ca. 4 km/h) gelegen hätten, derart glaubhafte Beschwerden von Unfallbeteiligten im Hals-Nackengebiet erfahren, dass sie der Auffassung seien, dass eine starre Grenze für die Kausalität eines so genannten HWS-Traumas infolge eines Verkehrsunfalles nicht festgesetzt werden könne.¹⁴⁹

Das Landgericht Bayreuth vertrat ausdrücklich die Auffassung, dass im Hinblick auf den ergebnisoffenen Gutachterstreit, bei welcher Art von Unfällen Halswirbelsäulenverletzungen auszuschließen sind, ärztlichen Feststellungen (gegenüber technischen Gutachten) der größere Beweiswert für derartige Verletzungen zukommt.¹⁵⁰

Das Oberlandesgericht Bamberg hat ähnlich argumentiert und ausgeführt, die Kausalität eines Unfallereignisses für ein ärztlich diagnostiziertes HWS-Schleudertrauma stehe fest, wenn im ärztlichen Attest des Durchgangsarztes vom Unfalltag unter Diagnose „HWS-Distorsion“ eingetragen sowie ein verschreibungspflichtiges Medikament als auch das Tragen einer Schanz'schen Halskrause verordnet werde und bei einer Nachuntersuchung tastbare Verspannungen im Bereich der Brustwirbelsäule festgestellt würden. In einem solchen Fall werde die durch das ärztliche Attest festgestellte Verletzung auch nicht durch ein Kfz-technisches Gutachten, das zudem unter den Vorbehalt bestimmter medizinischer Bedingungen gestellt sei, erschüttert, selbst wenn das Kfz-technische Gutachten wegen einer errechneten Kollisionsgeschwindigkeit von 7 km/h bis 7,8 km/h eine Kausalität der Kollision für die Verletzung ausschließe.¹⁵¹

Dem haben sich mit derselben Begründung u. a. das Landgericht Augsburg¹⁵² und das Landgericht Landau¹⁵³ angeschlossen. Auch das LG Bonn schließt sich der Rechtsprechung des OLG Bamberg an, bejaht eine Distorsion der Halswirbelsäule und führt aus, maßgebend für diese Überzeugung sei die Aussage des erstbehandelnden Arztes.¹⁵⁴

In einer Entscheidung vom 15.08.2002 hatte sich das Landgericht Kempten u. a. mit der Frage zu befassen, in welchem Umfang Verletzungsfolgen 8 Jahre nach dem Unfall noch vorhanden sind und ausgeführt:

„Die vorgenannten Sachverständigen kommen zusammengefasst zu dem Ergebnis, dass, wenn überhaupt, der streitgegenständliche Unfall lediglich geeignet gewesen sei, ein Schleudertrauma des Schweregrades I zu verursachen. Ein solches sei schnell wieder ausgeheilt und könne daher nicht in Verbindung mit den jetzt noch geklagten Beschwerden stehen. Hierbei berufen sich die Sachverständigen auf Versuche sowie auf veröffentlichte Lehrmeinungen und vertreten die Auffassung, dass aufgrund der unstrittig und auch von allen Gutachtern so anerkannten starken Beschwerden des Klägers eine massive Verletzung der HWS der Stufe III mit Frakturen bzw. Zerreißen vorgelegen haben müsse. Bildgebend seien solche Frakturen oder Zerreißen aber nicht feststellbar.“

„Der daraus resultierende Lehrsatz: ‚Was nicht sein kann, darf auch nicht sein‘, ist auf das Gebiet der Rechtswissenschaft nicht übertragbar.“¹⁵⁵ Das LG Kempten folgt dann den Ausführungen des Sachverständigen Dr. Oppel, auf dessen Gutachten auch die oben zitierte Entscheidung des OLG Frankfurt beruht¹⁵⁶ und unterscheidet zwischen regelmäßigen und Ausnahmeverläufen.

Eine Reihe weiterer Urteile geht mit der von Sachverständigen vorgegebenen „Harmlosigkeitsgrenze“ äußerst kritisch um.¹⁵⁷ Insgesamt ist also eine Tendenz in der Rechtsprechung zu beobachten, die die Harmlosigkeitsgrenze kritisch betrachtet, zumindest aber für den Einzelfall Abweichungen zulässt.

Mit den zitierten Entscheidungen des Oberlandesgerichts Bamberg, den Landgerichten Augsburg, Landau, Bonn u. a., ist ebenfalls eine Tendenz festzustellen, die den Befunden der zuerst behandelnden Ärzte größeres Gewicht beimisst als späteren biomechanischen Betrachtungen.

Diese Frage wird in der Rechtsprechung und in der juristischen Literatur jedoch kontrovers behandelt. Gegen ein entscheidendes Gewicht der Erstuntersuchung haben sich das OLG Karlsruhe¹⁵⁸ und das OLG Hamm¹⁵⁹ ausgesprochen. So hat das OLG Hamm ausgeführt, hinsichtlich der Frage des Vorliegens einer unfallursächlichen HWS-Verletzung sei ärztlichen Bescheinigungen vom Unfalltag über HWS-Verletzungen nicht uneingeschränkt das entscheidende Gewicht beizumessen. „Die Bewertung einer solchen Bescheinigung im Rahmen der Beweiswürdigung hängt vielmehr von den Umständen des Einzelfalls ab.“¹⁶⁰

3) Das Urteil des BGH vom 28.01.2003–VI ZR 139/02¹⁶¹

a) Das Urteil

Mit dieser Entscheidung musste sich der BGH zum ersten Mal in einem Urteil mit der sog. „Harmlosigkeitsgrenze“ befassen.¹⁶² Bisherige Revisionen, die den BGH mit diesem Problem befasst hätten, sind jeweils zur Entscheidung nicht angenommen worden.

Der BGH hat in seinem Leitsatz ausgeführt:

„Allein der Umstand, dass sich ein Unfall mit einer geringen kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung („Harmlosigkeitsgrenze“) ereignet hat, schließt die tatrichterliche Überzeugungsbildung nach § 286 ZPO von seiner Ursächlichkeit für eine HWS-Verletzung nicht aus.“¹⁶³

Der BGH hat in den Entscheidungsgründen zunächst ausgeführt, dass die Auffassung, wonach bei Heckunfällen mit einer bestimmten im Niedriggeschwindigkeitsbereich liegenden kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung, die im Bereich zwischen 4 und 10 km/h anzusiedeln sei („Harmlosigkeitsgrenze“), die Verletzung der HWS generell auszuschließen sei, würden in Rechtsprechung und Schrifttum zunehmend auf Kritik stoßen und insbesondere aus orthopädischer Sicht in Zweifel gezogen werden. Hier hatten das Landgericht und das OLG auf Einholung eines Kfz-technischen Gutachtens verzichtet und die Unfallursächlichkeit von HWS-Beschwerden bejaht und das Ergebnis auf folgende Argumente gestützt:

Ein vom LG beauftragter Sachverständiger hatte sein Gutachten auf die Befunde des – am Unfalltag – erstbehandelnden Arztes gestützt. Dieser hatte Röntgen- und Funktionsaufnahmen der Halswirbelsäule vorgenommen und eine äußerlich unauffällige, frei bewegliche, endgradig schmerzhafte Halswirbelsäule sowie einen leichten Stauchungsschmerz diagnostiziert und darüber hinaus angegeben, der 6. und 7. Halswirbelkörper seien deutlich druckschmerzhaft. Auf diesen Feststellungen basierte das vom Landgericht eingeholte Gutachten. Hierauf hatten sich Landgericht und Oberlandesgericht gestützt.

Bedeutung hatte nach Auffassung der Tatsacheninstanzen der enge zeitliche Zusammenhang zwischen dem Unfall und den Beschwerden, dass Vorerkrankungen, also etwaige andere Ursachen, bei allen Untersuchungen nicht festgestellt worden seien, und dass wegen des Ausschlusses anderer Ursachen der Unfall als einzige realistische Ursache für die Beschwerden des Klägers in Betracht komme.

In der Berücksichtigung all dieser Punkte und der hieraus folgenden Bejahung des Ursachenzusammenhangs liegt nach Auffassung des BGH kein Verstoß gegen § 286 ZPO vor. § 286 ZPO regelt den Beweismaßstab, mit dem der Geschädigte das Vorliegen einer Verletzung nachweisen muss.

b) Das Urteil in der Kritik, bisher dazu veröffentlichte Stellungnahmen

Was bedeutet das Urteil des BGH für die künftige Auseinandersetzung mit den Folgen einer HWS-Distorsion? Müssen bei gerichtlichen Auseinandersetzungen, bei denen es um die Frage der Kausalität zwischen Unfall und der Dauer sowie Umfang der Verletzungen der Halswirbelsäule geht, unfallanalytische und/oder biomechanische Gutachten eingeholt werden?

Das Urteil des BGH vom 28.01.2003 ist, wie schon das Urteil des OLG Bamberg vom 05.12.2000, in der Literatur sehr unterschiedlich aufgenommen und interpretiert worden. Nicht einmal die Frage, ob es nach Auffassung des BGH eine Harmlosigkeitsgrenze gibt oder nicht, wird einheitlich beantwortet.

(1) Staab: Harmlosigkeitsgrenze gilt weiter

Staab,¹⁶⁴ Leiter der Abteilung Kraftschaden der Allianz Versicherungs-AG, Frankfurt/Main, meint, es könne keine Rede davon sein, dass der BGH der „Theorie von der Harmlosigkeitsgrenze eine Absage erteilt habe“ und bezieht sich hierbei auf einen Aufsatz von Jaeger¹⁶⁵, auf den ich noch eingehen werde. Staab weiter: „Die Geschwindigkeitsänderung bleibt ein zentrales Indiz für oder gegen eine solche Verletzung.“¹⁶⁶

(2) Jaeger: Existenz einer Harmlosigkeitsgrenze naturwissenschaftlich nicht bewiesen

Jaeger, Vorsitzender eines Verkehrssenats beim Oberlandesgericht Köln, sieht das anders und schreibt: „Diese Abteilungen bzw. Spruchkörper¹⁶⁷ nehmen einfach nicht zur Kenntnis, dass die wissenschaftliche Diskussion über die zur Auslösung für ein HWS-Trauma erforderliche Aufprallgeschwindigkeit derzeit noch nicht abgeschlossen ist, und dass es naturwissenschaftlich nicht feststeht, dass ein Aufprall mit einem Geschwindigkeitsunterschied von unter 15 km/h nie ein HWS-Trauma hervorrufen kann. Sie nehmen nicht zur Kenntnis, dass Versuchsreihen ergeben haben, dass auch bei einem simulierten Heckaufprall bei den Versuchspersonen zwar keine Verletzungen, wohl aber typische Symptome auftraten.“¹⁶⁸

Jaeger bezieht sich hier auf eine Arbeit von Becke, Castro u. a.¹⁶⁹ Jaeger weiter: „Vorziehen ist die Auffassung der Gerichte, die die Diskussion über die zur Auslösung eines HWS-Traumas erforderliche Aufprallgeschwindigkeit als derzeit noch nicht abgeschlossen bezeichnen, da es naturwissenschaftlich nicht feststehe, dass ein Aufprall mit einem Geschwindigkeitsunterschied von unter 10 oder 15 km/h nie ein HWS-Trauma hervorrufen könne.“¹⁷⁰

Nach Jaeger kann also eine Harmlosigkeitsgrenze nicht zugrunde gelegt werden, weil naturwissenschaftlich nicht geklärt ist, ob es eine solche gibt. Die Konsequenz für Jaeger: „Fazit: die Entscheidung des BGH ist ein Anstoß zur Fortbildung der Rechtsprechung in die richtige Richtung. Die „Verweigerer“ unter den Richtern werden umdenken und künftig den Sachverhalt gründlich aufklären müssen. Die Versicherungswirtschaft wird eine gewisse Mehrbelastung aufgrund der Vereinheitlichung der Rechtsprechung zugunsten der Verkehrsunfallopfer verkraften.“¹⁷¹

(3) Wedig: Harmlosigkeitsgrenze durch internationale Studien widerlegt

Zum selben Ergebnis – wenn auch mit weitreichenderer Begründung – kommt der Verfasser dieses Beitrags,¹⁷² der darauf abstellt, dass durch vielfältige internationale Studien und amtliche Statistiken (z. B. aus den USA) bewiesen ist, dass auch im unteren Geschwindigkeitsbereich (im „low-speed-Bereich“) HWS-Verletzungen, und zwar schwere Verletzungen, sehr wohl möglich sind. Danach wäre die Theorie von der Harmlosigkeitsgrenze widerlegt.

c) Müssen nach dem BGH-Urteil noch Gutachten zur kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung eingeholt werden? Eigene Stellungnahme:

Der BGH hatte hier naturgemäß zunächst die Frage zu klären, ob im zu entscheidenden Fall das OLG zu Recht auf die Einholung eines Gutachtens über die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung verzichtet hat. Diese Frage hat der BGH eindeutig bejaht. Ich bin jedoch der Auffassung, dass in der BGH-Entscheidung allgemeingültige, über den entschiedenen Fall hinaus gehende Grundsätze zur Behandlung von Fällen nach Unfällen im niedrigen Geschwindigkeitsänderungsbereich enthalten sind.

So verwahrt sich der BGH zunächst „gegen die schematische Annahme einer solchen Harmlosigkeitsgrenze“. Die Beantwortung der Kausalitätsfrage sei nicht allein von der kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung, sondern daneben von einer Reihe anderer Faktoren abhängig. Weiter führt der BGH dann aus, es sei nicht ersichtlich, in welcher Weise ein Gutachten über die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung zu einer weiteren Aufklärung des Geschehensablaufs habe beitragen können, nachdem das Berufungsgericht aufgrund eingehender medizinischer Begutachtung und ausführlicher Anhörung in tatrichterlicher Würdigung die Überzeugung gewonnen habe, dass durch den Unfall eine Körperverletzung des Klägers verursacht worden sei. In diesen Ausführungen des BGH ist zunächst eine Abkehr von einer rein technisch-(bio-)mechanischen und die Hinwendung zu einer medizinischen Beurteilung medizinischer Fragen enthalten; nämlich der Frage, ob eine Person durch einen Unfall gesundheitliche Folgen davongetragen hat. Ein Gutachten, das zu einer prozessual zu klärenden Frage nichts beitragen kann (nicht erheblich ist), braucht (und darf) nicht eingeholt werden.

Dass auch und gerade nach der BGH-Entscheidung zur Beantwortung der Kausalitätsfrage kein unfallanalytisches und kein biomechanisches Gutachten eingeholt werden muss, folgt aus mehreren Gründen, die sich wie folgt darstellen und in folgende Aussagen fassen lassen:

Wenn man es für erforderlich hält, die Frage des Zusammenhangs zwischen einem Unfall und einer HWS-Verletzung durch ein biomechanisches Gutachten klären zu müssen, so setzt dies voraus, dass man der Meinung ist, dass die Schwere einer Verletzung im Bereich der HWS von der kollisionsbedingten Geschwindigkeit des gestoßenen Fahrzeugs abhängt. Castro und Schimmelpfennig, wie gezeigt, sind hiervon überzeugt. Die deutsche Literatur zur HWS-Begutachtung folgt ihnen weitgehend. Die allermeisten Gutachter auch.

Sie übersehen dabei gern, dass es nicht nur Castro und Schimmelpfennig auf der Welt gibt, die sich mit diesem Thema befassen. Übersehen (mehr will ich hier nicht unterstellen) wird dabei, dass es international unzählige Studien gibt, die diesen Zusammenhang widerlegen.

In einem Aufsatz für das Deutsche Autorecht (DAR) habe ich einen großen Teil der hierzu international veröffentlichten Literatur zitiert.¹⁷³ Das Ergebnis meiner Literaturrecherche lautet:

Es gibt keine „Harmlosigkeitsgrenze“. Mit anderen Worten: Es gibt keinen Wert für Δv (kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung), unter dem eine HWS-Verletzung absolut auszuschließen ist.

Die Literatur brauche ich hier nicht mehr im Einzelnen aufzulisten. Die Autoren dieses Buches haben sie so umfangreich referiert, dass ich hierauf verweisen kann.

Ganz besonders möchte ich auf die im Auftrag einiger PKW-Hersteller gefertigten Studien verweisen, die sicher nicht im Verdacht stehen, hier einseitig zugunsten der Unfallopfer gegen die Versicherungswirtschaft zu arbeiten, nämlich:

- die „**VW-Studie**“¹⁷⁴
- „**Volvo-Studie**“¹⁷⁵
- die Forschungsarbeit von **Saab**¹⁷⁶

Um zu zeigen, dass auch deutsche Forscher eigene Forschung betreiben mit durchaus eigenen Ergebnissen, ohne hier einfach die Meinung von Castro und Schimmelpfennig zu übernehmen, darf auf zwei Arbeiten von Otte/Pohlemann/Blauth (Hannover) hingewiesen werden.¹⁷⁷

Besondere Aufmerksamkeit gebührt hier den ebenfalls oben vielfach zitierten Veröffentlichungen der jährlich stattfindenden Veranstaltungen der IRCOBI (International Research Council on the Biomechanics of Impact). Es ist für mich unverständlich, dass diese Veröffentlichungen nicht mehr in der Literatur berücksichtigt werden.

Hier darf ergänzend auf die Arbeit von Senn, Rechtsanwalt in Zürich und Mitautor dieses Buches,¹⁷⁸ hingewiesen werden, der ebenfalls eine Fülle internationaler Fachliteratur ausgewertet und gezeigt hat, dass eine Harmlosigkeitsgrenze einer gerichtlichen Entscheidung nicht zugrunde gelegt werden kann. Senn hat sich ausführlich mit der Frage auseinandergesetzt, inwieweit die Arbeiten von Schimmelpfennig u. a. noch als wissenschaftlich anzusehen sind (und diese Frage verneint).

Was folgt nun aus dem Urteil des BGH im Hinblick auf die „Harmlosigkeitsgrenze“?

Aus dem Urteil selbst, das ja – wie jedes Urteil – nur einen Einzelfall regelt, also die Frage zu klären hat, ob im zu entscheidenden Fall der Versicherer Schadensersatz zu leisten hat oder nicht, folgt nicht, dass man künftig unter gar keinen Umständen ein biomechanisches Gutachten einholen darf. Es sagt aber ausdrücklich, dass es einer solchen Begutachtung nicht bedarf, wenn die Kausalitätsfrage anderweitig (durch Arztbefunde, medizinische Gutachten etc.) geklärt ist. Erfreulich hieran ist auf jeden Fall, dass der BGH wieder den Weg öffnet dahin, dass medizinische Fragestellungen auch medizinisch und nicht technisch beantwortet werden.¹⁷⁹

Nimmt man aber das Urteil des BGH und berücksichtigt die internationale Literatur, die meine Meinung, dass es eine Harmlosigkeitsgrenze für HWS-Verletzungen nicht gibt, bestätigt, so kann nach meiner Ansicht für die Zukunft hieraus nur ein Schluss gezogen werden:

Unfallanalytische und biomechanische Gutachten können vielleicht klären, welche Geschwindigkeiten die beteiligten Fahrzeuge hatten, wie groß die Differenzgeschwindigkeit, die Beschleunigungskräfte und die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung waren. Hieraus folgt aber für die Frage, ob jemand bei einem Unfall eine HWS-Verletzung hat erleiden können, nichts, da es viel zu viel Fälle gibt, bei denen nachgewiesenermaßen auch im Niedriggeschwindigkeitsbereich schwerwiegende Verletzungen aufgetreten sind.

Die Entscheidung des BGH ist inzwischen von den Oberlandesgerichten Celle und Frankfurt am Main sowie vom Landgericht Mannheim¹⁸⁰ aufgegriffen worden. Das OLG Celle hat u. a. ohne Einholung eines Kfz-technischen Gutachtens der Klägerin Recht gegeben und hierbei Schlüsse aus folgenden Faktoren gezogen:

- Keine erheblichen Beschwerden vor dem Unfall
- Auftreten der Beschwerden in engem zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall

Auch was die Harmlosigkeitsgrenze betrifft, setzt das OLG Celle wie auch das OLG Frankfurt die Rechtsprechung des BGH fort.

Zustimmend wird die BGH-Entscheidung zur Frage der Harmlosigkeitsgrenze zitiert in der neuesten Ausgabe des Standardwerkes von Geigel.¹⁸¹

Hieraus ergibt sich folgende Konsequenz:

Zur Frage, ob ein bestimmter Unfall eine geltend gemachte HWS-Verletzung herbeigeführt hat, können unfallanalytische und biomechanische Gutachten nichts beitragen.

Sie sind überflüssig.

Sie dürfen daher nicht eingeholt werden.

Die hier zu klärenden Fragen sind medizinisch zu beantworten.

d) Bedeutung der Erstbefunde bei der späteren Begutachtung

Wenn bei der Frage nach dem Vorliegen einer HWS-Verletzung unfallanalytische Erwägungen nicht zu berücksichtigen sind, stellt sich die Frage, welche Bedeutung den Befunden beizumessen ist, die Ärzte gleich nach dem Unfall erhoben haben. Oben wurden mehrere Entscheidungen zitiert, die den Befunden der zuerst nach dem Unfall behandelnden Ärzte größeres Gewicht beimessen als späteren biomechanischen Erwägungen.¹⁸²

In der Rechtsprechung gibt es aber auch Gegenstimmen, soweit es um die Bedeutung der Erstbefunde bei der rechtlichen Bewertung der Kausalität geht. Gegen ein entscheidendes Gewicht der Erstuntersuchung haben sich das OLG Karlsruhe¹⁸³ und das OLG Hamm,¹⁸⁴ das OLG Stuttgart,¹⁸⁵ das OLG Frankfurt/Main¹⁸⁶ und diverse Land-¹⁸⁷ und Amtsgerichte¹⁸⁸ ausgesprochen. Merkwürdigerweise reicht dem OLG Hamm der Arztbrief nur bei HWS-Verletzungen nicht aus. Bei einer Schulterverletzung war es hingegen hiermit zufrieden.¹⁸⁹

So hat beispielsweise das OLG Hamm ausgeführt, hinsichtlich der Frage des Vorliegens einer unfallursächlichen HWS-Verletzung sei ärztlichen Bescheinigungen vom Unfalltag über HWS-Verletzungen nicht uneingeschränkt das entscheidende Gewicht beizumessen; die Bewertung einer solchen Bescheinigung im Rahmen der Beweiswürdigung hänge vielmehr von den Umständen des Einzelfalls ab.¹⁹⁰

Auch in der Literatur ist das Urteil des OLG Bamberg erwartungsgemäß unterschiedlich aufgenommen worden.¹⁹¹ Der BGH hat sich bei seiner Entscheidung vom 28.01.2003 u. a. auf das Urteil des Oberlandesgerichts Bamberg¹⁹² bezogen.

In seiner Besprechung des Urteils des OLG Hamm hat von Hadeln, der Chef der Abteilung Großschaden der Allianz AG, die Befürchtung geäußert, dieses Urteil sorge „seit einiger Zeit für Unruhe“.¹⁹³ Von Hadeln kritisiert im Wesentlichen an der Entscheidung des OLG Bamberg, dass dieses im konkreten Fall die Kausalität eines Unfalls für eine HWS-Distorsion angenommen hat, weil der erstbehandelnde Arzt eine „HWS-Distorsion“ diagnostiziert sowie ein verschreibungspflichtiges Medikament, das Tragen einer Schanz'schen Halskrause verordnet und bei einer Nachuntersuchung tastbare Verspannungen im Bereich der Brustwirbelsäule festgestellt habe. Von Hadeln kritisiert, bei der Diagnose handle es sich um eine Arbeitsdiagnose als Grundlage für die Behandlung. Es solle dabei aber nicht eine gutachterliche Äußerung damit verbunden sein, dass eine unfallbedingt auftretende Verletzung konkret vorläge. Die als „Arbeits- und Abrechnungsdiagnose“ festgestellte Verletzungsart „HWS-Distorsion“ diene lediglich als Grundlage für die weitere Behandlung.

Dass eine Diagnose für die weitere Behandlung erforderlich ist, ist so selbstverständlich, dass man hierauf sicher nicht eingehen muss. Bekanntlich kann ohne genaue Diagnose keine Therapie eingeleitet werden. Weshalb die unter dieser Prämisse gestellte Diagnose keinen Beweiswert haben soll, ergibt sich hieraus jedoch nicht. Mag auch der Arzt am Unfalltag die Diagnose „HWS-Distorsion“ oder ähnlich stellen, ohne hiermit eine gutachterliche Äußerung abgeben zu wollen, wie von Hadeln meint, so ist kein Grund ersichtlich, weshalb diese seine ärztliche Feststellung später nicht im Weg des Urkunds- oder des Zeugenbeweises verwertet werden soll.

Auch wenn die erhobenen Befunde wie Nackenbeschwerden, Kopfschmerzen und Schwindelgefühl auch ohne Unfall auftreten können und auch tatsächlich auftreten (womit von Hadeln sicher recht hat), so kann gleichwohl von diesen Befunden auch auf den Unfallzusammenhang geschlossen werden, wenn einige andere Faktoren zusammenkommen. Hierzu gehört die unmittelbare zeitliche Nähe der Befunderhebung zum Unfall, was vom Tatrichter berücksichtigt werden darf, wie der BGH hier ausdrücklich bestätigt hat. Wenn dann noch weitere Faktoren hinzukommen, wie etwa der Ausschluß anderer Ursachen für diese Beschwerdesymptomatik (vom BGH ebenfalls anerkannt) und Beschwerdefreiheit oder doch

zumindest Beschwerdearmut vor dem Unfall, so kann dieser Kausalitätsschluss weiter erhärtet werden.

Auch die Auffassung des OLG Bamberg, dass sich eine Verletzung als Unfallfolge ergeben kann, wenn der erstbehandelnde Arzt ein Medikament oder eine Schanz'sche Krawatte verordnet, wird von v. Hadeln kritisiert; zu Unrecht. Auch wenn letztere nicht erforderlich, ja wenn sie sogar kontraindiziert wäre (wie heute wohl allgemein angenommen), so wird der Arzt doch wohl eine solche Verordnung nicht treffen, wenn er nicht zuvor entsprechende Diagnosen erhoben hätte und von dem Erfordernis medikamentöser oder sonstiger therapeutischer Maßnahmen überzeugt wäre. Im übrigen darf nicht übersehen werden, dass der Schädiger selbst für die Folgen ärztlicher Fehlbehandlung einzustehen hätte, wie der BGH in der Entscheidung vom 28.01.03 noch einmal unter Bezug auf seine eigene Rechtsprechung bekräftigt hat.¹⁹⁴

Es gehört nach meiner Auffassung zu den Merkwürdigkeiten bei der bisherigen Auseinandersetzung mit dem sog. „Schleudertrauma“, dass diese Faktoren, insbesondere die unfallnahe Befunderhebung (erst recht, wenn sie noch am Unfalltag erfolgt ist) ignoriert und deren Beweiskraft schlicht verneint wird, weil diese Befundung ja „nur“ durch den behandelnden Arzt, etwa den Hausarzt, erfolgt sei. Mysteriös ist es dann weiter, wenn oft Jahre nach dem Unfall ein technischer Sachverständiger diese gesamten Fakten als obsolet erklärt mit der schlichten Begründung, der Unfall könne diese Verletzung gar nicht verursacht haben. Einem Techniker wird mithin – in Deutschland – die Kompetenz zugestanden, darüber zu urteilen, dass oft mehrere Ärzte über Jahre hinweg nicht vorhandene Unfallfolgen behandelt haben. Es ist daher zu begrüßen, dass der medizinischen Befundung gegenüber der physikalischen Betrachtungsweise – bereits durch das OLG Bamberg geschehen, nunmehr bestätigt durch den BGH – der Vorrang eingeräumt wird.

VI. Die rechtliche Bedeutung der Einteilung der Schleudertraumafolgen nach Schweregraden (z. B. Erdmann)

1) Darstellung gebräuchlicher Schweregradeinteilungen

a) Erdmann

Seit inzwischen mehr als 30 Jahren wird in der Literatur zur Begutachtung und in Gutachten selbst der Versuch unternommen, anhand von sog. „Schweregradtabellen“, „Stadieneinteilungen“ o. ä. festzulegen, ob nach einem gewissen Zeitraum ein Unfallopfer noch Beschwerden haben kann, die auf das angeschuldigte Unfallereignis zurückzuführen sind.

Gewissermaßen „der Erfinder“ derartiger Tabellen war der Chirurg und Radiologe Helmut Erdmann, seinerzeit Chefarzt der Röntgenabteilung am BG-Unfallkrankenhaus in Frankfurt/Main, wenn man von einigen früheren Versuchen absieht, die aber keine große Bedeutung erlangt haben. In seinem richtungweisenden Buch hat Erdmann eine in Tabellenform gefasste „Einstufung nach Schweregraden“ vorgenommen.¹⁹⁵ Er ist hierbei von den vom Unfallopfer unmittelbar nach dem Unfall geklagten Symptomen ausgegangen und hat danach die Einteilung in drei Schweregrade vorgenommen. Unter „Symptom“ sind u. a. auch ausgeführt „positive Verletzungsmerkmale im Röntgenbild der HWS“.

Wie gezeigt, bewertet Erdmann auch Röntgenbefunde mit. Hier muss allerdings gesagt werden, dass ihm für sein Buch, das in den sechziger Jahren entstand und im Prinzip auch fertig gestellt

worden war, natürlich nicht die radiologische Technik zur Verfügung stand, wie sie heute – vor allem vielen Unfallopfern – bekannt ist. Ihm stand nur die „normale Röntgendiagnostik“ zur Verfügung, wobei er allerdings schon Funktionsaufnahmen und Schichtaufnahmen mit verwandt hat. Was er nicht hatte, waren beispielsweise die Kernspintomographie und die Computertomographie. Am Rande erwähnt werden sollte, dass Erdmann die Grenzen der Röntgendiagnostik erkannt hat, beispielsweise wenn er ausführte, dass das röntgenologische Bildmaterial, das bei der Untersuchung von Verletzten nach frischem Schleudertrauma zustande komme, in den meisten Fällen ausdruckslos sei, d. h. die am Weichgewebe allenfalls eingetretenen Verletzungseinzelheiten in der Regel röntgenologisch stumm blieben, dies sogar in der überwiegenden Zahl der Fälle, die er nach Schweregrad III einstuft.¹⁹⁶

Erdmann wörtlich: „Die überwiegende Mehrzahl der Fälle von Schleudertraumaverletzungen geht mit Röntgenbildern ‚ohne pathologischen Befund‘ einher.“¹⁹⁷ Und: „Unter diesen (den ausserröntgenologischen Beurteilungsmerkmalen, Anm. des Verfassers) spielen die Ergebnisse der manuellen Untersuchungstechnik die Hauptrolle.“¹⁹⁸

Diesen räumt Erdmann sogar den Rang eines objektiven Kardinalsymptoms ein.¹⁹⁹

Diese Schweregradeinteilung hat einen derartigen Einfluss auf die Literatur und die Begutachtung gehabt (und hat sie – in Deutschland – bis heute), dass die Einstufung (z. B. Schweregrad II nach der Einstufung von Erdmann) verkürzt gebraucht wird, etwa mit Bezeichnungen wie „Erdmann II“ und jeder gleich wusste und weiß, was hiermit gemeint war und ist. Wegen der Bedeutung, die diese Tabelle in der Literatur, der Begutachtung und in Gerichtsurteilen bis heute hat, soll diese hier in vollständiger Form abgedruckt werden (Tab. 1). Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Georg Thieme Verlages, Stuttgart.

Tab. 1. Schweregradeinteilung nach Erdmann 1973:

Tab. IV
(Einstufung nach Schweregraden)

Symptome:	Schweregrad I	Schweregrad II	Schweregrad III
a) Annähernd schmerzfreies Intervall	häufig vorhanden (12–16 Stunden)	seltener vorhanden (4–8 Stunden)	nicht vorhanden
b) Schluckschmerzen, Schmerzen i. Mundbodenbereich oder in den Rectusmuskeln des Halses	selten (3–4 Tage lang)	häufig (3–4 Tage lang)	?
c) Totale Haltungsinsuffizienz der Kopfhaltemusculatur	nicht vorhanden	fehlt als Sofortphänomen; bisweilen nachträglich	als Sofortphänomen immer vorhanden
d) «Steifer Hals» bzw. schmerzhafte Bewegungseinschränkung für Kopf und Hals, tastbar bei manueller Prüfung	häufig, meist erst als Sekundärsymptom, Dauer 1–2 Wochen	meist vorhanden, meist als Primärphänomen, seltener nach Intervall	immer vorhanden, Dauer länger als 2 Monate
e) Schmerzen paravertebral zwischen den Schulterblättern («Kralle»)	gelegentlich (bei etwa 15%)	häufiger (bei etwa 30%)	?
f) Primäre Parästhesien in den Händen, gelegentlich auch den Unterarmen	selten	häufiger, aber meist ohne motorische Lähmungen	?
g) Positive Verletzungsmerkmale im Röntgenbild der HWS 1. primäre 2. sekundäre (nach 3–6 Wochen)	fehlen fehlen	fehlen bisweilen vorhanden	vorhanden vorhanden
h) Prostration, Bettlägerigkeit	fehlt oft (meist nur 2–3 Tage)	meist vorhanden (ca. 10–14 Tage)	immer vorhanden (4–6 Wochen)
i) Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit	1–3 Wochen (fehlt gelegentlich ganz)	2–4 Wochen	über 6 Wochen

Auch hier scheint mir der Hinweis angebracht, dass Erdmann und auch die folgenden oder sonstige „Schweregradtabellen“ in der Schweiz keine Rolle spielen.

b) Krämer

Erwähnt werden soll hier weiter die Einteilung nach Schweregraden bei Beschleunigung der HWS von Krämer,²⁰⁰ der, soweit ich das beurteilen kann, großen Einfluss auf die Praxis bei der Therapie und Diagnostik von HWS-Erkrankungen, insbesondere von bandscheibenbedingten Erkrankungen, für die gesamte Orthopädie hat.

Auch Krämer unterteilt in drei Schweregrade (I leicht, II mittel und III schwer).

Kriterien für die Einteilung in diese drei Schweregrade sind nach Krämer:

- morphologischer Befund (leichte Distorsion der HWS (I), Gelenkkapselbänderrisse ohne Bandscheibenruptur, Muskelzerrungen, retropharyngales Hämatom (II), isolierter Bandscheibenriss, Rupturen im dorsalen Bandapparat, Frakturen, Luxationen (III))
- klinischer Befund
- Röntgen
- neurologischer Befund
- Beschwerdefreies Intervall²⁰¹

Wie gesehen, berücksichtigt Krämer – anders als Erdmann – auch neurologische Befunde. Beim Schweregrad I und II gibt es keine neurologischen Befunde, bei III gibt es Wurzel- und Rückenmarkssymptome.

c) Jörg und Menger

In Gutachten öfter zitiert wird die von den Neurologen Jörg und Menger vorgenommene Einteilung,²⁰² auf die sich u. a. eines der Standardwerke der Unfallbegutachtung bezieht²⁰³. Die Autoren fügen den bisher gebräuchlichen drei einen weiteren Schweregrad hinzu (IV, meist tödlich). Im übrigen differenzieren auch sie nach der Dauer des symptomfreien Intervalls, den Symptomen, dem morphologischen Substrat (= nach der Frage: „Ist auf dem Röntgenbild etwas erkennbar?“), dem neurologischen Befund und dem Röntgenbefund. Abgesehen von der Erweiterung um einen Schweregrad IV unterscheidet sich diese Tabelle kaum von der von Krämer entwickelten, so dass hierauf nicht weiter eingegangen werden muss.

d) Moorahrend und Enzensberger Konsens

Eine weitere, sehr häufig zitierte Einteilung wurde von Moorahrend und dem sog. „Interdisziplinären Konsens“ 1993 vorgenommen. Auch diese Einteilung kennt vier Schweregrade, wobei der Schweregrad IV in zwei weitere Schweregrade unterteilt ist.

Der „interdisziplinäre Konsens“ unterteilt wie folgt:

Schweregrad I wird angenommen, wenn die Schmerzsymptomatik nicht über 72 bis 96 Stunden dauert und wenn keine erfassbaren Veränderungen durch diagnostische Verfahren zu belegen sind.

Schweregrad II wird angenommen bei einer Symptombdauer bis zu drei Wochen nach dem Unfall und wenn ein muskulärer Hartspann und „pain release“ unter Physiotherapie objektiv feststellbar ist.

Schweregrad III wird angenommen bei radiologisch objektivierbarer Fehlstellung bis hin zum Ausmaß einer reversiblen Subluxation eines Bewegungssegmentes mit oder ohne neurologische Störungen.

Schweregrad IV a wird angenommen bei einer Luxation oder Luxationsfraktur der HWS, ggf. kombiniert mit neurologischen Störungen.

Schweregrad IV b wird angenommen bei einem tödlichen HWS-Beschleunigungstrauma.²⁰⁴

Moorahrend führt weiter aus, dass die Graduierung der Verletzungsschwere von HWS-Beschleunigungstraumen dann als sinnvoll erachtet werde, wenn sie interdisziplinär im medizinischen Fachbereich Anwendung fände. Die Einteilung solle helfen, die „problematischen“ Schweregrade schneller zu identifizieren, um diese zügiger konsiliarisch untersuchen zu lassen.²⁰⁵

e) Georg Schmidt

In den ersten Kapiteln dieses Buches und auch in meinem Beitrag zum Problem „Harmlosigkeitsgrenze“ wurde ausführlich erörtert, was es mit dem Zusammenhang zwischen Beschädigungen am Fahrzeug und dem Umfang der Verletzungen der Insassen auf sich hat.

Einer der ersten (soweit ich das beurteilen kann), die sich mit diesen Zusammenhängen auch durch eigene Versuchsreihen auseinander gesetzt haben, ist der frühere Leiter des Instituts für Rechtsmedizin im Klinikum der Universität Heidelberg, G. Schmidt. Dieser hat eine eigene Schweregradtabelle entwickelt. Hierbei hat Schmidt bei der Einstufung in vier Schweregrade (kein Schleudertrauma, leichtes Schleudertrauma, schweres Schleudertrauma, tödliches Schleudertrauma) nicht nur die Beschwerden, die Dauer der Beschwerden und die objektiv festgestellten Verletzungen, sondern auch physikalische bzw. biomechanische Parameter mitberücksichtigt. Diese waren im einzelnen die AIS-Skala (AIS = Abbreviated Injury Scale = abgekürzte Verletzungsskala), die EES (Energy equivalent speed = energieäquivalente Geschwindigkeit) und die Fahrzeugbeschädigungen an der Stoßseite, sowie die Kopfbeschleunigung der Insassen (in g), also im x-fachen der Erdbeschleunigung.²⁰⁶

Die AIS-Skala wird öfter gebraucht, so dass diese kurz erläutert werden soll. Sie kennt 7 Stufen (von 0–6): Die einzelnen AIS-Grade sind: AIS 0 = keine Verletzung, AIS 1 = geringgradige, leichte Verletzung, AIS 2 = mäßige Verletzung, AIS 3 = schwere Verletzung, AIS 4 = bedeutende Verletzung, AIS 5 = kritische Verletzung und AIS 6 = maximale Verletzung, praktisch nicht mehr überlebbar. Der MAIS-Wert (MAIS = maximales AIS) stellt den AIS-Grad der schwersten Einzelverletzung dar.

Da Schmidt wie wohl kein anderer Autor in einer Tabelle physikalische und medizinische Parameter miteinander verknüpft hat, soll diese Tabelle hier ebenfalls abgedruckt werden (vgl. Tabelle 2, Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Herausgebers Dr. Uwe Moorahrend).

Tab. 2. Schweregradeinteilung nach Georg Schmidt 1987/1993:

	1 Kein Schleudertrauma	2 Leichtes Schleudertrauma	3 Schweres Schleudertrauma	4 Tödliches Schleudertrauma
A Beschwerden	Keine	Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Schulter-Arm-Schmerzen, Bewegungseinschränkung, Schluckbeschwerden, vorübergehende Sehstörungen, Hörstörungen, Hypästhesie, Hyperästhesie, Hartspann	→dto. Bettlägerigkeit, Kopfrageschwäche, depressive Verstimmung, Gleichgewichtsstörungen, kein symptomfreies Intervall, erhebliche Bewegungsschmerzen, initiale Bewußtseinsstörung	Zentrale Atmungs- und Kreislaufähmung, Querschnittlähmung
B Dauer		Weniger als 3 Wochen	Monate bis bleibend	Tod am Unfallort
C Verletzungen	Keine	Muskeleinblutungen, Muskelrisse, Bänderdehnungen, -unterblutungen, Längsbandablösungen, Einblutungen in einzelne Wirbelbogengelenke und in einzelne Foramina intervertebralia	→dto. mehrere Segmente betroffen; Bandscheibenblutungen und -risse, Quer-, Dornfortsatz- oder Bogenbrüche, Wirbelkörperinfraktionen; Tear drop fractures; Wurzel- und Gefäßirritationen, Contusio spinalis	Hirnstamm- oder Oblongatakontusion bis -abriß; Ringbruch der Schädelbasis; Scherbrüche an den Kopfgelenken
D AIS (1985) Skala	0	1	≥ 2	≥ 5
E EES Kollisionsgeschwindigkeit	<5 km/h	8 – 30 km/h	30 – 80 km/h	>80 km/h
F Fahrzeugbeschädigungen an der Stoßseite	Blinker, Rücklicht, Scheinwerfer-Streuscheibe, leichte Beulen an flächigen Blechen, Auspuff	cm- pro km-Regel bei voller Überdeckung von Front oder Heck, bei mehr als Türbreite an den Seiten	→dto. zusammen beginnende Intrusion der Fahrgastzelle bei Frontalaufprall, stärkere Intrusion bei Seitenaufprall	→dto. und stärkere Verformung der Fahrgastzelle bei allen Unfallarten
G Kopfbeschleunigung der Insassen	<4 g	4 – 15 g	16 – 40 g	>40 g

f) Quebec Task Force (QTF)

International gebräuchlich – insbesondere im anglo-amerikanischen Sprachraum, wo sie mittlerweile Standard ist – ist die von der Quebec-Task-Force (QTF)²⁰⁷ entwickelte Schweregradeinteilung. Auch in Deutschland findet sie in Gutachten immer mehr Verwendung. Sie soll hier kurz wiedergegeben werden. Die QTF geht von 4 Schweregraden – je nach den klinischen Befunden – aus und trifft die in Tab 3 dargestellte Einteilung.

Tab. 3: Klassifikation nach der **Quebec-Task-Force** (deutsche Übersetzung):

DIE SCHWEREGRADEINTEILUNG DER SCHLEUDERTRAUMAFOLGEN NACH DER QUEBEC TASK FORCE	
Grad 0	Keine Beschwerden im Bereich des HWS

	Keine physiologischen Zeichen (klinischen Befunde)
Grad 1	HWS-Beschwerden wie Schmerzen, Steifigkeit oder Druckschmerz Keine physiologischen Zeichen (klinischen Befunde)
Grad 2	HWS-Beschwerden UND muskuloskeletale Befunde (eingeschränkte Beweglichkeit, Muskelhartspann)
Grad 3	HWS-Beschwerden UND neurologische Befunde (= Abnahme oder Fehlen von Reflexen, Schwächegefühl u. Gefühlsstörungen)
Grad 4	HWS-Beschwerden UND Fraktur oder Dislokation
Bei allen Schweregraden können nach der QTF folgende Symptome und Funktionsstörungen auftreten: Hörstörungen, Schwindel, Tinnitus, Kopfschmerz, Gedächtnisstörungen, Dysphagie (Schluckstörungen), Schmerzen im Temporomandibulargelenk (Kiefergelenk).	

2) Einteilung in Schweregradtabellen und Beschwerdedauer

Alle Verwender von Schweregradtabellen ziehen aus der entsprechenden Einstufung Konsequenzen für die Ausheilungsdauer. Je höhergradig die Einstufung, desto länger ist die Ausheilungsdauer.

a) Nach Erdmann²⁰⁸ gilt:

Schweregrad	Bettlägerigkeit	Arbeitsunfähigkeit
I	max. 2-3 Tage	max. 1-3 Wochen
II	10-14 Tage	2-4 Wochen
III	4-6 Wochen	über 6 Wochen

b) Nach Krämer²⁰⁹ gilt:

Schweregrad	Krankheitsdauer
I	2-3 Wochen
II	6-8 Wochen
III	Dauerschäden möglich

c) Nach Jörg und Menger²¹⁰ gilt:

Die Folgen einer leichten HWS-Distorsion vom Grad I heilen schon innerhalb von ein bis drei Wochen aus. Nur in Ausnahmefällen kann es zu langwierigen Zervicobrachialgien und psychovegetativen Störungen kommen.

3) Bedeutung der Schweregradtabellen: Welchen Wert haben sie in der Begutachtung?

Worin liegt nun die Bedeutung dieser Schweregradeinteilungen? Die Schwierigkeit liegt ganz einfach darin, dass alle genannten Autoren darauf, wie sie bestimmte Verletzungsfolgen in einem konkreten Fall nach Schweregraden klassifizieren, schlussfolgern, wie lange unfallbedingte Beschwerden anhalten können. Es sind dies die schicksalsschwangeren Sätze in Gutachten, wie:

„Der Kläger hat eine Beschleunigungsverletzung vom Schweregrad II nach Erdmann erlitten. Die Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit hat höchstens zwei bis vier Wochen nach dem Unfall gedauert. Sofern der Kläger nach diesem Zeitpunkt noch über Beschwerden klagt, sind sie auf unfallunabhängige Faktoren zurückzuführen.“

Was ist aber, wenn Wirbelsäulen sich im wahrsten Sinne des Wortes hartnäckig verhalten, d. h. sich anders verhalten, als sie sich nach Erdmann (und den anderen genannten Autoren) eigentlich verhalten sollten? Was ist, wenn Wirbelsäulen den Arzt Erdmann einfach nicht zur Kenntnis nehmen wollen ?

Dies ist erneut eine Frage, die sicher primär nicht vom Juristen beurteilt werden sollte. Deshalb hier Stimmen aus der medizinischen Fachliteratur:

Bereits 1975, also zwei Jahre nach dem Erscheinen des Buches von Erdmann, haben Wiesner und Mumenthaler (letzterer der Autor des 2002 in 11. Auflage erschienen Standardlehrbuchs „Neurologie“) in einer katamnesticen Studie (Katamnese ist die Beschreibung eines Krankheitsbildes nach seinem Verlauf) den Beweis erbracht, dass unabhängig vom Anfangsbefund Unfallopfer auch Jahre nach dem Unfall über auf den Unfall zurückzuführende Beschwerden geklagt haben.²¹¹

1987 schreiben Dvorak et al.:²¹² „Die Tatsache, dass 1/4 bis 1/3 aller nicht berenteten Patienten auch noch vier bis sieben Jahre nach dem Unfall über in kausalem Zusammenhang mit der Verletzung stehende Beschwerden klagen, relativiert die Aussagen von Erdmann deutlich.“

1988 kritisierte Delank die schematische Anwendung von Schweregradtabellen.²¹³

Besonders hingewiesen werden soll hier auf die Forschergruppe um die Briten Gargan und Bannister. Diese haben, mit wechselnden Koautoren, Patienten, die eine Beschleunigungsverletzung erlitten haben, über mehrere Jahre immer wieder untersucht und die Untersuchungsergebnisse dann veröffentlicht.²¹⁴ Die Studie von 1991 umfasste einen Zeitraum von 11 Jahren (nach dem Unfall).²¹⁵ Zuletzt haben Gargan und Bannister die Ergebnisse von Nachuntersuchungen 15½ Jahre nach dem Unfall festgehalten. Das Ergebnis: Der Gesundheitszustand von 18 % der nachuntersuchten Personen hat sich verbessert. Bei 28 % ergab sich hingegen eine Verschlechterung des Zustandes,²¹⁶ jeweils im Vergleich zum Zustand nach 11 Jahren. Auch dies ist ein Beweis dafür, dass aus der Eingruppierung in eine Schweregradtabelle nichts über den künftigen Verlauf der Verletzungsfolgen gesagt ist.

Ein großes Problem der Sachverständigen, die sich auf Erdmann beziehen, liegt wohl darin, dass sie das Buch von Erdmann selbst nie in der Hand hatten, es zumindest nicht gelesen haben, sondern ihre Kenntnisse aus Sekundärliteratur beziehen, die ihrerseits die Schweregradtabellen von Erdmann übernommen hat. Denn anderenfalls wäre ihnen folgender Satz bei Erdmann selbst aufgefallen:

Erdmann selbst: „Es ist demnach nicht gerechtfertigt, wenn Kollektivurteile zum Thema Schleudertrauma gelegentlich propagiert werden, etwa so, als ob die Schleuderverletzungen insgesamt eine „einheitliche Verletzungsform“ darstellen würden, für die man schließlich immer die gleichen Rentensätze vorzuschlagen habe. Im Gegenteil: Pauschalierende Gleichmacherei ist hier nicht angebracht, ebenso wenig wie bei den Distorsionen in anderen Bereichen des Bewegungsapparates (Kniegelenke, Sprunggelenke) auch.“²¹⁷

Es ist mir ein Rätsel, wie anhand der bereits über 30 Jahre lang geübten Kritik und selbst nach der von Erdmann persönlich ausgesprochenen Warnung einer pauschalierenden Anwendung seiner Tabellen, diese in Begutachtungen und in Gerichtsurteilen zugrunde gelegt werden können, ohne auch nur andeutungsweise zu erläutern, ob hier vielleicht – schon nach den Ausführungen von Erdmann selbst – Abweichungen im Einzelfall erforderlich sind.

Nahezu alle Autoren, die Schweregradtabellen entwickelt haben, (siehe oben) führen auch gleichzeitig aus, dass hier keine schematisierende Anwendung der Tabellen erfolgen dürfe. So spricht Krämer²¹⁸ davon, eine Schweregradeinteilung könne nur grobe Anhaltspunkte für die Bewertung liefern.

Die oben genannten²¹⁹ sowie unzählige andere Autoren, die hier nicht im einzelnen aufgeführt werden sollen, sprechen davon, dass ein je nach Autor zu differenzierender Anteil der Patienten, deren Unfallfolgen eigentlich als „leicht“ einzustufen gewesen wären, protrahieren (ihre Beschwerden nicht loswerden). Dvorak²²⁰ spricht von 14 bis 20 Prozent der verunfallten Patienten, deren Beschwerden chronifizieren. Andere Autoren sehen den Prozentsatz niedriger, andere sehen ihn höher. Allein der Prozentsatz von 20 Prozent der Fälle, die sich nicht an Erdmann halten, verbietet meiner Meinung nach eine Bewertung nach Stadieneinteilungen. Eine Bewertung „nach Erdmann“ nimmt meiner Meinung nach bewusst in Kauf, dass 20 Prozent der zu beurteilenden Fälle eben falsch beurteilt werden.

Dies kann wohl nicht Sinn einer Begutachtung sein. Natürlich muss man Ärzten – auch wenn sie als Gutachter tätig sind – das Recht zugestehen, sich auch irren zu dürfen, ohne dass man ihnen Absicht unterstellen müsste, falsche Gutachten abzuliefern. Dies schließt meiner Meinung nach aber nicht ein, dass man in Kauf nimmt, mindestens 20 Prozent der Fälle von vornherein falsch zu begutachten. Dies geschieht aber, wenn die Begutachtung pauschal unter Verwendung von Schweregradtabellen erfolgt.

Die pauschale Anwendung von Schweregradtabellen bedeutet nach meiner Meinung die Aufgabe des Versuchs, zu wirklich zutreffenden Ergebnissen zu kommen. Auch hier weise ich noch einmal darauf hin, dass wir es mit einer deutschen Problematik zu tun haben. Aus schweizerischer Sicht ist es undenkbar, gestützt auf Durchschnittszahlen oder den Durchschnittspatienten abzustellen. Verletzt, begutachtet und beurteilt wird ein Individuum.

Ich kann nicht beurteilen, ob es – für Mediziner – sinnvoll ist, Verletzungsfolgen oder andere Krankheiten in Schweregrade einzuteilen. Dies passiert schließlich nicht nur bei HWS-Verletzungen, sondern auch beispielsweise bei Schulter-Eck-Gelenkssprengungen (AC-Gelenkssprengungen), deren Schwere nach Tossy I, II oder III eingestuft wird. Einteilung nach Stadien gibt es beispielsweise auch in der Onkologie. Nun mag es für Mediziner durchaus sinnvoll sein, eine Krankheit oder eine Verletzung in bestimmte Schemata einzuteilen, um einen Anhaltspunkt für die Therapie zu bekommen. Und dies ist ja auch relativ ohne Risiko für den

Patienten, da der Arzt selbstverständlich im Laufe der Behandlung „umschwenken“ kann, wenn er sieht, dass er sich bei der Einschätzung geirrt hat. Der behandelnde Arzt wird aber nicht aus einer entsprechenden Einschätzung unumstößliche Rückschlüsse auf den Heilungsverlauf ziehen.

Es mag so sein, wie beispielsweise ein Chirurg und Unfallchirurg von der unfallchirurgischen Universitätsklinik in Ulm bei einer Befragung als Sachverständiger ausgesagt hat, dass die Einteilung in Schweregrade auch frühzeitig nach dem Unfall richtig ist. Unzutreffend sei jedoch, hieraus Konsequenzen über den Verlauf, also darüber zu ziehen, wie lange und in welchem Umfang Beschwerden fortbestehen.

Ein Neurologe hat als Sachverständiger bei einer Befragung durch das LG Bielefeld erklärt, für Chirurgen und Orthopäden möge diese Einstufung richtig sein, für Neurologen sei sie es jedenfalls nicht. Auf diesen Unterscheid werde ich weiter unten (beim Problem „strukturell/funktionell“) noch näher eingehen.

Meiner Meinung nach übersehen (oder verschweigen?) Gutachter, die sich schematisch an Schweregradtabellen halten, dass es in der gesamten Medizin Regelverläufe gibt, die sich also so verhalten, wie man es üblicherweise erwarten darf. Unmedizinisch gesprochen kann man sagen, es handelt sich hierbei um die „Normalfälle“. Der Gebrauch des Begriffes „Regelverläufe“ impliziert aber gleichzeitig, dass es auch Ausnahmeverläufe gibt, also Verläufe, die sich eben nicht an die Regel halten. Die Bedeutung von Regel- und Ausnahmeverläufen, ist in der gesamten Medizin in allen Bereichen bekannt. Gleichwohl schreibt z. B. Castro, für die Begutachtung sei der Regelfall aufgrund gesicherter wissenschaftlicher Daten entscheidend.²²¹ Das ist eindeutig falsch. Den Richter interessiert nicht, wie in Frage stehende Verletzungen in der Regel ausheilen. Er will wissen, wie sie beim Kläger ausgeheilt oder eben nicht ausgeheilt sind.

Ein Beispiel mag dies verdeutlichen: Aus dem Umstand, dass jemand stolpert, wird kein Mediziner schließen, es komme nur die eine Möglichkeit in Betracht, dass er nämlich einfach aufsteht, weiterläuft und keine Beschwerden hat. Wenn er zum Arzt kommt und sagt, er sei gestolpert, der Arzt feststellt, er hat sich das Handgelenk gebrochen, wird er kaum sagen, dies könne bei einfachem Stolpern nicht passieren. Auch weitere Ausnahmeverläufe bis hin zu schwersten Erkrankungen oder sogar zum Tod (Lungenembolie, die ein Patient nach einer Operation zur Beseitigung der Unfallfolgen erleidet) sind möglich. Und immer noch wird der Arzt akzeptieren, dass dies letztlich ohne das Stolpern und Hinfallen nicht eingetreten wäre. Weshalb bei Beschleunigungsverletzungen immer so getan wird, als wisse man von vornherein schon, wie der Krankheitsverlauf sein werde, vermag ich nicht nachzuvollziehen.

Auf welch wackeligen Füßen das Gerüst „Schweregradeinteilung nach Erdmann“ steht, sieht man an dem auch von anderen Autoren, die Schweregradtabellen entwickelt haben, gebrauchten Kriterium des „beschwerdefreien Intervalls“ oder des „symptomfreien Intervalls“.

Daraus, ob Beschwerden 12 bis 16 Stunden, 4 bis 8 Stunden oder sofort nach dem Unfall eingesetzt haben, will Erdmann auf den Schweregrad schließen. Aus diesem Zusammenhang lässt sich ein einfaches Beispiel widerlegen: Es ist bekannt, dass Menschen, die eine Kreissägenverletzung erlitten haben (Amputation des Fingers mit der Kreissäge), oft unmittelbar nach dem Unfall keine Schmerzen spüren und dass diese vielmehr erst eine gewisse Zeit nach dem Unfall auftreten. Dies ist übrigens in vielen Fällen selbst nach schwersten Kriegsverletzungen festgestellt worden.²²² Warum dies nach Verletzungen an der Halswirbelsäule anders sein soll, hat mir bisher kein Arzt erklären können.

Meiner Meinung nach liegt der Fixierung auf Schweregradtabellen eine Verkürzung des Problems „Schleudertrauma“ zugrunde. Ich habe bereits oben Kissel²²³ zitiert. Es gibt mehrere Faktoren nach einem Schleudertrauma, die Beschwerden machen können. Einer der Faktoren ist eine beschädigte Halswirbelsäule, ein anderer die Hirnfunktion und ein weiterer die Psyche. Die letzteren Kriterien fehlen, wenn man nach Erdmann, Krämer, Jörg/Menger, Moorahrend, Schmid, Quebec Task Force (QTF) geht. Sie werden einfach unter den Tisch gekehrt.

Unter dem Kapitel „Psychologische Unfallfolgen“ habe ich versucht darzustellen, welche Bedeutung dieser Komplex hat. Mag man Erdmann zugute halten, dass er diese Problematik 1973 nicht gekannt hat. Man mag auch den orthopädisch bzw. chirurgisch ausgerichteten Autoren zugute halten, dass sie diesen Komplex von ihrem Fachbereich her nicht hinreichend berücksichtigen können.

Nicht akzeptabel ist es jedoch meiner Meinung nach, heute, im Jahre 2004, so zu tun, als gäbe es die vielfältige Literatur zu psychologischen (u. a. neuropsychologischen, psychosomatischen) Unfallfolgen nicht. Man mag einzelne Literaturstellen hierzu für falsch halten. Dann erwarte ich aber von einem Gutachten eines Sachverständigen, der sich als Experte für die HWS-Traumatologie sieht, dass er dieses in seinen Gutachten diskutiert und nicht einfach ignoriert und den Leser darüber in Unkenntnis lässt, dass es derartige Unfallfolgen gibt.

Auch losgelöst von psychischen Unfallfolgen wird man heute wohl sagen können, dass, auch wenn man nur Störungen der Halswirbelsäule an sich sieht, sicherlich mehr zu berücksichtigen ist, als die vereinfachten Schweregradtabellen es suggerieren wollen.

Heute ist bewiesen, dass nach dem Unfall keine Prognose über den künftigen Verlauf möglich ist, wie Weh schreibt.²²⁴ Nachgewiesen wurde dies auch in der sog. Saskatchewan-Studie eines kanadischen Autorenteam, ²²⁵ welches ihre wissenschaftliche Arbeit, nebenbei gesagt, im Auftrag einer Versicherungsgesellschaft anfertigte.

Man sollte sich von dem Gedanken lösen, dass aus irgendwelchen Feststellungen, die nach dem Unfall getroffen werden, irgendwelche sicheren Rückschlüsse auf den künftigen Verlauf gezogen werden können. Bedenklich finde ich daher die folgenden Sätze aus einem Standardwerk zur neurologischen Begutachtung: „Die HWS-Beschleunigungsverletzung wird nach anamnestischen, klinischen zusatzdiagnostischen, meist radiologischen Kriterien in unterschiedliche Schweregrade eingeteilt.

Die Wahl des Einteilungsschemas zur Klassifizierung der HWS-Beschleunigungsverletzung bleibt dem jeweiligen Sachverständigen überlassen. Um Verwirrung bei eventuellen Nachbegutachtungen zu vermeiden, sollte in der Begutachtung bei der Vielzahl der angebotenen Klassifikationen jedoch das Schema, das zur Schweregradeinteilung herangezogen wurde, spezifiziert werden.“²²⁶

Die Anwendung von Schweregradtabellen bringt zwei Probleme mit sich: Zum einen wird die Frage, ob ein Dauerschaden vorliegt, nicht beantwortet, sondern vielmehr umgangen. Zum anderen stellt sich dann natürlich die Frage nicht mehr, wie – mit welcher MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit, vgl. oben Kapitel II.2) – ein Dauerschaden zu bewerten ist. Den ersten Komplex – Nachweis und Anerkennung eines Dauerschadens – habe ich vorstehend versucht darzustellen. Für die Frage nach der MdE ergibt sich dann die besondere Schwierigkeit, dass hier, um alle vergleichbaren Fälle auch gleich entscheiden zu können, auf Erfahrungswerte zurückgegriffen wird. So gibt es anerkannte MdE-Tabellen, z. B. für den Bereich von Sehstörungen²²⁷, Hörstörungen²²⁸, Gleichgewichtsstörungen²²⁹ usw.

Wenn Schleudertrauma-Folgen in diesen oder anderen Bereichen zu bewerten sind, für die anerkannte MdE-Tabellen existieren, so können diese herangezogen werden. Schwieriger wird es, wenn andere Beeinträchtigungen, wie z. B. Einschränkungen des geistigen Leistungsvermögens, zu bewerten sind. Hier kann meiner Meinung nach unter Hinweis darauf, dass die Folgen vergleichbar sind, auf die im Zusammenhang mit Schädel-Hirn-Verletzungen entwickelten Tabellen zurückgegriffen werden. So unterteilen z. B. Schönberger u. a. unter Rückgriff auf „Erfahrungswerte“ wie folgt:

- Allgemeine Grundsätze zur Bildung der Gesamt-MdE bei Hirnschädigungen (MdE zwischen 10 % und 100 % auf Dauer, je nachdem, ob geringe, mittelschwere oder schwere Leistungsbeeinträchtigungen vorliegen),
- Bemessung der MdE bei isoliertem Vorkommen von
 - organisch-psychischen Störungen (MdE zwischen 20 % und 100 %, je nachdem, ob leicht, mittelgradig oder schwer)
 - zentralen vegetativen Störungen als Ausdruck eines Hirndauerschadens (etwa Kopfschmerz, Schwindel, Schlafstörungen, Kreislaufregulationsstörungen) (MdE 10 %-40 %)
 - Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen hirnorganischer Ursache (MdE zwischen 30 % und 100 %) ^{230, 231},

Auf einen Punkt muss aber ganz deutlich hingewiesen werden:

Bei allen – vom Bundessozialgericht absegneten – Zugrundelegungen von „Erfahrungswerten“ darf nicht vergessen werden, dass immer einzelne Menschen, also Individuen zu bewerten sind, dass also immer geprüft werden muss, ob im Einzelfall Abweichungen von „Erfahrungswerten“ vorliegen, die ein Abweichen anerkannter MdE-Tabellen erfordern.

Zusammenfassung zum Thema „Schweregradtabellen“:

Es mag Gründe dafür geben, und es mag zutreffend sein, Unfallfolgen nach Schweregraden einzustufen. **Folgerungen für den künftigen Verlauf ergeben sich hieraus jedoch nicht.**

VII. Ist zum Nachweis von Schleudertraumafolgen ein morphologisches Substrat erforderlich? Oder: Was ist, wenn auf dem Röntgenbild nichts zu sehen ist? (Zerstörte Struktur gegen gestörte Funktion?)

Es geht hier um ein Problem, welches in der Begutachtung eine große Rolle spielt. Es ist klar, dass Unfallfolgen leicht nachweisbar sind und die Beweisführung im Prozess keine größeren Schwierigkeiten bedeuten sollte, wenn Unfallfolgen an der HWS auf dem Röntgenbild zu sehen, also röntgenologisch nachweisbar sind (Frakturen, Luxationen etc.). Dann mag es über das Ausmaß und den Umfang von Dauerschäden noch Streit geben. Der Beweis, dass beim Unfall die Halswirbelsäule verletzt wurde (dass ein Primärschaden vorliegt), ist in solchen Fällen leicht zu führen.

Was ist aber, wenn ein Unfallopfer über einen sehr langen Zeitraum über von der HWS ausgehende Beschwerden klagt, wenn andererseits aber alle bildgebenden Verfahren (Röntgen,

CT, MRT) keine Veränderung im Bereich der HWS zeigen, wenn also die bildgebenden Verfahren stumm sind?

Vornehmlich in chirurgischen/unfallchirurgischen und in orthopädischen Gutachten wird bei fehlenden röntgenologischen Nachweisen der Schluss gezogen, dass keine dauerhaften Beschwerden auf den Unfall zurückgehen können. In den Gutachten und in der Literatur heißt es dann, es fehle am morphologischen Substrat. Schließt sich das Gericht diesen Gutachten an, werden allein wegen fehlender Nachweismöglichkeiten bei bildgebenden Verfahren die Ansprüche des Unfallopfers zurückgewiesen. Hierbei wird bereits übersehen, dass selbst Röntgenologen, die sich zum Thema „Schleudertrauma“ geäußert haben, hier sehr vorsichtig argumentieren. Beispielsweise Kamieth²³² hat ausgeführt:

„Gerade im Rahmen der Röntgendiagnostik von Schleudertraumen muss man sich als Radiologe immer wieder vor Augen halten, dass die Röntgendiagnose die klinische Diagnose nicht ersetzen kann und auch nicht mit ihr gleichzusetzen ist und es wäre unsinnig und würde das Wesen des Schleudertraumas verkennen, wenn man allein die Röntgenbefunde zur Grundlage aller Bewertungen machen würde.“

An anderer Stelle hebt Kamieth dann die Bedeutung der manuellen Untersuchung (durch Chiroprapeuten) hervor.²³³ Kamieth ist Radiologe.

Auch der Radiologe und Chirurg Erdmann, auf den oben ausführlich eingegangen wurde, hat sich zur Bedeutung der Radiologie äußerst zurückhaltend geäußert, wenn er ausführt, dass die überwiegende Mehrzahl der Fälle von Schleudertraumaverletzungen mit Röntgenbildern ohne pathologischen Befund einhergehe.²³⁴

Es überrascht mich immer wieder, dass Sachverständige sich zwar auf die eine Seite im Buch von Erdmann, auf der die Schweregradtabelle abgedruckt ist, stützen, das übrige Buch aber nicht zur Kenntnis nehmen (möglicherweise auch nicht gelesen haben). Denn anderenfalls wäre es nicht nachvollziehbar, dass in der Begutachtung auch heute noch so sehr Gewicht auf die bildgebende Diagnostik gelegt wird. Diese ist selbstverständlich erforderlich, um knöcherne und ähnliche Verletzungsfolgen festzustellen. Sie darf aber nicht allein das Maß aller Dinge bei der Diagnostik und dann natürlich auch bei der Begutachtung sein.

Ärzte, die sich allein auf die bildgebende Diagnostik stützen wollen, übersehen den Unterschied zwischen zerstörter Struktur (wie u. a. bei Frakturen) und gestörter Funktion. Der Mensch besteht nun einmal aus mehr als nur aus Knochen, Knorpel, Muskeln und Sehnen. Wolff beispielsweise beschreibt den Bewegungsapparat des Menschen als kybernetisches System. Unter Kybernetik versteht man die Lehre von den Steuerungs- und Regelungsvorgängen. Um zu funktionieren, benötigt ein kybernetisches System Materie, Energie, Steuerung. Auf den Bewegungsapparat übertragen heißt dies nach Wolff:²³⁵

Materie ist repräsentiert in Knochen, Knorpeln, Gelenkkapseln, Bändern etc. (Probleme der Statik, Mechanik, Kinetik).

Energie ist repräsentiert in der Muskulatur mit Sehnen und Insertionen (Probleme der Energiegewinnung und deren Anwendung).

Steuerung ist repräsentiert in jenen Teilen des peripheren, zentralen und vegetativen Nervensystems, die im Dienste des Bewegungssystems stehen.

In den medizinischen Fachbereichen, die es gewohnt sind, sich mit beispielsweise der Steuerung auseinanderzusetzen, weiß man, dass diese gestört sein kann, ohne dass dies auf dem Röntgenbild zu sehen ist. Man kann dies mit einem Computer vergleichen, der funktioniert, wenn sowohl die Hardware als auch die Software in Ordnung sind. Auch hier kann es sein, dass die Funktion des Computers gestört ist, obwohl die komplette Hardware intakt ist, nur weil ein Fehler im Bereich der Software besteht.

Bei dem „kybernetischen System Mensch“ ist dies nach Wolff ähnlich. Beim Wechsel von einer strukturellen zu einer mehr funktionell orientierten Betrachtungsweise spricht Wolff von einem „Paradigmenwechsel in der Medizin“.²³⁶

Auch wenn medizinische Autoren, wie z. B. Ludolph,²³⁷ zum Nachweis unfallbedingter Verletzungsfolgen ein morphologisches Substrat fordern, so ist dies aus rechtlicher Sicht unzutreffend. Ein Unfallopfer muss, um Schadensersatzansprüche durchzusetzen, einen Erstkörperschaden dargetun und beweisen. Nicht beweisen muss er jedoch, dass er im Bereich der HWS unfallbedingt eine Verletzung im Sinne einer Strukturveränderung erlitten habe. Denn aus juristischer Sicht ist die Befindlichkeitsbeeinträchtigung die Körperverletzung, nicht deren Ursache, das morphologische Substrat.²³⁸

Auch hier sei am Rande erwähnt, dass der Umstand, dass eine Strukturveränderung nicht bewiesen werden muss, nicht heißen muss, dass eine Begutachtung sich allein auf die Angaben des Unfallopfers stützen darf. Dass es aber außer der Radiologie andere Nachweismöglichkeiten für Schleudertraumafolgen gibt, ist oben bereits erläutert worden. Ich werde mit anderen medizinischen Methoden hierauf noch eingehen.

Es kommt noch ein weiterer Gesichtspunkt hinzu. Körperlich– somatisch– kann eine Unfallfolge bekanntlich auch sein, wenn sie andere Teile als Knochen betrifft. Nach neueren Forschungen sind nach Schleudertraumata oft Muskeln betroffen.²³⁹ Und diese lassen sich bekanntermaßen auf dem Röntgenbild nicht nachweisen.

International wird über Schmerz und Schmerzentstehung viel geforscht. Ein Erklärungsmodell, wie Schmerz entstehen kann, auch nach einem Schleudertrauma, ist das in den USA so genannte Complex Regional Pain Syndrome (CRPS), früher als sympathische Reflexdystrophie bezeichnet.²⁴⁰ Auch das CRPS ist auf dem Röntgenbild nicht zu sehen, so dass es immer unsinniger wird, sich auf das Vorliegen eines morphologischen Substrats zu versteifen.

Im Ergebnis lässt sich also festhalten: Zum Nachweis von Schleudertraumafolgen ist ein Beweis mit bildgebenden Verfahren (Röntgen, CT, MRT) nicht erforderlich. Entschädigungspflichtig sind auch radiologisch nicht nachweisbare Unfallfolgen.

So wünschenswert die unumschränkte Nachweisbarkeit von Unfallfolgen durch bildgebende Verfahren auch sein mag, folgende Frage sollte deutlich machen, dass dies einfach nicht funktionieren kann:

Kann man Schmerzen auf dem Röntgenbild sehen? Natürlich nicht! Was nicht heißt, dass Schmerz nicht auf andere (z. B. psychometrische) Art objektiviert und sogar in gewissem Sinne quantifiziert werden kann.²⁴¹ Diese Untersuchungen bedürfen aber der Mitarbeit des Untersuchten und sind deshalb allein zur Objektivierung nicht geeignet. Im eigentlichen, klassischen Sinn bleibt es aber dabei, dass man Schmerz natürlich nicht „messen“ kann.

Auch hier ein Beispiel: Wenn ein Patient mit einer Lumbago (Hexenschuss) zum Arzt kommt, mag dieser routinemäßig eine Röntgenaufnahme fertigen. Er wird in der Regel hierauf aber nichts finden! Gleichwohl wird er dem Patienten glauben, dass dieser enorme Kreuzschmerzen hat. Erst recht natürlich, wenn dies an der Körperhaltung schon ersichtlich ist. Mit anderen Worten: Auch hier wird der Arzt nicht sagen, er sehe auf dem Röntgenbild nichts, also könne der Patient auch keine Schmerzen haben. Kein Arzt hat mir bisher erklären können, weshalb dies bei Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule anders sein soll als im Bereich der Lendenwirbelsäule.

Bei Befragungen von medizinischen Sachverständigen in Gerichtsverfahren, die in ihren schriftlichen Gutachten zunächst vom Fehlen radiologisch nachweisbarer Befunde auf das Nichtvorhandensein der geklagten Beschwerden geschlossen hatten, wurde auf eine entsprechende Frage dies sogar eingeräumt. Bei Schleudertraumafolgen an der HWS sei dies aber anders. Warum dies anders sein soll, hat mir allerdings ebenfalls noch kein Arzt plausibel machen können.

Dass bei einem Schleudertrauma mehr passieren kann, als das, was auf Röntgenbildern zu sehen ist, beschreibt auch der Neurologe Mumenthaler in seinem Standardlehrbuch: „Neuere Studien zeigen ein typisches Bild, das als pathogenetisch schlecht erklärbar, aber als reale und keineswegs ‘psychogene’ Unfallfolge zu werten ist.“²⁴²

Dass Unfallfolgen ohne morphologisches Substrat vorkommen, hat das Landgericht Bielefeld in einer erst vor kurzem verkündeten (rechtskräftigen) Entscheidung ausgesprochen: „Es liegen²⁴³ lang andauernde neuropsychologische Defizite und neurasthenische Erscheinungen vor, die eindeutig Unfallfolge sind, so das überzeugende Gutachten des Sachverständigen Prof. S. Die Ursache lässt sich durch die chronische Zerrung der Kapsel und des Bandapparates der HWS erklären.

Der chronische Schmerz erklärt die neuropsychologischen Defizite, ohne eine strukturelle Hirnläsion postulieren zu müssen, so wiederum der gerichtliche Sachverständige. Rein auf neurologischer Ebene ergeben neue wissenschaftliche Forschungen, dass pathologische Bahnungssysteme aus den sensiblen Rezeptoren der geschädigten Halswirbelsäule die Zentren im Hirnstamm irritieren, die für die gegenseitige Abstimmung und Integration von vestibulären, optischen und sensorischen Impulsen zuständig sind.“²⁴⁴

Abschließend ein Zitat des Neurologen Kügelgen, das deutlich den geringen Wert von Röntgenaufnahmen, dagegen die Bedeutung der klinischen Untersuchung und der Anamnese deutlich macht: „Konsequenterweise bezeichnet Scheid die apparativen Untersuchungen als ‘Hilfsmittel der Neurologie’. Nach wie vor gilt, dass 70 % aller Diagnosen durch die Anamnese und weitere 20% der Diagnosen durch klinische Untersuchungen gestellt werden. Wer diese Methoden gering schätzt, muss wissen, dass er damit das gesamte medizinische Lehrgebäude verlässt und eine eigene Gutachtermedizin betreibt.“²⁴⁵

VIII. Sonstige Probleme, die in der Praxis oft eine Rolle spielen

Ich werde jetzt kurz auf einige in Gutachten immer wieder auftauchende Probleme eingehen. Ich muss noch einmal auf die Arbeiten von Poeck eingehen, weil seine Aufsätze nicht nur großen

Einfluss auf die Literatur haben.²⁴⁶ Auch viele Gutachter stützen sich auf die Aufsätze von Poeck.

1) Nachweis von Schwindel und Gleichgewichtsstörungen durch neurootologische Untersuchungen

Die Neurootologie ist ein Teilbereich der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, der sich u. a. mit der Diagnose und der Therapie von Schwindel und Gleichgewichtsstörungen (allgemein der Kopfsinne) befasst.

Zu den nach einem Schleudertrauma am meisten geklagten Beschwerden gehört das Symptom „Schwindel“. Nach Keidel²⁴⁷ klagen immerhin 40 % der Patienten nach Schleudertrauma über Schwindel. Poeck behandelt in diesem Zusammenhang zwei Fragen:

- 1. Frage: Gibt es einen „cervikalen Schwindel“, d. h. einen Schwindel, der von Störungen im Bereich der HWS ausgeht?²⁴⁸

So wie ich Poeck verstehe, ist er der Auffassung, dass es einen cervikalen Schwindel und einen „Cervikalnystagmus“, der diesen beweisen könnte, nicht gibt. Unter Nystagmus versteht man unwillkürliche Augenbewegungen, die u. a. mit der Frenzelbrille oder der (Video-) Nystagmographie, also computergestützt, nachgewiesen werden können. Ein Cervikalnystagmus wird durch Drehung des Kopfes ausgelöst. Mit ihm können Störungen im Bereich der Halswirbelsäule nachgewiesen werden.

- 2. Frage: Welche Bedeutung haben neurootologische Untersuchungsverfahren?

Poeck hierzu: „Große Beachtung finden in manchen Kreisen neurootologische Befundberichte, Gutachten und Publikationen einer eher kleinen Gruppe von Untersuchern.“²⁴⁹ Auch wenn hier der Name nicht erwähnt wird: Die Ausführungen Poecks zielen eindeutig auf die von Claussen angewandten Untersuchungsverfahren.²⁵⁰

Auch das OLG Hamm²⁵¹ hält ein neurootologisches Gutachten für untauglich und meint, dass die Vorinstanz, das LG Bochum,²⁵² einen Antrag der Klägerin auf Einholung eines solchen Gutachtens zurecht abgelehnt habe. Dies sei ein untaugliches Beweismittel. Bei der Neurootologie handle es sich um einen Wissenschaftszweig, der noch in den Kinderschuhen und am Beginn der Forschung stecke.

Anders das OLG Celle,²⁵³ das sich bei zwei Urteilen ausdrücklich auf Gutachten von Müller-Kortkamp (einem Doktoranden von Claussen) gestützt hat.

Was den „cervikalen Schwindel“ betrifft, so zitiert Poeck hier eine Arbeit des Neurologen Brandt.²⁵⁴ Wie in dem bereits zitierten Buch,²⁵⁵ so schreibt Brandt zwar nicht definitiv, dass es einen cervikogenen Schwindel nicht gäbe. Er diskutiert lediglich diese Frage und läßt sie meiner Meinung nach offen und hält sie im übrigen auch für überflüssig. Der Jurist sollte sich auch hier in den medizinischen Streit nicht einmischen. Ich weise daher lediglich darauf hin, dass es sehr wohl Literatur gibt, nach der die Existenz eines Cervikalnystagmus und daraus folgend auch eines cervikogenen Schwindels bewiesen ist.²⁵⁶ Auch Matz et al.²⁵⁷ fordern für die Untersuchung von Schwindel die „Suche nach Cervikalnystagmus“.

Merkwürdig ist die Auffassung von Poeck, dass hier neurootologische Untersuchungsverfahren in dem Bereich einer „Außenseitermedizin“ gedrängt werden, um nicht andere Ausdrücke zu

gebrauchen. Es mag sein, dass die von Claussen gebrauchten Diagnosebezeichnungen wie beispielsweise „Hirnstammtaumeligkeit“ u. a. nicht „zum Kanon der Neurologie“,²⁵⁸ möglicherweise auch nicht zum Kanon der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde gehören. Es mag auch sein, dass Claussen zum Nachweis seiner Auffassungen Studien veröffentlicht, bei denen die Untersuchung an einer symptomfreien Kontrollgruppe fehlt. Es mag auch sein, dass seine Studien nicht den Kriterien der Validität genügen. Hieraus zu schließen, dass neurootologische Untersuchungsverfahren nicht eingesetzt werden sollen oder dürfen, geht meiner Meinung nach jedoch voll am Ziel vorbei.

Hier ist zunächst einmal darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Neurootologie nicht etwa um eine „Erfindung“ von Claussen handelt, sondern dass die Neurootologie eine Teildisziplin der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde ist. So gibt es in der deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde eine Untergruppe, die Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Audiologen und Neurootologen (ADANO), die sich mit einschlägigen Untersuchungsverfahren befasst.²⁵⁹

Was die Frage betrifft, ob zum Nachweis von Schwindel und Gleichgewichtsstörungen auch neurootologische Untersuchungsverfahren gehören, beziehe ich mich auf Stoll. Stoll ist Professor für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Leiter der hals-nasen-ohren-ärztlichen Universitätsklinik in Münster. Ihm wird kein ernst zu nehmender Arzt unterstellen, dass er – Stoll – nicht auf dem Boden der hals-nasen-ohren-ärztlichen Schulmedizin steht. Stoll hat ein inzwischen in der 4. Auflage erschienen Standardwerk²⁶⁰ geschrieben und hierin Untersuchungsverfahren aufgeführt, die selbstverständlich zum Bereich der Neurootologie gehören (noch einmal: als Teil der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde). Stoll hat eine ganze Reihe anderer Werke zu dieser Problematik geschrieben.²⁶¹ Poeck, der hier – wenngleich ohne Namensnennung – die methodischen Ansätze von Claussen kritisiert (ob zu Recht oder zu Unrecht, werde ich hier nicht beurteilen), arbeitet meiner Meinung nach hier selbst methodisch unkorrekt, indem er wichtige, einschlägige Literatur einfach unberücksichtigt lässt. Eine Bemerkung zu Claussen sei allerdings gestattet:

So ganz unwissenschaftlich kann die Arbeit von Claussen wohl nicht sein. Denn eine von ihm begründete Untersuchungstechnik (die Craniocorpographie), mit der die Ergebnisse des Unterberger- und des Romberg-Versuches grafisch aufgezeichnet werden können, die Claussen zusammen mit dem Hauptverband der Berufsgenossenschaften entwickelt hat, wird nicht nur von Stoll,²⁶² sondern auch von Feldmann, dem einflussreichsten Autor zur hals-nasen-ohren-ärztlichen Begutachtung,²⁶³ gefordert.

Es darf darauf hingewiesen werden, dass die Schweregradtabellen von Stoll zum Problem Schwindel und von Feldmann beispielsweise zum Problem Hörstörungen die gesamte Gutachtensliteratur beeinflussen, beeinflusst haben und u. a. von den „Anhaltspunkten für die gutachterliche Tätigkeit“ (des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung),²⁶⁴ aber auch von den anderen gebräuchlichen Handbüchern zur Begutachtung zugrunde gelegt werden.²⁶⁵ Die Schweregradtabellen von Stoll werden zum großen Teil wörtlich und identisch in der Form übernommen. Abschließend hierzu nur noch der Hinweis, dass Stoll u. a. ein Buch herausgegeben hat mit dem Titel „Das neurootologische Gutachten“. Ein Arzt, der also der Meinung ist, neurootologische Untersuchungsverfahren seien nicht heranzuziehen, wenn es um den Nachweis von Schwindel geht, müsste also zunächst einmal die komplette, hierzu veröffentlichte Literatur (aus dem Bereich der Schulmedizin) widerlegen.

Mit anderen Worten: Selbst wenn die Arbeiten von Claussen unwissenschaftlich wären, geht es meiner Meinung nach nicht an, gleich einen ganzen Forschungsbereich aus dem Gebiet der HNO-Heilkunde auszuklammern. Man könnte hier den Eindruck haben, als würden neurootologische Untersuchungen deshalb gänzlich abgelehnt, weil hier tatsächlich

Nachweismöglichkeiten bestehen. Was dabei übersehen wird, ist doch folgendes: Alle Funktionsprüfungen und sonstigen Untersuchungen, mit denen Unfallfolgen nachgewiesen werden können (Verifizierung), sind gleichermaßen geeignet, bei deren Nichtvorliegen auch dies nachzuweisen (Unfallfolgen zu falsifizieren).

Zum Problem „Schwindel und Gleichgewichtsstörungen“ kann also festgehalten werden: Symptome wie Schwindel und Gleichgewichtsstörungen kommen nach Schleudertraumata sehr häufig vor. Zu ihrem Nachweis sind hals-nasen-ohren-ärztliche/neurootologische Untersuchungsmethoden heranzuziehen.
--

2) Verletzungsnachweis der Ligamenta alaria oder anderer Kopfgelenksbänder im MRT (= Kernspintomographie)?

In Prozessen taucht immer wieder die Frage auf, ob durch Kernspin-(MRT-)Aufnahmen nachgewiesen werden kann, dass das Unfallopfer eine Verletzung eines Ligamentum alare oder beider Ligamenta alaria (= Flügelbänder) oder anderer Kopfgelenksbänder erlitten hat. Es geht hier meistens um Aufnahmen, die der Neuroradiologe Volle im „Siemens open“, einem oben offenen Kernspintomographen, gefertigt hat und die von dem Neurochirurgen Montazem nachbefundet und als Basis für die von ihm in diesem Bereich durchgeführten Operationen genommen werden. Die Auffassungen zu dieser Frage gehen sowohl unter Medizinern als auch unter Juristen (Gerichten) auseinander.

Volle und Montazem²⁶⁶ haben bei 420 Patienten mit Verdacht auf Instabilität im Bereich der oberen HWS Aufnahmen im Kernspintomographen (MRT) funktionell in Seitneige und in Rotation gefertigt und bei 4,8 % komplette Rupturen eines Lig. alare, bei 12,4 % inkomplette Rupturen gefunden.

Viele Radiologen wenden ein, dass die Verletzung ligamentärer Strukturen auf den von Volle gefertigten MRT-Aufnahmen nicht zu sehen seien. Ein weiterer Kritikpunkt: Volle habe nur Patienten nach Schleudertrauma, aber keine symptomfreie Kontrollgruppe (ohne Unfall) untersucht.

Pfarrmann²⁶⁷ und seine schweizerische Arbeitsgruppe kommen nach Untersuchung einer entsprechenden Kontrollgruppe zu dem Ergebnis, dass die klinische Wertigkeit der MRT im Rahmen von Schleudertauma als gering einzustufen ist. In einer weiteren Studie wurden 50 asymptomatische Personen (Personen ohne Beschwerden) untersucht (keine Nackenbeschwerden, kein Schleudertrauma in der Vorgeschichte etc.). Es wurden zweierlei Untersuchungen durchgeführt, zum einen ein Rotations-MRT und zum anderen eine morphologische Untersuchung. Mit der ersten Untersuchung sollte die Beweglichkeit des Kopfes in Rotation (Drehung), bei der anderen die Form, der Verlauf und die Symmetrie der Flügelbänder untersucht werden. Nach Pfarrmann u. a. wurde keine Korrelation (kein Zusammenhang) zwischen dem Ergebnis der morphologischen und der Rotationsuntersuchung gefunden. Es bestehe auch bei asymptomatischen Probanden ohne Schleudertrauma eine große Bandbreite der maximal möglichen Rechts-Links-Rotation. Diese Messungen seien daher für die Diagnose von Weichteildistorsionen am kraniozervikalen Übergang (Kopf-Hals-Übergang) nicht geeignet.²⁶⁸ Diese Studie wurde allerdings durch eine Unfallversicherung (mit-)finanziert.

Wörtler et al.²⁶⁹ konnten die beiden Ligamenta alaria im hochauflösenden MRT symmetrisch darstellen.

Eine Ulmer Arbeitsgruppe um Tomczak und Hartwig,²⁷⁰ die selbst eine Studie mit 20 symptomfreien Patienten durchgeführt hat, kommt zu folgenden Feststellungen:

- „Die MRT der Ligamenta alaria zeigt schon bei Gesunden Asymmetrien und nicht bei jedem Gesunden darstellbare Bilder.
- Die Möglichkeit der morphologischen Darstellbarkeit verletzter Bänder ist derzeit spekulativ und kann nur durch weiterführende Studien geklärt werden.
- Die Funktions-MRT, wie von Volle u. a. veröffentlicht, bedarf der Evidenz durch kontrollierte Studien mit verbessertem Studiendesign.
- Beidseits unauffällig dargestellte Bänder sind höchstwahrscheinlich nicht in Mitleidenschaft gezogen.“

Oft wird versucht, die Arbeit von Volle zu widerlegen, in dem die Studien von Pfirrmann zitiert werden. Hierbei bleiben die neuesten Arbeiten einer norwegischen Arbeitsgruppe meistent unerwähnt, die als Bestätigung von Volle gelten müssen. Krakenes und andere haben herausgefunden, dass ein Schleudertrauma (von ihnen als „whiplash injury“ bezeichnet) zur Verletzung von folgenden Bandstrukturen führen kann:

- der Ligamenta. alaria,²⁷¹
- des Ligamentum transversum,²⁷²
- der Membrana tectoria, der Fortsetzung des hinteren Längsbandes der Wirbelsäule zwischen dem 2. Halswirbelkörper (C2 = Axis) und dem Vorderrand des Foramen magnum (großes Hinterhauptloch) sowie der Membrana atlantooccipitalis posterior, der breiten Bandverbindung zwischen dem hinteren Atlasbogen (Atlas = 1. Halswirbelkörper = C1) und dem Hinterhauptbein.²⁷³

Krakenes et al. führen weiter aus, dass diese Verletzungen mit der Kernspintomographie nachgewiesen werden können.

Auch die Gerichte sind hier unterschiedlicher Auffassung. So werden Befunde etc. von Volle, wie auch jene von Claussen, beispielsweise von der 19. Zivilkammer des Landgerichts München nicht zum Nachweis von unfallbedingten Verletzungen anerkannt.

Anders das Oberlandesgericht Celle²⁷⁴ und das Oberlandesgericht Frankfurt am Main,²⁷⁵ die sich trotz Einwendungen von diversen (Gerichts-)Sachverständigen auf die Befunde von Volle und Montazem gestützt und diese anerkannt haben. Die an Volle und Montazem geübte Kritik, auch asymmetrische Darstellungen der Ligamenta alaria würden nicht eine Verletzung eines der Bänder beweisen, greift zumindest im Fall des OLG Celle nicht. Dies hat nämlich die Beweiswürdigung in dem dargestellten Sinne ausdrücklich auch darauf gestützt, dass Montazem während der Operation die Bänder selbst gesehen und festgestellt hat, dass eines der Bänder gerissen war. Das Unfallopfer war zu entschädigen. Eine Revision wurde nicht zugelassen.

Ob und in welchem Umfang Verletzungen von Bändern im Kopfgelenksbereich künftig mit MRT nachgewiesen werden können, vermag ich nicht zu sagen. Schon heute darf aber doch darauf hingewiesen werden, dass einschlägige MRT-Befunde alleine möglicherweise zum Nachweis nicht ausreichen. Weiteren Studien darf hier gespannt entgegengesehen werden. Im

Zusammenhang mit weiteren klinischen (u. a. auch manualmedizinischen) Befunden sind sie meiner Meinung nach auch schon heute brauchbar, wenn nämlich radiologische und klinische Befunde übereinstimmen.

Eine andere Methode als Volle wendet Friedburg an. Friedburg untersucht nicht direkt den Zustand der Kopfgelenksbänder, sondern bestimmt mit Funktionsaufnahmen im Computertomogramm die Mobilität der einzelnen HWS-Segmente und trifft auf diese Weise Aussagen zu Funktionseinschränkungen der HWS (Hyper- oder Hypomobilitäten).²⁷⁶

3) Ärztliches Fehlverhalten und Unfallfolgen

Eine große Rolle spielen in der Literatur und in der Begutachtung Argumente wie: „Die Unfallfolgen sind spätestens sechs Monate nach dem Unfall ausgeheilt. Evtl. heute noch bestehende Beschwerden sind auf ärztliches Fehlverhalten zurückzuführen.

Zum Beispiel: Das Unfallopfer ist an der Wirbelsäule operiert worden, weil der Neurochirurg meinte, dies sei zur Beseitigung der Unfallfolgen erforderlich. Ein Sachverständiger schreibt später, die Beschwerden seien auf die Operation, nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen.

Oder: Die behandelnden Ärzte haben falsch behandelt, u. a. einen Schanz'schen Kragen viel zu lange verordnet, durch falsche Auskünfte („Sie sind sehr schwer verletzt worden“) bei Unfallopfern für eine Persistenz der Beschwerden gesorgt o. ä.

Was die Operation betrifft, so hat der BGH mit seiner Entscheidung vom 28.01.2003²⁷⁷ eindeutig klargestellt, dass auch diese Folgen dem Schädiger aus dem Unfall zuzurechnen sind. Dasselbe gilt für andere Formen der Fehlbehandlung. Zwar gilt heute als allgemeine Ansicht in der Medizin, dass eine Schanz'sche Krawatte – wenn überhaupt – nur für einige wenige Tage verordnet werden darf.²⁷⁸ Wenn aber nun ein Arzt infolge Unkenntnis über einen sehr langen Zeitraum eine Schanz'sche Krawatte verordnet, obwohl dies eigentlich kontraindiziert wäre, und hieraus weitere Probleme entstehen, die allein aufgrund des Unfalls nicht entstanden wären, so sind auch diese Folgen dem Schädiger als Unfallfolgen zuzuordnen.

Die Ausführungen von Ludolph zum „Schleudertrauma als Therapieschaden“²⁷⁹ sind rechtlich ohne jede Relevanz. Ludolph ist nämlich der Meinung, dass Patienten nicht unter den Folgen eines Schleudertraumas leiden, sondern unter den Folgen ärztlicher Fehlbehandlung. Ob sie medizinisch richtig sind, mögen Mediziner beurteilen.

Es gilt also: Ist der heutige Zustand des Unfallopfers also nicht nur auf den Unfall, sondern darauf zurückzuführen, dass ein Arzt bei dem Bestreben, Unfallfolgen zu beseitigen, einen Behandlungsfehler begeht, so hat auch hierfür der Unfallverursacher einzustehen.

IX. Das Schleudertrauma in der Rechtsprechung: Einige abschließende Beispiele

In den vorangegangenen Kapiteln habe ich viele Gerichtsurteile zitiert und bin insbesondere auf die Entscheidung des BGH vom 28.01.2003 näher eingegangen. Es soll jetzt kurz dargelegt werden, wie das Problem „Schleudertrauma“ in der sozialgerichtlichen Rechtsprechung gehandhabt wird. Leider gibt es hier vom Bundessozialgericht (BSG) kaum interessante Entscheidungen. Dies liegt an den sehr engen Voraussetzungen, unter denen gegen ein Urteil eines Landessozialgerichts die Entscheidung des BSG angerufen werden kann. Das BSG darf unter anderem nicht prüfen, ob die Vorinstanzen eine richtige Würdigung der vorliegenden Gutachten vorgenommen haben.

In einem Verfahren vor dem Nordrhein-Westfälischen Landessozialgericht (LSG)²⁸⁰ waren die Ansprüche des Klägers auf eine Verletztenrente abgewiesen worden. Das LSG hatte dies damit begründet, Distorsionsverletzungen der HWS würden „nach Erdmann“ in drei Schweregrade eingeteilt. Beim Kläger habe allenfalls eine Beschleunigungsverletzung vom Schweregrad I vorgelegen. Dafür sprächen der Unfallhergang, das Verhalten des Klägers nach dem Unfall, das beschwerdefreie Intervall von 24 Stunden und die drei Tage nach dem Unfall durchgangsärztlich erhobenen Befunde.

Der Kläger hatte hiergegen Revision eingelegt, u. a. mit der Begründung, das angefochtene Urteil beruhe auf einer Verletzung rechtlichen Gehörs, weil das Landessozialgericht (LSG) „Erdmann“ zugrunde gelegt habe, ohne ihn zuvor hierauf hinzuweisen. Der Kläger hatte noch weitere Revisionsgründe geltend gemacht. Das BSG hat ihm jedoch in diesem Punkt Recht gegeben und die Sache zur anderweitigen Entscheidung an das LSG zurückverwiesen.

In Deutschland gibt es in der Sozialgerichtsbarkeit drei Instanzen. In erster Instanz entscheidet das Sozialgericht (SG). Über Berufungen gegen Urteile des SG entscheidet in zweiter Instanz das LSG. Hiergegen kann unter ganz bestimmten, sehr engen Voraussetzungen das BSG als Revisionsgericht angerufen werden.

Um es ganz deutlich zu sagen: Zu der Frage, ob bei der Bewertung der Folgen von Schleuderverletzungen Schweregradtabellen, u. a. jene von Erdmann, zugrunde gelegt werden dürfen, hat das BSG keine Stellung bezogen, sondern lediglich ausgeführt, dass das Gericht die Prozessparteien darauf hinzuweisen habe, dass es bei seinem Urteil die Schweregradeinteilung von Erdmann zugrunde legen werde. Das Urteil dürfe nur auf solche Tatsachen und Beweisergebnisse gestützt werden, zu denen sich die Beteiligten haben äußern können.

Wie im zuvor erwähnten Verfahren das LSG NRW, so legen auch andere Landessozialgerichte ihren Entscheidungen Schweregradtabellen, insbesondere die Schweregradtabelle nach Erdmann, zugrunde und ziehen hieraus Schlüsse über den Heilverlauf, insbesondere die Dauer unfallbedingter Verletzungsfolgen.²⁸¹

Die Handhabung von Schleuderverletzungen, wie sie hier vom LSG NRW und vom Bayerischen LSG vorgenommen wird, dürfte im Bereich der Sozialgerichtsbarkeit eher noch die Regel sein. Die meisten Gerichte in der Sozialgerichtsbarkeit legen also immer noch das oben in Kapitel VI im einzelnen erläuterte Denkmodell nach Erdmann wie folgt zugrunde: Wenn ein Schleudertrauma 1. oder 2. Grades anzunehmen ist, so könne hieraus ermittelt werden, wie lange der Verletzte wegen der Unfallfolgen krank war.

Etwas anders urteilt das Sächsische Landessozialgericht.²⁸² Hier hatte noch die Vorinstanz, das Sozialgericht Chemnitz,²⁸³ in den Entscheidungsgründen festgestellt, die Klägerin habe ein posttraumatisches Zervikalsyndrom Schweregrad I, maximal Schweregrad I–II, erlitten und die Klage abgewiesen. Das LSG hält auch Beschwerden, über welche die Klägerin noch lange nach

dem Unfall geklagt hatte, für unfallbedingt und hat hierfür folgende Indizien angeführt: Es gäbe keine Anhaltspunkte für Aggravation oder Simulation.

Ein Kausalzusammenhang könne auch dann bestehen, wenn vor einem Verkehrsunfall degenerative Veränderungen im Bereich der HWS festzustellen gewesen seien. Trotz vorbestehender derartiger Veränderungen sieht das LSG den Unfall nicht als Gelegenheitsursache, sondern als wesentliche Ursache. Auch der Kausalzusammenhang wird bejaht. Es sei für die Beurteilung eines Kausalverlaufs keineswegs bedeutungslos, wie dies bisweilen medizinische Sachverständige glauben machen wollten, sondern immer ein beachtliches Indiz für einen Kausalzusammenhang, wenn der Unfallzusammenhang eine zeitliche Folge ergäbe. Das LSG bezieht sich hier auf weitere Urteile.²⁸⁴

Insgesamt hat das LSG also unfallbedingte Beschwerden bejaht, hat sich den Sachverständigen jedoch nicht anschließen können, was die Dauer der Beschwerden angeht, sondern lediglich festgestellt, dass eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 von Hundert (= v. H.) für die Zeit bis zum 31.12.1997, das waren 2 ½ Jahre nach dem Unfall, anzuerkennen sei.

In einem Verfahren, bei dem es um die Bewilligung einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit aus der gesetzlichen Unfallversicherung ging, hat das Sächsische LSG²⁸⁵ eine Erwerbsunfähigkeitsrente zugesprochen und hierbei u. a. ausgeführt, die Auffassung, dass röntgenologische Veränderungen gewissermaßen notwendige Bedingungen für die Annahme eines krankhaften Geschehens seien, sei nicht haltbar. Der Senat hat sich dann auf ein neurootologisches Gutachten berufen und der Klägerin Rente wegen Erwerbsunfähigkeit zugesprochen.

In einer Entscheidung vom 27.11.2003 setzt der 2. Senat des Sächsischen LSG seine Rechtsprechung fort. Das LSG hat für die MdE-Bewertung der Folgen eines Schleudertraumas die MdE-Erfahrungswerte bei zentralen vegetativen Störungen als Ausdruck eines Hirndauerschadens zugrunde gelegt und die MdE mit 40 v. H. (im oberen Bereich der einschlägigen MdE-Erfahrungswerte) bewertet.²⁸⁶ Auch hier, wie in der Entscheidung vom 20.02.2003, ist das LSG dem Sachverständigen zwar bei der Frage der Kausalität, nicht aber bei der Festlegung der MdE gefolgt. Der Sachverständige hatte sie hier mit 100 v. H. bewertet.

Auch der erste Senat des Landessozialgerichts Baden-Württemberg in Stuttgart verschließt sich in zwei neueren Entscheidungen der Erkenntnis nicht, dass auch „nach Erdmann“ niedergradig einzustufende Schleudertraumata dauerhafte Folgen haben können. In einer Entscheidung vom 19.12.2003²⁸⁷ hat das LSG bei einem „Schweregrad II“ entgegen einem Gutachten eines Leiters einer unfallchirurgischen Universitätsklinik eine Verletztenrente auf Dauer zugesprochen. Zu diesem Ergebnis ist das LSG im Gegensatz zur Vorinstanz, dem SG Konstanz, gekommen, obwohl beim Beschwerdebild degenerative Schädigungen eine Rolle mitgespielt haben. Der Arbeitsunfall habe dies wesentlich verschlimmert. In einer weiteren Entscheidung vom 19.12.2003²⁸⁸ hat das LSG ebenfalls bei einer HWS-Distorsion vom Schweregrad II–III eine Verletztenrente auf Dauer zugesprochen, ohne dass organische Schäden nachgewiesen worden seien. Auch hier wich das LSG von dem Gerichtgutachten, gefertigt von dem Leiter einer neurochirurgischen Universitätsklinik, ab.

Weniger kritisch werden Gutachten offenbar vom 7. Senat des LSG Baden-Württemberg bewertet. Dieser hat in einer Entscheidung vom 04.12.2003 die Berufung des Unfallopfers zurückgewiesen. Eine posttraumatische Belastungsstörung möge nach dem Unfall vorgelegen haben. Es habe eine Krankheitsanlage bestanden. Gegenüber psychoreaktiven Störungen nach dem Unfall seien im Laufe der Zeit die persönlichkeitsimmanenten Faktoren in den Vordergrund getreten, die ab einem bestimmten Zeitpunkt rechtlich die alleinige wesentliche Ursache für die

fortbestehenden Beschwerden gebildet hätten. Eine exakte Festlegung des Zeitpunktes, wann die persönlichkeitsimmanenten Faktoren die allein wesentliche Ursache darstellten, sei nicht möglich. Der 7. Senat des LSG hat hier meiner Meinung nach die Grundsätze der Kausalität und des anzulegenden Beweismaßstabes nicht richtig angewandt.

X. Zusammenfassung, Ausblick und Tipps

1) Zusammenfassung

In meinem Beitrag habe ich versucht zu zeigen, dass Gutachten besonders aufmerksam und kritisch gelesen werden müssen. Es hat sich bei Ärzten, die oft mit Gutachtensaufträgen bedacht werden, eine Eigendynamik entwickelt mit stereotypen Argumentationsketten, die oft einer kritischen Überprüfung nicht standhalten. Hier noch einmal – zusammengefaßt – die in Gutachten am häufigsten auftauchenden Fehlerquellen:

- 1) Wenn das Unfallopfer aus einem Unfall rechtliche Ansprüche herleiten will, muss der Unfall die Ursache für die Beschwerden und die sich hieraus ergebenden Konsequenzen (z. B. Arbeitsunfähigkeit) sein. Der Unfall muss aber nicht die einzige Ursache sein.
- 2) Degenerative Veränderungen an der HWS schließen Schadensersatz- und andere Ansprüche nicht aus. Dies gilt auch dann, wenn ohne die Veränderungen der Unfall keine oder weniger schwerwiegende Folgen gehabt hätte. Dies gilt jedoch dann nicht mehr, wenn die vorbestehenden Veränderungen auch ohne den Unfall zu denselben Beschwerden geführt hätten, was vom Schädiger zu beweisen ist.
- 3) Der Schädiger haftet auch für psychische Unfallfolgen, und zwar auch dann, wenn es kein organisch fassbares Korrelat hierfür gibt. Dies gilt auch bei besonderer Schadensanfälligkeit des Unfallopfers. Merke: Der Schädiger hat keinen Anspruch darauf, so gestellt zu werden, als hätte er einen Gesunden geschädigt. Oder: Es entlastet den Schädiger nicht, dass das Opfer nicht zu den Starken dieser Welt gehört. Die Grenze liegt bei den sog. Bagatellverletzungen.
- 4) Es gibt keine Harmlosigkeitsgrenze. Die Anzahl der Personen, die nach einem realen Unfall sich anders verhalten als die Probanden in diversen Studien, ist so hoch, dass keine gesetzmäßige Korrelation zwischen Beschädigungen am Fahrzeug und Verletzungsschwere möglich sind. Kraftfahrtechnische Gutachten können daher zur Verletzungsschwere auch keine relevanten Erkenntnisse liefern und sind nicht einzuholen.
- 5) Die Einteilung in Schweregradtabellen mag aus nicht juristischen Gründen sinnvoll sein. Konsequenzen für den Heilungsverlauf ergeben sich hieraus jedoch nicht.
- 6) Zum Nachweis der Folgen eines Schleudertraumas ist kein morphologisches Substrat erforderlich.
- 7) Schwindel und Gleichgewichtsstörungen sind durch hals-nasen-ohren-ärztliche (neurootologische) Untersuchungen zu sichern.

- 8) Ob und inwieweit die Verletzung von Kopfgelenksbändern durch MRT nachgewiesen werden kann, ist wohl noch offen. Es gibt Gerichte, die Befunde von Volle zur Grundlage der Entscheidung machen. Weitere Studien hierzu bleiben abzuwarten.
- 9) Wird das Unfallopfer wegen der Unfallfolgen behandelt und begeht der Arzt hierbei einen Behandlungsfehler, so hat der Schädiger auch hierfür einzustehen.

2) Ausblick

Auch im Jahr 2004 ist beim Thema „Schleudertrauma“ medizinisch, psychologisch, biomechanisch und nicht zuletzt auch juristisch nahezu alles umstritten. Man wird hieraus wohl zunächst den Schluss ziehen müssen, dass es zu diesem Thema keine herrschende Meinung gibt, auch wenn viele Sachverständige dies oft glauben machen wollen. Das heißt aber auch, dass es keine „richtige“ aber auch keine „falsche“ Behandlung gibt. Wenn man schon nicht weiß, was beim Schleudertrauma pathogenetisch (Pathogenes befasst sich mit der Entstehung und Entwicklung von Krankheiten) passiert, woher soll man dann wissen, was und wie hier zu behandeln ist? Wahrlich keine sehr tröstliche Auskunft für das Opfer!

Wie steht es dann aber mit folgender Forderung?²⁸⁹

„Er (der Sachverständige, Anm. d. Verf.) stützt sich dabei auf sein ärztliches, medizinisches Wissen, hat aber zu bedenken, dass nur allgemein als gesichert geltende oder zumindest doch wahrscheinlich gesicherte medizinische Erkenntnisse bei seiner Meinungsbildung zur Anwendung kommen dürfen. Wann sind aber medizinische Erkenntnisse als gesichert anzusehen?

- Wenn sie medizinisch erforscht wurden, ihr gedanklicher Hintergrund plausibel ist und ihre Aussage als zutreffend ermittelt wurde.
- Wenn sie mit gesicherten Methoden im Ergebnis reproduzierbar sind.
- Wenn sie in der Wissenschaft Allgemeingültigkeit besitzen.

Alle drei Kriterien müssen zutreffen.“

Was auch immer im Bezug auf unser Thema „gesichertes medizinisches Wissen“ bedeuten mag,²⁹⁰ eines heißt es mit Sicherheit nicht, nämlich dass gewisse Standardsätze allein durch ständige Wiederholungen in Gutachten zu gesichertem Wissen werden.

Auch hier scheinen mir (einmal mehr) Schweizer Ärzte brauchbare Wege aufgezeigt zu haben. Eine Arbeitsgruppe um Strebel und Ettlín hat Empfehlungen für das diagnostische und therapeutische Vorgehen in der Akutphase entwickelt.²⁹¹ Eine realitätskonforme Begutachtung längere Zeit nach dem Unfall ist oft schon deshalb nicht möglich, weil es an einer verwertbaren Diagnostik in der Akutphase fehlt.

Ebenfalls unter Beteiligung von Ettlín²⁹² ist ein Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma entwickelt worden. Auch dieser oder ähnliche Dokumentationsbögen dürften spätere Begutachtungen erleichtern. Wünschenswert wäre allerdings eine einheitliche, von allen Ärzten anzuwendende Form.

3) Tipps

Angesichts der Probleme, die nach wie vor bei der Beweisführung nach einem Schleudertrauma bestehen, kann dem Unfallopfer nur geraten werden, alles zu tun, um sich die erforderlichen Beweise zu sichern.

Tipps für Unfallopfer (auch für ihre Anwälte):

- Wenn Sie unmittelbar nach dem Unfall Beschwerden haben: Gehen Sie sofort zum Arzt. Wenn erst im Laufe des Unfalltages oder auch danach Beschwerden auftreten, gilt dasselbe.
- Gehen Sie, solange die Beschwerden dauern, regelmäßig zum Arzt, und zwar nicht nur zum Hausarzt, sondern auch zu Fachärzten. Dies sollte mindestens einmal im Monat, zu Beginn auch häufiger sein. Nehmen sie alle angebotenen Möglichkeiten von Heilbehandlungsmaßnahmen wahr.
- Erzählen Sie Familienmitgliedern, Freunden, Arbeitskollegen und Arbeitgeber von Ihren Beschwerden, damit Sie sie im Notfall als Zeugen benennen können!²⁹³

Unfallopfer, die es gewohnt sind, die Zähne zusammenzubeißen und nur dann zum Arzt zu gehen, wenn sie „den Kopf unter dem Arm tragen“, haben per se keine Chance nachzuweisen, dass dauerhaft schwere Unfallfolgen bestehen. Ich bin mir darüber im klaren, dass dies nicht im Sinne der aktuellen Gesundheitspolitik sein mag. Aber was sollen Unfallopfer denn sonst tun?

Wenn Rechtsanwälte dann die im vorigen Kasten genannten Personen als Zeugen benennen (vor allem auch den erstbehandelnden und die anderen Ärzte), ist es nach meiner Auffassung geradezu widersinnig, wenn dann noch gesagt wird, aufgrund eines Sachverständigengutachtens läge die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung unter 10 km/h, dass alles könne gar nicht sein. Ein Glücksfall ist es natürlich, wenn der Arzt, der das Unfallopfer nach dem Unfall behandelt hat, auch schon vorher über Jahre behandelnder Arzt war, wenn er also über den Zustand vor dem Unfall Aussagen machen kann, wie dies im Fall des LG Kempten²⁹⁴ der Fall war.

XI. Literaturempfehlungen

1) Juristische Literatur

Es gibt eine Vielzahl von Zeitschriftenaufsätzen und Buchbeiträgen, von denen eine Auswahl hier genannt sei:

- Dannert, Rechtsprobleme bei der Feststellung und Beurteilung unfallbedingter Verletzungen der Halswirbelsäule, NZV 1999, 453 ff.
- Dannert, Erneute Schädigung einer bereits vorgeschädigten Halswirbelsäule, NZV 2000,9 ff.

- Dannert, ZfS 2001, 2 und 2001, 5.
- Kuhn, P., HWS-Verletzungen in der Schadensregulierung, DAR 2001, 344 ff.
- Lemcke, Beweisanforderungen im Haftpflichtverfahren aus der Sicht des Richters, in: Castro, Kügelgen, Ludolph, Schröter (Hrsg.) Das „Schleudertrauma“ der Halswirbelsäule, 1998, 63 ff.
- Lemcke, Das „HWS-Schleudertrauma“ aus juristischer Sicht, NZV 1996, 337 ff.
- Müller, G., Spätschäden im Haftpflichtrecht, VersR 1998, 129.
- Müller, G., Der HWS-Schaden – Bestandsaufnahme und Perspektiven; VersR 2003. 137
- Senn, J., Harmlosigkeitsgrenze bei Unfällen mit HWS-/Hirnverletzungen?, AJP/PJA (Archiv für Juristische Praxis, eine schweizerische Rechtszeitschrift), 2002, 274.
- Wedig, H.-D., Rechtsfragen bei der Beurteilung von HWS-Schäden, DAR 1995, 60 ff.
- Wedig, H.-D., Aktuelle Rechtsprechung zur Kausalitätsfrage bei HWS-Beschleunigungsverletzungen, in: Graf-Baumann, T., Lohse-Busch, H., Weichteildistorsionen der oberen Halswirbelsäule, Anatomie, Neurophysiologie, Diagnostik und Begutachtung, 1997, 218 ff.
- Wedig, H.-D., „Harmlosigkeitsgrenze“ bei HWS-Verletzungen?, Zugleich eine Besprechung des BGH-Urteils vom 28.01.2003, VI ZR 139/02, DR 2003, 393 ff.

2) Medizinische und psychologische Literatur

b) Allgemeines

Die Medizinische Literatur ist unüberschaubar. Zum Problem „Verletzung der HWS“ hier daher nur einige Beispiele. Es wird empfohlen, auch die Aufsätze in medizinischen oder psychologischen Fachzeitschriften nachzulesen, die in Gutachten zitiert werden, wenn der Sachverständige ganz offensichtlich sein Gutachten hierauf gestützt hat. Etliche Zeitschriften veröffentlichen Aufsätze im Volltext im Internet. Hier einige Beispiele, wobei zunächst der Name der Zeitschrift, dann die Zitierweise und die Internetadresse genannt werden:

- Deutsches Ärzteblatt (DÄ) (www.aerzteblatt.de)
- Schweizerische Medizinische Wochenschrift (SMW) (www.smw.ch)
- Schweizerische Ärztezeitung (SÄZ) (www.saez.ch)
- Schweizerisches Medizinforum (Schweiz Med Forum) (auch unter www.smw.ch)
- British Medical Journal (BMJ) (www.bmjournals.com)

Die anderen Zeitschriften, die ich überblicke, veröffentlichen wenigstens die Zusammenfassungen (abstracts).

c) Hier einige Aufsätze, die auch für Juristen und andere Nichtmediziner gut lesbar sind:

- Opel, U., Gutachterliche Pflichten am Beispiel des „Schleudertrauma“, Manuelle Medizin, 1999, 241 ff.
- Opel, U., Medizinische Komponente beim HWS-Trauma, DAR 2003, 400 ff.

Im Übrigen darf ich auf die zahlreichen Aufsätze verweisen, die ich im vorstehenden Text zitiert habe.

d) Fachbücher

Auch hier nur eine kleine Auswahl:

- Erdmann, H., Schleuderverletzung der Halswirbelsäule, Erkennung und Begutachtung, 1973.
- Bortz und Döring, Forschungsmethoden und Evaluation, 1995, dort ab S. 344 (zu den Anforderungen an ein psychiatrisches Gutachten).
- Claussen, C.F., Die funktionsorientierte neurootologische medizinische Begutachtung von Verkehrsunfallopfern nach einem HWS-Schleudertrauma, 32. VGT 1994 (Veröffentlichungen des 32. Verkehrsgerichtstages 1994), 234 ff.
- Di Stefano, G., Das sog. Schleudertrauma der Halswirbelsäule, 1999.
- Graf-Baumann, T., Lohse-Busch, H., Weichteildistorsionen der oberen Halswirbelsäule, Anatomie, Neurophysiologie, Diagnostik, Therapie und Begutachtung, 1997.
- Hülse, M., Neuhuber, W.L., Wolff, H.D., Der kranio-zervikale Übergang, Grundlage, Klinik und Pathophysiologie, 1998.
- Otte, A., Das Halswirbelsäulen-Schleudertrauma, ein Ratgeber für Ärzte und Betroffene, 2001.
- Wolff, H.D., Die Sonderstellung des Kopfgelenkbereichs, Grundlagen, Klinik und Begutachtung, 1988.
- Wolff, H.D., Neurophysiologische Aspekte des Bewegungssystems, 3. Aufl., 1996.
- Zenner, P., Die Schleuderverletzung der Halswirbelsäule und ihre Begutachtung, 1987.

Empfehlenswert sind auch die Standardwerke zur Begutachtung, die den Medizinern (nicht nur) die rechtlichen, für die Begutachtung geltenden Grundsätze und den Juristen (nicht nur) medizinische Kenntnisse vermitteln, z. B.:

- Feldmann, H., Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohrenarztes, 5. Aufl., 2001.
- Fritze, E., May, B., Mehrhoff, F. (Hrsg.), Die ärztliche Begutachtung, Rechtsfragen, Funktionsprüfungen, Beurteilungen, Beispiele, 6. Aufl., 2001.
- Mehrhoff, F., Muhr, G., Unfallbegutachtung, 10. Aufl., 1999.
- Nedopil, N., Forensische Psychiatrie, 2. Aufl. 2000.
- Rauschelbach, H.H., Jochheim, K. A., Widder, B. (Hrsg.), Das neurologische Gutachten, 4. Aufl., 2000.
- Rompe, G., Erlenkämper, A. (Hrsg.), Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 3. Aufl., 1998, 4. Aufl. angekündigt, aber noch nicht erschienen.
- Schönberger, A., Mehrtens, G., Valentin, H., Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl., 2003.
- Suchenwirth, R.M.A., Kunze, K., Krasney, O.E., Neurologische Begutachtung, 3. Aufl., 2000.
- Venzlaff, U., Foerster, K., Psychiatrische Begutachtung, Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen, 3. Aufl. 1999.

XII. Persönliche Schlussbemerkung



Wenn Aristoteles mit dem Beginn seiner berühmten Schrift *Recht* hat, und wenn seine Aussage auch heute noch gelten soll, so setzt dies nach meiner Meinung voraus, dass der Wissbegierige die Tatsachen überhaupt erfährt, die dann sein Wissen bilden sollen. Das setzt weiter voraus, dass diejenigen, die sich als bereits Wissende fühlen (Experten, Sachverständige), den anderen ihr Wissen auch kundtun. Ich habe große Zweifel, dass dies in der gebotenen Weise geschieht.

Ein Beispiel habe ich oben genannt. Ich unterstelle, dass ein früherer Ordinarius für Neurologie, u. a. Autor mehrerer Lehrbücher, die internationale Literatur kennt, die den wissenschaftlichen Bereich betrifft, über den er Aufsätze schreibt. Wie soll man es dann werten, dass Poeck nahezu die gesamte Literatur verschweigt, die es z. B. zum Problem „psychische Folgen nach Schleudertrauma“ gibt und nur einige wenige Literaturstellen zitiert, die (Zufall oder nicht?) in eine Richtung gehen: „Solche Schleudertraumafolgen gibt es nicht.“

Oder: Was soll ich davon halten, dass in der deutschen Literatur zum Problem „Harmlosigkeitsgrenze“ oft (oder meistens?) so getan wird, als würde auf der Welt zu diesem Komplex nur in Münster in Westfalen geforscht. Wie kommt es, dass es Juristen, die die entsprechenden Informationen dringend benötigen, um entsprechende Fälle richtig handhaben zu können, vorenthalten wird, dass es in den USA, Skandinavien, den Niederlanden und vielen anderen Ländern Forscher gibt, die zu ganz anderen Ergebnissen kommen als Castro und Schimmelpfennig/Becke. Nicht einmal deutsche Wissenschaftler (u. a. Otte, Blauth und Pohlemann) werden zur Kenntnis genommen.

Das Problem Wissen um die Zusammenhänge von „whiplash“ hat aber noch eine andere Komponente. In allen Bereichen der Medizin gibt es unter dem Stichwort „Evidenzbasierte Medizin“ Bestrebungen, die medizinischen Standards zu verbessern. Eine der Organisationen, die sich international um die evidenzbasierte Medizin kümmert, ist die Cochrane Library. Diese unterteilt den Wissensstand, der in einem bestimmten medizinischen Bereich besteht, in vier Grade ein (von erstgradig = bestgradig bis viertgradig). Für die Cochrane Library haben mehrere Wissenschaftler das Wissen um „whiplash“ untersucht und sind zu dem Ergebnis gekommen, dass dieses nur als viert-(also niedrigst-)gradig einzustufen ist.²⁹⁶

Zu vergleichbaren Schlussfolgerungen kommt die bereits wiederholt angesprochene Quebec Task Force²⁹⁷ (QTF), die weltweit über 10 000 Veröffentlichungen aus den Jahren 1980–1994 zum Thema „Whiplash associated disorders, WAD“ ausgewertet hat und zu dem Ergebnis gekommen ist, dass gerade einmal 62 (das sind 0,6 %) wissenschaftlichen Standards entsprechen.

Wenn die Cochrane Library und die QTF Recht haben, dass das Wissen über das Problem Schleudertrauma so bescheiden ist, so ist es nach meiner Meinung geradezu unglaublich, dass dieses wenige Wissen, repräsentiert in internationaler wissenschaftlicher Literatur, den Juristen, denen diese Literatur nicht ohne weiteres zugänglich ist, vorenthalten wird. Wie soll ein Richter, der aus Aufsätzen in juristischen Fachzeitschriften und aus Gutachten nur von den Arbeiten Castros und Schimmelpfennigs Kenntnis hat, die internationalen Studien, die zu anderen Ergebnissen kommen, jedoch nicht kennt (nicht kennen kann), zu zutreffenden Bewertungen der Folgen von Schleudertraumen kommen ?

Ein großes Problem scheint mir auch die Frage zu sein, ob Menschen, die unter den Folgen eines Schleudertraumas leiden, immer mit dem gebotenen Respekt behandelt, ob sie in ihrem Leiden

immer ernst genommen werden. Diese Frage ergibt sich nicht nur, wenn man bedenkt, dass ihnen, ihren Rechtsanwälten und den entscheidenden Juristen Kenntnisse (s. o.) einfach vorenthalten werden, derer sie dringend bedürfen. Diese Frage drängt sich auch auf, wenn man betrachtet, mit welcher teilweise ironisierenden Ausführungen leidende Menschen bedacht werden.

Dies gipfelt dann beispielsweise darin, dass ein Arzt (Professor) Gesundheitsstörungen, unter denen ein Unfallopfer leidet, nicht als Problem „Folgen eines Unfalls“, sondern als eine Folge der Darstellung von Schleudertraumafolgen in den Massenmedien darstellt²⁹⁸ oder von einer „iatrogenen medico-juristischen Schleudertrauma-Rentenepidemie“ spricht²⁹⁹. Mit anderen Worten: Nicht der Unfall hat die Schmerzen, unter denen das Opfer seit dem Unfall leidet verursacht, sondern die Juristen, die das Opfer zur Durchsetzung seiner Ansprüche aufsucht!

Im Jahre 1921 hat der berühmte schweizerische Psychiater Eugen Bleuler (1857–1939) ein Buch geschrieben,³⁰⁰ in dem er sich Gedanken zu seiner Meinung nach autistisch-undiszipliniertes Denken in der Medizin macht und Überlegungen zu dessen Überwindung anstellt. Bleuler schreibt u. a.: „Trotz aller Fortschritte der modernen Medizin ist namentlich in Behandlung und Vorbeugung – aber nicht ausschließlich da – noch manches darin autistisch wie beim Primitiven.“³⁰¹

Ob Bleuler wohl heute, mehr als 80 Jahre später, der Meinung wäre, dass autistisch-undiszipliniertes Denken in der Medizin überwunden ist? Diese Frage lässt sich natürlich auf die juristischen Bereiche übertragen, vor allem auch, wenn man manche Urteile liest, die sich mit den Folgen von Schleudertraumata befassen.

Mir stellt sich seit langem die Frage, was Wissenschaftler dazu bringen mag, den Wissensdurst vieler so dürftig zu stillen und den Wissbegierigen so viel Wissen vorzuenthalten. Der Mönch und Philosoph Giordano Bruno wurde vor wenig mehr als vierhundert Jahren noch dafür verbrannt, dass er u. a. erkannt hatte, dass das Universum unendlich ist, und dass er diese seine Erkenntnis auch in Wort und Schrift³⁰² verkündet hat. Er hätte sein Wissen, das von der Kirche als Irrlehre bezeichnet worden war, für sich behalten sollen!

Heute werden Menschen, die andere Menschen mit zu viel Wissen versehen, nicht mehr verbrannt. Was also bringt Ärzte und andere „Experten“ dazu, ihr sicher vorhandenes Wissen für sich zu behalten und uns nur einen Teil davon zur Verfügung zu stellen? Es kann doch wohl nicht daran liegen, dass man der Meinung ist, dass die internationale Literatur, die z. B. Schimmelpfennig und Castro widerspricht, falsch ist, auf unseriöse Art und Weise zustande gekommen ist o. ä.. Dann könnte man das doch sagen, wäre dann aber gezwungen, gleichzeitig zu erklären, warum dies so sein soll. Also was steckt dann dahinter?

Will man am Ende gar nicht, dass Unfallopfer, ihre Rechtsanwälte und die Richter zu viel wissen?

Nach einer 2002 veröffentlichten schwedischen Studie waren bei 55% der Patienten noch 17 Jahre nach dem Unfall zum Teil schwere Folgen eines Schleudertraumas festzustellen.³⁰³ Diese Zahl und die eingangs erwähnte Unfallstatistik sowie die Autoren, die zum Kapitel „Erdmann“ zitiert wurden,³⁰⁴ sind, wie ich meine, Grund genug, alles vorhandene Wissen, das international angehäuft wurde, zusammenzutragen und auch zu berücksichtigen. International auch deshalb, weil es in Deutschland nun einmal derartige Langzeitstudien, wie Bunketorp sowie Gargan und Bannister sie durchgeführt haben, nicht gibt oder mir zumindest nicht bekannt sind.

Zum Schluss möchte ich noch auf ein Problem hinweisen, das im hier besprochenen Zusammenhang auftaucht. Es geht noch einmal unter einem anderen Aspekt als oben dargelegt um die Frage, ob Unfallopfer in ihren Leiden immer in der gebotenen Weise ernst genommen werden.

Der Professor für Philosophie (Spezialgebiet u. a. Medizin-Ethik), Ottfried Höffe, hat nach meiner Meinung eine wichtige Aussage zur Stellung von Ärzten und Pflegepersonal gemacht, die diese Patienten gegenüber einnehmen. Ich bin allerdings der Auffassung, dass der von Höffe angesprochene Personenkreis von Ärzten und Pflegepersonal auf Sachverständige (vor allem, wenn sie auch Ärzte sind) und auf eine ganze Anzahl von Personen erweitert werden kann, die beruflich mit Unfallopfern zu tun haben. Die Ausführungen von Höffe³⁰⁵ lassen sich wie folgt auf unser Problem abwandeln:

Die Unfallopfer erwarten zurecht von Medizinern, auch und gerade, wenn sie als Sachverständige tätig sind, dass sie einerseits handwerklich auf dem neuesten Stand des Wissens sind, andererseits aber auch, dass sie nicht verlernen, Patienten wie Menschen und nicht wie organische Maschinen zu behandeln.

Behandelnde und begutachtende Ärzte sowie u. a. auch Sachbearbeiter bei Berufsgenossenschaften und Versicherungsgesellschaften, Richter u. a. m. müssen aus dem Wissen heraus handeln, dass sie mit Menschen zu tun haben, die leiden, und zwar Menschen, die nicht bloß an etwas – z. B. an den Unfallfolgen – leiden, sondern häufig genug wegen ihres physischen Leidens auch im engen und strengen, psychischen Sinn leiden.

¹ Quelle: Statistisches Bundesamt, Gruppe Verkehr VC-81.

² z.B. Geigel, Der Haftpflichtprozess, 23. Auflage 2001, Küppersbusch, Ersatzansprüche bei Personenschäden, 7. Auflage 2000 (beide Auflagen noch zum alten Recht; inzwischen liegen beide Werke in Neuauflage unter Berücksichtigung des neuen Schadensrechts vor: Geigel, 24. Aufl. 2004 und Küppersbusch, 8. Aufl. 2004) und v. a. m., zum Schmerzensgeldrecht: Hacks, S., Ring, A., Böhm, P., Schmerzensgeld-Beträge, 21. Aufl., 2002.

³ z.B. Erlenkämper/Fichte, Sozialrecht, 3. Auflage 1996.

⁴ vgl. die Literatur zu den allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung, AUB, u.a. Grimm, W., Unfallversicherung, AUB-Kommentar, 3. Aufl., 2000 sowie die Kommentierung zu den AUB in: Prölls, J., Martin, J., Versicherungsvertragsgesetz, 26. Aufl., 1998 (Vom Verlag C.H. Beck eine Neuauflage für April 2004 angekündigt).

⁵ z.B. Jaeger/Luckey, Das neue Schadensersatzrecht, 2002. Müller, G., Das reformierte Schadensrecht, Zeitschrift für Versicherungsrecht (VersR), 2003, 1 ff.

⁶ Buschbell, H., Straßenverkehrsrecht, Nachtrag 2002, Das neue Schadensersatz-, Prozess- und Verjährungsrecht, (www.downloads.beck.de)

⁷ zum neuen Schmerzensgeldrecht s. Jaeger, L., Luckey, J., Schmerzensgeld, Tabelle, Systematische Erläuterungen, Muster, Urteilstexte auf CD, 2003. Müller, G., VersR 2003, 1.

⁸ wohl erstmals benutzt von Crowe, H., 8 cases of neck injuries resulting from traffic road accidents, Report, Western Orthopedic Association, 1928.

⁹ wie Crowe, H., fast vierzig Jahre später selbst eingeräumt hat: A new diagnostic sign in neck injuries, California Medicine, 1964, 12-3.

¹⁰ seit Fischer, D., Palleske, H., Das EEG nach der so genannten Schleuderverletzung der Halswirbelsäule (zervikozephalles Beschleunigungstrauma), ZBl. Neurochirurg. 1976, 26-35.

¹¹ vgl. zu den „Syndromen“ u.a. Claussen, C.F., Medizinische neurootologische Wege zum Lösen von Beweisfragen beim HWS-Schleudertrauma, Deutsches Autorecht (DAR = 337/338).

¹² Bundessozialgericht (BSG), Entscheidung vom 18.03.2003 – Az.: B 2 U 31/02 R, (www.bundessozialgericht.de)

¹³ Mollowitz, GG: Der Unfallmann, 11. Aufl. 1993, S. 47.

¹⁴ Auf das Problem „MdE nach Schleudertrauma“ wird anhand einiger aktueller Urteile noch näher eingegangen.

¹⁵ Küppersbusch, G., a.a.O. Rz. 3 ff.

¹⁶ vgl. zu den Kausalitätsanforderungen im Zivilrecht u.a. Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 62. Auflage, 2003, Rz. 54 vor § 249, Geigel, a.a.O., Kap. 1, Küppersbusch, a.a.O., Rz. 3 ff.

¹⁷ Erlenkämper/Fichte, a.a.O., 75.

-
- ¹⁸ Erlenkämper/Fichte, a.a.O., 76.
- ¹⁹ Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 2002, Stichwort „Bandscheibe“.
- ²⁰ a.a.O., Stichwort „Nucleus pulposus“.
- ²¹ Krämer, J., Bandscheibenbedingte Erkrankungen, 3. Auflage, 1994, 1.
- ²² Pschyrembel, a.a.O., Stichwort „Gewebe, bradytrophes“.
- ²³ Krämer, J., a.a.O., 6.
- ²⁴ a.a.O.
- ²⁵ Krämer, J., a.a.O.
- ²⁶ Krämer, J., a.a.O., 13.
- ²⁷ vgl. Kap. 5.2; 10.3; 10.4.
- ²⁸ Wolff, H.D., Anmerkungen zu den Begriffen „degenerativ“ und „funktionell“, Manuelle Medizin 1987, 52 [54] = Zeitschrift für Orthopädie, 1986, 385 [386].
- ²⁹ vgl. Wolff, a.a.O.
- ³⁰ BGH, Urteil vom 05.10.1968, Zeitschrift für Versicherungsrecht (VersR) 1969, 44.
- ³¹ BGH, Urteil vom 02.10.1990, VersR 1991, 432.
- ³² OLG München, Urteil vom 04.03.1993, AZ.: 24 U 773/92.
- ³³ vgl. hierzu bereits die oben zitierte Entscheidung des BGH vom 15.10.1968, a.a.O., sowie OLG München, Urteil vom 04.03.1993 und aus neuerer Zeit: Kammergericht Berlin Neue Zeitschrift für Verkehrsrecht (NZV) 2003, 239.
- ³⁴ Lemcke, K., Beweisanforderungen im Haftpflichtverfahren aus der Sicht des Richters, in: Castro et.al., Das „Schleudertrauma“ der Halswirbelsäule, Beschleunigungseinwirkung–Diagnostik–Begutachtung, 1998, 63[68].
- ³⁵ u.a. BGH, Entscheidung vom 05.11.1996, Neue Juristische Wochenschrift (NJW) 1997, 455.
- ³⁶ u.a. BGH, Zeitschrift für das gesamte Versicherungsrecht (VersR) 1996, 990; BGH VersR 1998, 201; NJW 1993, 2234, u.v.a.
- ³⁷ BGH in Deutsches Autorecht (DAR) 2002, 115; vgl. hierzu auch die ausführliche Rechtsprechungsübersicht von Gerlach, DAR 2002, 241.
- ³⁸ KG NZV 2003, 239.
- ³⁹ S. weiter unten (3): Rechtliche Bewertung der psychischen Unfallfolgen.
- ⁴⁰ Ritter, G., Unfallneurotische Entwicklungen nach Halswirbelsäulen-Schleudertraumen, DAR 92, 47–50.
- ⁴¹ Anm. d. Verfasser.
- ⁴² Dahlmann, W., Psychische Unfallfolgen, DAR 92, 325–30.
- ⁴³ Poeck, K., Kognitive Störungen nach traumatischer Distorsion der Halswirbelsäule?, Deutsches Ärzteblatt (DÄBl) 1999, A-2596; Poeck, K., Zur neurologischen Begutachtung nach „HWS-Schleudertrauma“, Aktuelle Neurologie, 2002, 288-94.
- ⁴⁴ Sellier, K., Unterharnscheid, F., Mechanik und Pathomorphologie der Hirnschäden nach stumpfer Gewaltanwirkung auf den Schädel, Hefte zur Unfallheilkunde, Heft 76, 1963, dort: Verletzungen des Rückenmarks, des Halses und der Wirbelsäule, S. 88–90.
- ⁴⁵ Krämer, G., Hopf, H.C., Zerebrale Störungen nach isolierten „HWS-Schleudertraumen“ (zerviko-zephalen Beschleunigungstraumen), Aktuelle Neurologie 1981, 114–9.
- ⁴⁶ Krämer, G., Hopf, H.C., a.a.O. 115.
- ⁴⁷ Mit freundlicher Genehmigung des Georg-Thieme-Verlages.
- ⁴⁸ vgl. auch Krämer, G., HWS-Schleudertraumen, Zur Pathogenese der zerebralen Beteiligung und persistierender posttraumatischer Störungen, medwelt 1983, 1134–40.
- ⁴⁹ Lips, U., Das Schütteltrauma - eine wenig bekannte Form der Kindsmisshandlung, Schweizerische Ärztezeitung (SÄZ) 2000, 1571-1575 = Schweiz Med Forum 2002, 72–6.
- ⁵⁰ Roth, G., Das Gehirn und seine Wirklichkeit, Kognitive Neurobiologie und ihre philosophischen Konsequenzen, 6. Aufl, 2001, 32.
- ⁵¹ Goldenberg, G., Neuropsychologie, Grundlagen, Klinik, Rehabilitation, 1996, 2.
- ⁵² Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, Gutachten zur Neuropsychologie als wissenschaftlichem Psychotherapieverfahren, DÄBl 2000, A-2188.
- ⁵³ u.a. Keidel, M., u.a. Neuropsychologische Defizite nach HWS-Schleudertrauma im prospektiven Verlauf, in: Graf-Baumann/Lohse-Busch, a.a.O., 89-101 und in vielen anderen Schriften, u.a. in mehreren Lehrbüchern.
- ⁵⁴ Kessels, RPC., et al, Cognitive functioning after whiplash injury: A meta-analysis, Journal of the International Neuropsychological Society, 2000, 271-8.
- ⁵⁵ di Stefano, G., Das sog. Schleudertrauma, Neuropsychologische Defizite nach Beschleunigungsmechanismus der Halswirbelsäule, 1999.
- ⁵⁶ Kissel, W., Das Drama mit dem Schleudertrauma – Das chronische Whiplash-Syndrom mit seinen neuropsychologischen und psychiatrischen Befunden, Praxis, 1999, 1793-1802.
- ⁵⁷ Kissel, W., Whiplash/Schleudertrauma – Vom „Schleudertrauma“ zur chronischen Krankheit, Differenzialdiagnose, Co-Morbiditäten, Frühabklärung, Frühtherapie, Schweizerische Ärztezeitung (SÄZ) 2000, 2803-9.
- ⁵⁸ Auskunft erteilt die Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP).
- ⁵⁹ u.a. Otte, A. et al, Parieto-occipital hyperfusion in late whiplash syndrome: First quantitative SPET study using technetium-99m bicisate (ecd), European Journal of Nuclear medicine, 1996, 72-4; Otte, A. et al, PET and SPECT

in whiplash syndrome: a new approach pur forgotten brain?, *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 1997, 368 S. 372. Otte, A. et al, Cerebral findings following cervical spine distortion caused by acceleration mechanism (whiplash injury). *Assessment of Current diagnostic methods in Nuclear Medicine*, Schweizerische Rundschau für medizinische Praxis, 1996, 1087-90.

⁶⁰ Otte, Das Halswirbelsäulen-Schleudertrauma, 2001.

⁶¹ vgl. die beiden vorangegangenen Fussnoten, sowie viele andere Arbeiten.

⁶² a.a.O.

⁶³ Bicik, I., Radanov, B.P., Schäfer et al., PET with 18 fluorodeoxyglucose and hexamethylpropylene amine oxime SPECT in late whiplash syndrome, *Neurology*, 1998, 345 ff.

⁶⁴ Radanov, B.P., Bicik, I., Dvorak, J., et al., Relation between neurophysiological and neuroimaging findings in patients with late whiplash-syndrome, *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1999, 485-9.

⁶⁵ Poeck, K., DÄBl 1999, a.a.O.

⁶⁶ a.a.O., 71.

⁶⁷ Ichise, M., et al. Technetium-99m-HMPAO SPECT, CT and MRI evaluation of patients with chronic traumatic brain injury: A correlation with neuropsychological performance, *Journal of Nuclear Med.*, 1994, 35: 217-26.

⁶⁸ Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Leitlinie Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule.

⁶⁹ Kissel, W., SÄZ 2000, a.a.O., 2804.

⁷⁰ Foerster, K., Die sog. „Rentenneurose“ Psycho-pathologisches Syndrom oder obsoleter Begriff? in: *Fortschritte der Neurologie und der Psychiatrie*, 1987, 249-60.

⁷¹ Foerster, K., Die sog. „Unfallneurose“ – Ein umstrittener Begriff, *Aktuelle Traumatologie* 1987, 219-23.

⁷² WHO (Weltgesundheitsorganisation): Internat. Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 4. Aufl. 2000

⁷³ American Psychiatric Association, Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM.

⁷⁴ www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/index.html

⁷⁵ Freud, S., *Jenseits des Lustprinzips*, 1920, *Gesammelte Werke (GW)*, Fischer Taschenbuchverlag, 1999 Bd. XIII, 1 70 [9 ff;31 ff] (hier benutzt), nach der Ausgabe von Imago Publishing & Co. Ltd, London, 1940, Freud, S., *Zur Kritik der Angstneurose*, 1895, GW, Band I, 357-76. Freud, S., *Einleitung zu „Zur Psychoanalyse der Kriegsneurose“*, 1919, GW, Band XII, 321-4.

⁷⁶ Oppenheim, H., *Die traumatischen Neurosen*, nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen, 1889.

⁷⁷ Freud, S., *Aus der Zusammenarbeit mit Breuer*, *Theoretisches*, 1895, GW, Nachtragsband, 272.

⁷⁸ Freud, S., *Bericht über eine Studienreise nach Paris*, 1886, GW, Nachtragsband, 41 sowie ders. *In Hysterie* (in *Villarets Handwörterbuch*) 1888, GW, 83.

⁷⁹ Erichsen, J. E., *On railway and other injuries of the nervous system*, 1866 (1867).

⁸⁰ in: Wolff, H.D., (Hrsg), *Die Sonderstellung des Kopfgelenkbereichs*, 1988, 165-71.

⁸¹ WHO, Weltgesundheitsorganisation, *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*, ICD-10 Kapitel V (F), *Klinisch-diagnostische Leitlinien*, hrsg. von Dilling, H., et. Al. 4. korr. U. erg. Aufl. 2000.

⁸² Seidler, H. u.a., *Der psychisch traumatisierte Patient in der ärztlichen Praxis*, DÄBl 2002, 77-81 [78].

⁸³ u.a. Haefliger, J., *Invaldität und berufliche Reintegration*, *Internationaler Kongress zum Thema „HWS-Distorsion (Schleudertrauma) und leichte traumatische Hirnverletzungen vom 29.-30. Juni 2000 in Basel*, z.B. www.schleudertrauma.ch

⁸⁴ Stallard, P., u.a., *Prospective study of post-traumatic stress disorder in Children involved in Road Traffic Accidents*, *British Medical Journal (BMJ)* 1998, 1619-23.

⁸⁵ Radanov, B.P. u.a., *Psychische Veränderungen nach Schleuderverletzungen der Halswirbelsäule*, *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 1989, 536-43. vgl. auch Kallert, T.W., *Zur Spezifität psychischer Unfallfolgen unter besonderer Berücksichtigung der HWS-Beschleunigungsverletzung*, in: *Kügelgen* (Hrsg.), *Neuroorthopädie* 6, 1995, 175-85.

⁸⁶ Poeck, K., a.a.O.

⁸⁷ Mayou, R., et al., *Outcome of whiplash neck injury*, *Injury* 1996, 617-23. Mayou, R., et al., *Prediction of Psychological Outcomes One Year after a Motor Vehicle Accident*, *American Journal of Psychiatry*, 2001, 1231-8. Mayou, R. et al., *Outcome in consecutive emergency department attenders following a road traffic accident*, *British Journal of Psychiatry*, 2001, 528-34. Mayou, R., et al., *Psychiatry of whiplash neck injury*, *British Journal of Psychiatry* 2002, 441-8.

⁸⁸ Kallert, T.W., a.a.O., 181.

⁸⁹ vgl hierzu u.a. die Zusammenfassung der Rechtsprechung zu diesem Thema in Born, W., *Lohnt es sich, verrückt zu werden? Neue Entwicklungen bei psychischen Folgeschäden*, *OLG Report Kommentar* 2003, alle Hefte, K4-K8.

⁹⁰ BGH, *Entscheidung vom 12.11.1985*, NJW 1986, 777.

⁹¹ OLG Hamm, *Entscheidung vom 27.08.2001*, NZV 2002, 171 = VersR 2002, 994 (nur Leitsatz abgedruckt).

⁹² OLG Hamm, NZV 2002, 36.

⁹³ BGH, VersR 1998, 201.

⁹⁴ BGH, *Entscheidung vom 30.04.1996*, VersR 1996, 990 = NJW 1996, 2425.

⁹⁵ Anm. d. Verfasser.

-
- ⁹⁶ BGH, Entscheidung vom 12.03.1991, VersR 1991, 777; Entscheidung vom 09.04.1991, VersR 1991, 704; Entscheidung vom 16.03.1993, VersR 1993, 589.
- ⁹⁷ so bereits BGH in einer Entscheidung vom 30.05.72, VersR 72, 938 und einer Entscheidung vom 10.11.1992, VersR 1993.
- ⁹⁸ BGH, VersR 1959, 225.
- ⁹⁹ s.o., BGH VersR 1994, 695, aber auch schon in BGH VersR 1966, 931.
- ¹⁰⁰ BGH, VersR 1968, 396 und BGH, Entscheidung vom 12.11.1985, VersR 1986, 240.
- ¹⁰¹ BGH, Entscheidung vom 12.11.85, VersR 1986, 240.
- ¹⁰² BGH VersR 1986, 240.
- ¹⁰³ BGH, Entscheidung vom 16.03.1993, VersR 1993, 589.
- ¹⁰⁴ BGH, Entscheidung vom 30.04.1996, VersR 1996, 990.
- ¹⁰⁵ Anmerkung zum Unterschied Schweiz-Deutschland: In der Schweiz, wo eine Begehrensneurose äußerst selten diagnostiziert wird, besteht im Haftpflichtrecht (anders als im Sozialrecht) eine Entschädigungspflicht des Versicherers.
- ¹⁰⁶ vgl. BGH, Entscheidung vom 29.02.56, Entscheidungssammlung des BGH in Zivilsachen (BGH Z) 20, 137 = VersR 1956, 305 u.v.a.
- ¹⁰⁷ Förster, K., Psychosomatik oder Soma-Psyche?, a.a.O., S. 170.
- ¹⁰⁸ Oppenheim, H., Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 1894, zitiert nach Hanisch, L., Neuropathischer Schmerz, in: Kügelgen, B., Hanisch, L., (Hrsg), Begutachtung von Schmerz, Diskussionsbeiträge zur Schmerzbegutachtung, 2001, 87–91.
- ¹⁰⁹ Hausotter, W., Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen; insbesondere dort: HWS-Distorsion („HWS-Schleudertrauma“, 73–84 (75,76,77)).
- ¹¹⁰ Nedopil, N., Forensische Psychiatrie, 2. Aufl., 2000, 141.
- ¹¹¹ Sonntag, B., Psychisch bedingter Schmerz – somatoforme Störungen, Probleme und Bewertung bei Gutachten, in: Kügelgen, B., Hanisch, L., a.a.O., 69–75.
- ¹¹² so auch bereits BGH, Entscheidung vom 12.11.1985, VersR 1986, 240 und Entscheidung vom 16.03.1993, VersR 1993, 589, und in neuerer Zeit zwei Entscheidungen vom 11.11.1997, VersR 98, 201 und 98, 200.
- ¹¹³ BGH, Entscheidung vom 11.11.97, VersR 1998, 201.
- ¹¹⁴ BGH VersR 1996, 990, s.o.
- ¹¹⁵ BGH, VersR 1998, 201; Entscheidung vom 14.01.1992, VersR 1992, 504; VersR 1996, 990.
- ¹¹⁶ OLG Hamm, Entscheidung vom 02.07.2001, VersR 2002, 992.
- ¹¹⁷ OLG Hamm, Entscheidung vom 25.02.03, NZV 03, 331 = www.justiz.nrw.de
- ¹¹⁸ BGH VersR 67, 285.
- ¹¹⁹ BGH VersR 58, 788; 72, 834.
- ¹²⁰ zutreffend OLG Köln, Entscheidung vom 26.07.2001, 7 U 188/99, www.justiz.nrw.de
- ¹²¹ Kater, H., Leube, K., Gesetzliche Unfallversicherung SGB VII, 1997, § 8, Anm.50.
- ¹²² Schmidt, G., Zur Biomechanik des Schleudertraumas der Halswirbelsäule, VersMed 1989, 121; derselbe: Grundlegendes zum Unfallmechanismus, in: Moorahrend: Die Verletzung der Halswirbelsäule, 1993, 25ff.
- ¹²³ Meyer, Hugemann, Weber, Zur Belastung der Halswirbelsäule durch Auffahrkollisionen, VUFT (Verkehrsunfall und Fahrzeugtechnik), 1994, 15-21; Meyer, Hugemann, Weber, Zur Belastung der Halswirbelsäule durch Auffahrkollisionen, VUFT, 1994, 187-99; Meyer, Weber, Schilgen, Peuker, Wörtler, Castro, Unfall- und Verletzungsmechanismus aus technischer und medizinischer Sicht, in: Castro u.a.(Hrsg.), Das „Schleudertrauma“ der Halswirbelsäule, 1998, 5; Meyer, Weber, Kalthoff, Schilgen, Castro, Freiwilligen-Versuche zur Belastung der Halswirbelsäule durch PKW Heckanstöße, VUFT 1999, 13-24.
- ¹²⁴ Meyer u.a., VUFT 1999, 13.
- ¹²⁵ Meyer u.a. VUFT 1994, 15 und 186.
- ¹²⁶ Fürbeth, Großer, Müller, HWS-Biomechanik 98, Sonderfälle zum Verletzungsrisiko, VUFT 1999, 32–37.
- ¹²⁷ McConnell, Howard, Guzman u.a., Analysis of human test subject kinematic responses to low velocity rear end impacts, SAE Tech Paper Series 930889, 1993, 21-31; McConnell, Howard, Poppel, u.a., Human head and neck kinematic after low velocity rear-end impacts: understanding „Whiplash“, 39th Stapp Car Crash Conference Proceedings, 952724, 1995, 215–38; Szabo, Welcher, Anderson u.a., Human occupant kinematic response to low speed rear-end impacts, SAE Tech Paper Series 940532, 23-35; West, Gouch, Harper, Low Speed collision testing using, human subjekts, Accid Reconstr J, 1993, 22-6;
- ¹²⁸ Walz, F., Pathomechanik der HWS-Weichteilverletzungen bei PKW-Insassen, in: Kinzl, Rehm (Hrsg.), 62. Jahrestagung der Dtsch. Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V., 18.-21. Nov. 1998 in Berlin, Abstracts, 84-7.
- ¹²⁹ Meyer u.a., in Castro (s.FN 2).
- ¹³⁰ OLG Köln, Urteil vom 04.09.91, 16 U 63/90, r+s 91, 374.
- ¹³¹ OLG Hamm, Urteil vom 16.01.97, 27 U 123/95, r+s 98, m. Anm. Lemcke.
- ¹³² OLG Frankfurt/M, Urteil vom 17.10.95, 14 U 88/93.
- ¹³³ OLG Hamburg, Urteil vom 28.11.97, 14 U 34/97, r+s 98, 63.
- ¹³⁴ KG, Urteil vom 03.07.97, 22 U 481/96, VersR 97, 1416.
- ¹³⁵ OLG Karlsruhe, Urteil vom 14.05.98, 19 U 81/97, ZfS 98, 375.

-
- ¹³⁶ OLG Hamm, Urteil vom 10.01.95, 9 U 68/95, DAR 97, 55 = VersR 97,127.
- ¹³⁷ LG Heilbronn, Urteil vom 22.01.98, 6 S 347/96, NJW-RR 1998, 1555.
- ¹³⁸ LG Stuttgart, Urteil vom 24.04.96, 13 O 3/96, r+s 96, 442 = ZfS 97/15.
- ¹³⁹ LG München I, Urteil vom 29.06.93, 35 O 6562/92, SP 94, 79; LG Dortmund, Urteil vom 13.02.97, 15 O 157/94, SP 97, 187; LG Amberg, Urteil vom 24.06.96, 24 O 497/95.
- ¹⁴⁰ LG Bochum, Urteil vom 22.05.96, 6 O 225/95, r+s 96, 441.
- ¹⁴¹ LG Bielefeld, Urteil vom 30.04.97, 1B S 161/96, NJWE-VHR 1997, 201.
- ¹⁴² AG Hamburg-Harburg, Urteil vom 07.01.97, 641 C 623/95, VersR 97, 1417; AG Dachau, Urteil vom 04.06.96, 2 C 983/95, r+s 96, 444 ; AG Winsen (Luhe), Urteil vom 30.11.94, 4 A C 1164/93, r+s 96, 442 = ZfS 97, 15; AG Essen, Urteil vom 07.02.97, 16 C 529/94, VersR 97, 1417; AG Erlangen, Urteil vom 22.01.96, 4 C 2004/94, SP 96, 279; AG Mannheim, Urteil v. 26.01.95, 5 C 4820/95, SP 96, 280; AG Haßfurt, Urteil vom 28.03.96, 1 C 477, 95, SP 96, 279; AG Kiel, Urteil vom 23.07.96, 107 C 74/96, ZfS 97, 15.
- ¹⁴³ Landgericht Heidelberg, Urteil vom 22.08.1996, 1 S 62/95DAR 1999, 75.
- ¹⁴⁴ OLG Schleswig, Urteil vom 10.02.2000, SchlHA 2000, 157.
- ¹⁴⁵ Landgericht Lübeck, Urteil vom 08.06.2000, ZfS 2000, 436.
- ¹⁴⁶ OLG Frankfurt am Main, Urteil vom 07.09.2001 – Az.: 24 U 22/00.
- ¹⁴⁷ Das OLG Frankfurt stützt sich hier auf die Arbeit von Löhle, einem deutschen Sachverständigen für Unfallrekonstruktion. Die Bedeutung der Verweise in einem Teil der Literatur auf die Autoscooterversuche hat der US-amerikanische Forscher Freeman eindeutig widerlegt, vgl. HWS-Distorsion (Schleudertrauma) & Leichte Traumatische Hirnverletzung, Medico-Legal Congress Basel, 1998.
- ¹⁴⁸ Landgericht Augsburg, Urteil vom 30.12.1999, NJW 2000, 880.
- ¹⁴⁹ Landgericht München, Urteil vom 21.10.1999, DAR 2000,167 = NZV 00, 173.
- ¹⁵⁰ Landgericht Bayreuth, Urteil vom 07.06.2000, NJW-RR 2001, 389.
- ¹⁵¹ Oberlandesgericht Bamberg, Urteil vom 05.12.2000, DAR 2001, 121 = VersR 2002, 78 (LS).
- ¹⁵² Landgericht Augsburg, Urteil vom 11.07.2001, NZV 2002, 122.
- ¹⁵³ Landgericht Landau, Urteil vom 25.09, NZV 2002, 121.
- ¹⁵⁴ LG Bonn, Urteil vom 01.08.2002, NZV 2002, 504.
- ¹⁵⁵ LG Kempten, Urteil vom 14.08.2002, 1 O 234/00.
- ¹⁵⁶ NZV 2002, 120.
- ¹⁵⁷ LG Augsburg, Urteil vom 25.09.2001, NJW-RR 2002, 752; LG Offenburg, Urteil vom 16.07.2002, ADAJUR-Archiv, Dok-Nr. 51921; AG Aachen, Urteil vom 07.09.02, DAR 2001, 36; AG Pirna, Urteil vom 22.02.2001, ADAJUR-Archiv, Dok-Nr. 43907; AG Halle-Saalkreis, Urteil vom 01.06.2001, ADAJUR-Archiv, Dok-Nr. 46218; AG Lingen, Urteil vom 07.06.2001, ZfS 2001, 406; AG Lübeck, Urteil vom 11.06.2001, ADAJUR-Archiv, Dok-Nr. 47851; AG Köln, Urteil vom 11.06.2001, ADAJUR-Archiv, Dok-Nr. 46260; AG Bremen, Urteil vom 27.09.2002, DAR 2003, 76; AG Passau, Urteil vom 30.10.2002, ADAJUR-Archiv, Dok-Nr. 52619.
- ¹⁵⁸ Oberlandesgericht Karlsruhe, Urteil vom 24.09.1999, DAR 2001, 509 = NZV 2001, 511.
- ¹⁵⁹ Oberlandesgericht Hamm, Urteil vom 02.07.2001, NZV 2001, 468.
- ¹⁶⁰ Oberlandesgericht Hamm, a.a.O.
- ¹⁶¹ BGH VersR 2003, 474 = DAR 2003, 217 = NJW 2003, 1116.
- ¹⁶² Anders als etwa das schweizerische EVG, vgl. Senn, Harmlosigkeitsgrenzen bei Unfällen mit HWS-/Hirnverletzungen?, AJP/PJA 2002, 274 [275].
- ¹⁶³ BGH a.a.O.
- ¹⁶⁴ Staab, U., Psychisch vermittelte und überlagerte Schäden, Zugleich Besprechung des HWS-Urteils vom 28.1.2003, VersR 2003, 1216–26.
- ¹⁶⁵ Jaeger, L., Anmerkung zum BGH-Urteil vom 28.01.2003, VersR 2003, 476.
- ¹⁶⁶ VersR 2003, 1216 [1221].
- ¹⁶⁷ Gemeint sind hier die Gerichte, die die Auffassung vertreten, es gäbe eine Harmlosigkeitsgrenze.
- ¹⁶⁸ Jaeger, L., Schmerzensgeld, 2003, 77.
- ¹⁶⁹ Becke u.a., NZV 2000, 225.
- ¹⁷⁰ Jaeger, a.a.O., 80.
- ¹⁷¹ Jaeger, L., VersR 2003, 476.
- ¹⁷² Wedig, DAR 2003, 393–400.
- ¹⁷³ Wedig, H.-D., „Harmlosigkeitsgrenze“ bei HWS-Verletzungen?, Zugleich eine Besprechung des BGH-Urteils vom 28.1.2003, VI ZR 139/02, DAR 2003, 393–400.
- ¹⁷⁴ Temming/Zobel, Neck Distorsion Injuries in Road Traffic Crashes (Analyses of the Volkswagen Database), in: Yoganandan/Pintar (Hrsg.) Frontiers in Whiplash Trauma, Clinical and Biomechanical, 2000, 118 [128].
- ¹⁷⁵ Jacobsson u.a., WHIPS-Volvo's Whiplash protection study, Accident Analysis and Prevention, 2000, 307[309].
- ¹⁷⁶ Wiklund, K., Saab active head restraint system, in: Gunzburg, R., Szpalski, M., Whiplash Injuries, 1998, 312.
- ¹⁷⁷ Otte/Pohlemann/Blauth, Significance of soft Tissue Neck Injuries AIS 1 in the Accident Scene and Deformation Characteristics of Cars with Delta-V up to 10 km/h, in: IRCOBI Conference-Hannover, September 1997, 265. Von denselben Autoren, HWS-Distorsionen im geringen Geschwindigkeitsbereich, VUFT 1998, 15.
- ¹⁷⁸ Senn, J., a.a.O.

-
- ¹⁷⁹ vgl. hierzu die Besprechungen des BGH-Urteils bei Wedig, H.D., DAR 2003, 393 sowie Oppel, U., Medizinische Komponente beim HWS, Anmerkungen zum Schmerzengeldurteil des BGH vom 28.01.2003, DAR 2003, 400.
- ¹⁸⁰ OLG Celle, Entscheidung vom 23.10.2003, 5 U 186/92; OLG Frankfurt/M, Entscheidung vom 09.07.2003, 4 U 2/97; LG Mannheim, Entscheidung vom 18.12.2003, 2 O 221/03.
- ¹⁸¹ Geigel, 24. Aufl. 2004, 1566.
- ¹⁸² LG Bayreuth, NJW-RR 2001, 389; OLG Bamberg, DAR 2001, 122; LG Augsburg, NZV 2002, 122; LG Landau, NZV 2002, 121.
- ¹⁸³ OLG Karlsruhe, Urteil vom 24.09.1999, DAR 2001, 509 = NZV 2001, 511.
- ¹⁸⁴ OLG Hamm in mehreren Entscheidungen: Urteil vom 02.07.2001, NZV 2001, 468; 13.01.2000, SP 2000, 338; 18.10.1994, DAR 1995, 76; 21.10.94, DAR 1995, 74, 22.10. 1999, r+s 2001, 65.
- ¹⁸⁵ OLG Stuttgart, Urteil vom 19.03.1999, SP 1999, 232.
- ¹⁸⁶ OLG Frankfurt/M, Urteil vom 16.12.1998, ZfS 1999, 516.
- ¹⁸⁷ z.B. LG Berlin, Urteil vom 29.04.2002, SP 2002, 272.
- ¹⁸⁸ z.B. AG Bielefeld, Urteil vom 09.11.2001, SP 2002, 418.
- ¹⁸⁹ Oberlandesgericht Hamm, Urteil vom 28.02.2001, SP 2001.
- ¹⁹⁰ Oberlandesgericht Hamm, NZV 2001, 468.
- ¹⁹¹ *zustimmend*: Heinrich, Anm. zu OLG Bamberg, DAR 2001, 121 sowie Wedig DAR 2003, 393; *ablehnend*: von Hadeln, Das Trauma mit der HWS, NZV 2001, 95; Anm. der Schriftleitung der NZV, NZV, 2001, 470.
- ¹⁹² FN 32; Zustimmend erwähnt wird es jetzt auch in Geigel, 24. Aufl. 2004, 1566.
- ¹⁹³ von Hadeln, NZV 2001, 457 [458].
- ¹⁹⁴ vgl. auch LG Kempten, FN 36.
- ¹⁹⁵ Erdmann, H., Schleuderverletzung der Halswirbelsäule, Erkennung und Begutachtung, Die Wirbelsäule in Forschung und Praxis, Bd. 56, Hippokrates, Stuttgart, 1973, S. 75.
- ¹⁹⁶ Erdmann, H., a.a.O., S. 97.
- ¹⁹⁷ a.a.O., S. 76.
- ¹⁹⁸ a.a.O., S. 73.
- ¹⁹⁹ a.a.O., S. 66.
- ²⁰⁰ Krämer, J., Bandscheibenbedingte Erkrankungen, 3. Auflage 1994, S. 110.
- ²⁰¹ Krämer, J., a.a.O., 110.
- ²⁰² Jörg, J., Menger, H., Das Halswirbelsäulen- und Halsmarktrauma, Neurologische Diagnose und Differentialdiagnostik, Deutsches Ärzteblatt (DÄBl) 1998, A-1307-14 [1309].
- ²⁰³ Schönberger, A., Mehrrens, G., Valentin, H., Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage 2003.
- ²⁰⁴ Moorahrend, U., (Hrsg.), Die Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule, mit interdisziplinärem Konsens, 1993, S. 202.
- ²⁰⁵ a.a.O.
- ²⁰⁶ Schmidt, G., Zur Biomechanik des Schleudertraumas der Halswirbelsäule, Versicherungsmedizin 1989, 121, Schmidt, G., Grundlegendes zum Unfallmechanismus, in: Moorahrend (Hrsg.), Die Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule, a.a.O., S. 29.
- ²⁰⁷ Spitzer, W.O., Skovron, M.L. et al., Scientific Monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: Redefining „Whiplash and its Management, Spine 1995 Nr. 85, 34-73 Suppl.
- ²⁰⁸ Erdmann, H., a.a.O., 75.
- ²⁰⁹ Krämer, J., a.a.O., 112.
- ²¹⁰ Joerg, J. und Menger H., a.a.O., 1312.
- ²¹¹ Wiesner, H., Mumenthaler, M., Schleuderverletzungen der Halswirbelsäule, Eine katamnestiche Studie, in: Archiv für orthopädische und Unfall-Chirurgie (Arch. Orthop. Unfall-Chir.), 1975, 13-36, insbesondere 31-3.
- ²¹² Dvorak, J., Valach, L. et al., Verletzungen der Halswirbelsäule in der Schweiz, Orthopäde 1987, 2-12 [11].
- ²¹³ Delank, H.W., Das Schleudertrauma der HWS, Eine neurologische Standortsuche, Unfallchirurg 1988, 381-7.
- ²¹⁴ Gargan, M.T., Bannister, G.C., Long-term prognosis of soft-tissue injuries of the neck, J Bone Joint Surg 1990, 901-3; Gargan, M.T., Bannister, G.C., Main, C.J., Behavioural response to whiplash injury, Presented at the British Cervical Spine Society, 1992; Watkinson, A., Gargan, M.T., Bannister, G.C., Prognostic factors in soft tissue injuries of the cervical spine, Injury 1991, 307-9.
- ²¹⁵ A.a.O., 1991.
- ²¹⁶ Squires, B., Gargan, M.T., Bannister, G.C., Soft-Tissue injuries of the cervical spine, 15 years follow-up, J Bone Joint Surgery, 1996, 955-7.
- ²¹⁷ Erdmann H., a.a.O., S. 72.
- ²¹⁸ a.a.O., S. 110.
- ²¹⁹ Wiesner, H. und Mumenthaler, M., Dvorak, J., Delank, H.W., jeweils a.a.O.
- ²²⁰ a.a.O.
- ²²¹ Castro, W., Haftungsrechtliche u. medizinische Überlegungen z. HWS-Schleudertrauma, DÄBl 1998, A-3285.
- ²²² Morris, B., Geschichte des Schmerzes, 1994, 64.
- ²²³ Kissel, W., SÄZ 2000, 2803.
- ²²⁴ Weh, L., Akutes Schleudertrauma, Unklare Prognose, extracta orthopaedica 2002, 10-14.

-
- ²²⁵ Coté, P., A systematic review of the prognosis of acute whiplash and a new conceptual framework to synthesize the literature, *Spine* 2001, 445–58.
- ²²⁶ Keidel, M., in Rauschelbach, H.H., Jochheim, Widder, *Das neurologische Gutachten*, 4. Aufl., 2000, 409.
- ²²⁷ Gramberg-Danielsen, B.: *Medizinische Grundlagen der augenärztlichen Begutachtung*, 2. Aufl. 1996, Schönberger, A., Mehrrens, G. et al.: *Arbeitsunfall und Berufskrankheit*, 7. Auflage 2003, S. 381.
- ²²⁸ Feldmann, H.: *Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohrenarztes*, 5. Aufl. 2002.
- ²²⁹ Stoll, W. et al.: *Schwindel und Gleichgewichtsstörungen*, 4. Aufl. 2002.
- ²³⁰ Schönberger, A., Mehrrens, G. et al.: *Arbeitsunfall und Berufskrankheit*, 7. Aufl. 2003, S. 275.
- ²³¹ Vgl. auch Besprechung Sächsisches LSG, Entscheidung vom 27.11.2003 in Kapitel IX.
- ²³² Kamieth, H., *Das Schleudertrauma der Halswirbelsäule, Grundlagen, röntgenologische Differentialdiagnostik und Röntgenfunktionsdiagnostik*, in: *Die Wirbelsäule in Forschung und Praxis*, Bd. 111, 1990, 11.
- ²³³ Kamieth, H., a.a.O., 77, 79, 80.
- ²³⁴ s.O. 21.2.7 (1) (a).
- ²³⁵ Wolff, H.D., *Neurophysiologische Aspekte des Bewegungssystems, Eine Einführung in die neurophysiologische Theorie der Manuellen Medizin*, 3. Aufl. 1996, 85.
- ²³⁶ Wolff, H.D., Persönliche Mitteilung.
- ²³⁷ Ludolph, E., *Das Schleudertrauma der Halswirbelsäule in: Hierholzer, G., et al. (Hrsg.), Gutachtenkolloquium 4*, 1989, 25-33.
- ²³⁸ Lemcke, H., *Beweisanforderungen im Haftpflichtverfahren aus der Sicht des Richters*, in: Castro et al, *Das „Schleudertrauma“ der Halswirbelsäule*, 63-9.
- ²³⁹ Moorahrend, U., 2003, a.a.O.; Kügelgen, B., Kügelgen, C., *HWS-Schleudertrauma, Begriffsbestimmungen und ätiologische Konzepte, Manuelle Medizin*, 2002, 101-10.
- ²⁴⁰ Mumenthaler, M., Mattle, H., *Neurologie*, 11. Aufl. 2002, 850; Rommel, O., Gehling, M., Dertwinkel, R., Witscher, K., Zenz, M., Malin, J.P., Jänig, W., *Hemisensory impairment in patients with complex regional pain syndrome*, *Pain* 1999, 95–101.
- ²⁴¹ Kügelgen, B., Hanisch, L., *Begutachtung von Schmerz, Diskussionsbeiträge zur Schmerzbegutachtung*, 2001; dort insbesondere Gottschalg, D., *Kann man Schmerz wirklich messen?*, S. 63-7.
- ²⁴² Mumenthaler, M., Mattle, H., *Neurologie*, 11. überarbeitete und erweiterte Auflage, 2002, 405.
- ²⁴³ beim Kläger, Anm. d. Verfasser.
- ²⁴⁴ LG Bielefeld, Entscheidung vom 09.10.2003, Az.: 2 O 384/02 (nicht veröffentlicht).
- ²⁴⁵ Kügelgen, B., Kügelgen, C., *HWS-Schleudertrauma, Manuelle Medizin*, 2002, 101–10.
- ²⁴⁶ Vgl. aus neuerer Zeit u.a. Hausotter, *Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen*, 2002, 83.
- ²⁴⁷ Keidel, M., Di Stefano, G., Kischka, U., Radanov, B., Schäfer-Krajewski, C., *Neuropsychologische Aspekte der Beschleunigungsverletzung der HWS in: Hülse, M., Neuhuber, W.L., Wolf, H.D. (Hrsg.), Der craniocervikale Übergang*, 1997, 99-127, vgl. auch Keidel, M., *Schleudertrauma der Halswirbelsäule in: Brandt, T., Dichgans, J., Diener, H.C. (Hrsg.) Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen*, 3. Aufl. 1998, 75.
- ²⁴⁸ Poeck, K., *Zur neurologischen Begutachtung nach „HWS-Schleudertrauma“*, *Aktuelle Neurologie* 2002, 288-94; Poeck, K., *Wie weit können neurootologische Untersuchungen Schwindelphänomäne nach HWS-Distorsion belegen?* *Med Sach* 1999, 181-6.
- ²⁴⁹ Poeck, K., *Aktuelle Neurologie*, a.a.O.
- ²⁵⁰ Claussen, C.F., *Der schwindelkranke Patient, Grundlagen der Neurootologie und Äquilibrimetrie*, 1992; Claussen, C.F., Dehler, R., Montazem, A., Volle, E., *Das Schleudertrauma der Halswirbelsäule – moderne medizinische Erkenntnisse*, 1998.
- ²⁵¹ OLG Hamm, Urteil vom 25.02.2003, OLGR 2003, 213.
- ²⁵² LG Bochum, Urteil vom 07.05.2001, 3 O 485/98.
- ²⁵³ OLG Celle, Entscheidung vom 02.11.2000, VersR 2002, 1300.
- ²⁵⁴ Brandt, T., *Vertigo. It's multisensory Syndromes*, 1999.
- ²⁵⁵ Brandt, T., et al., *Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen*, 3. Aufl. 1998, 151.
- ²⁵⁶ Hülse, M., *Neurootologische Diagnostik*, in: Graf-Baumann/Lohse-Busch, a.a.O., 169-188; Hülse, M., *Klinik der Funktionsstörung des Kopfgelenkbereiches*, in: Hülse et al., *Der craniocervikale Übergang*, a.a.O., 43-97, insbesondere S. 56 ff.: „Vertebragener Schwindel“.
- ²⁵⁷ Stoll, W., Matz, D.R., Most, E., Rudolf, A.E., *Schwindel und Gleichgewichtsstörungen, Diagnostik, Klinik-Therapie-Begutachtung, Ein interdisziplinärer Leitfaden für die Praxis*, 3. Aufl. 1998, 69.
- ²⁵⁸ Poeck, K., *Aktuelle Neurologie*, a.a.O.
- ²⁵⁹ www.med.uni-magdeburg.de/fme/khno/audio/adano/satzung/htm
- ²⁶⁰ Stoll, W., et al., *Schwindel und Gleichgewichtsstörungen*, 4. Aufl. 2002.
- ²⁶¹ u.a. Stoll, W., *Schwindel und schwindelbegleitende Symptome*, 1994.
- ²⁶² Stoll, W., *Schwindel- und Gleichgewichtsstörungen*, S. 82.
- ²⁶³ Feldmann, H., *Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohrenarztes* 1997; Feldmann, H., *Die Begutachtung des Beschleunigungstraumas der Halswirbelsäule aus der Sicht des HNO-Arztes*, *Med Sach* 1997, 149-52.
- ²⁶⁴ Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, *Anhaltspunkte für die gutachterliche Tätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz*, 1996.

-
- ²⁶⁵ u.a. Schönberger, Mertens, Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte, 7. Aufl. 2003, 407-11; Mehrhoff, Murr, Unfallbegutachtung, 10. Aufl. 1999; Fritze, Mai, Mehrhoff, Die ärztliche Begutachtung, 6. Aufl. 2001, 974ff.
- ²⁶⁶ Volle, E., Montazem, A., MRI Video diagnosis and surgical therapie of soft tissue trauma to the cervicocranial junction, Ear Nose Throat Journal, 2001, 41-4.
- ²⁶⁷ Pfirrmann, C.W.A. et al., MR morphology of alar ligaments and occipitoatlantoaxial joints: study in 50 asymptomatic subjects, Radiology 2001, 133-7.
- ²⁶⁸ Pfirrmann, C.W.A. et al., Functional MR imaging of the craniocervical junction. Correlation with alar ligaments and occipito-atlantoaxial joint morphology; a study in 50 asymptomatic subjects, SMW 2000, 645-51.
- ²⁶⁹ Wörtler, K., MRT der Lig. Alaria: Morphologische Befunde bei 80 asymptomat. Patienten, RÖFO 2001, 26.
- ²⁷⁰ Tomczak, R. et al., Bildgebende Diagnostik der Ligamenta alaria, in: Moorahrend, U., (Hrsg.), Kontroverses zum HWS-Schleudertrauma, 2003, 29-33.
- ²⁷¹ Krakenes, J., MRI assessment of the alar ligaments in the late stage of whiplash injury – a study of structural abnormalities an observer agreement, Neuroradiology 2002, 617-24.
- ²⁷² Krakenes, J., MR Analysis of the transverse ligament in the late stage of whiplash injury, Acta Radiologica 2003, 637-44.
- ²⁷³ Krakenes, J., MRI of the tectorial and posterior atlanto-occipital membranes in the late stage of whiplash injury. Neuroradiology 2003; 45: S. 585-91.
- ²⁷⁴ OLG Celle, Entscheidung vom 23.10.2003, 5 U 186/02 und VersR 2003, 1300.
- ²⁷⁵ OLG Frankfurt/M, Entscheidung vom 09.07.2003, 4 U 2/97.
- ²⁷⁶ Friedburg, H., Nagelmüller, T., Welchen Beitrag vermögen CT und MRT zur posttraumatischen Beurteilung der Kopf-Hals-Region liefern?, in: Graf-Baumann, T., Lohse-Busch, H., (Hrsg.) Weichteildistorsionen der oberen Halswirbelsäule, 1997, 135-51.
- ²⁷⁷ a.a.O.
- ²⁷⁸ Moorahrend, U., Kontroverses zum HWS-Schleudertrauma, Unfallmechanik, Erstdiagnose, Neuroradiologie, physikalische Therapie, OP-Indikation, 2003.
- ²⁷⁹ Ludolph, E., a.a.O.
- ²⁸⁰ LSG NRW, Entscheidung vom 07.02.2001, L 17 U 283/97.
- ²⁸¹ Bayerisches Landessozialgericht, Entscheidung vom 15.01.2003, L 2 U 80/00; SG Frankfurt/Oder, Entscheidung vom 08.07.2003, S 3 U 131/96.
- ²⁸² Entscheidung vom 20.02.2003, L 2 U 81/99.
- ²⁸³ Entscheidung vom 04.05.1999, S 14 U 99/97.
- ²⁸⁴ Sächsisches LSG, Urteil vom 12.12.2002, L 2 U 188/00; BSG, Urteil vom 18.03.1997, 2 RU 23/96.
- ²⁸⁵ Entscheidung vom 22.01.2002, L 6 KN 13/99.
- ²⁸⁶ Sächsisches LSG, Entscheidung vom 27.11.2003, L2U 117/00. Vgl. zu diesem Problemkreis auch Kapitel VI.
- ²⁸⁷ LSG Baden-Württemberg, Entscheidung vom 19.12.2003, L 1 U 2342/02.
- ²⁸⁸ LSG Baden-Württemberg, Entscheidung vom 19.12.2003, L 1 U 3628/00.
- ²⁸⁹ Fritze, E., May, B., Mehrhoff (Hrsg.), Die ärztliche Begutachtung, 6. Aufl., 2001, 3.
- ²⁹⁰ siehe hierzu auch unten unter XII. die Ausführungen zu „QTF“ und Cochrane Library.
- ²⁹¹ Strebel, H.M., Ettl, T., u.a., Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der Akutphase nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma (sog. Schleudertrauma), Empfehlungen einer schweizerischen Arbeitsgruppe, Schweiz Med Forum 2002, 119-25. (www.smw.ch)
- ²⁹² Soltermann, B., Ettl, T., Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma, SÄZ 2003, 353-356; 363/364. (www.saez.ch)
- ²⁹³ vgl. auch Jäger, L., Luckey, J., Schmerzensgeld, Rz. 372.
- ²⁹⁴ 1 O 234/00 (s. o.)
- ²⁹⁵ Aristoteles, Metaphysik, in der Übersetzung von Schwarz, F. F., 1970/2001, S. 17.
- ²⁹⁶ Verhagen, A.P., Peters, G.G.M., de Bie, R.A., Oostendrop, R.A.B., Conservative treatment for whiplash, Ausgabe 4/2001.
- ²⁹⁷ Spitzer, W.O., et.al., a.a.O.
- ²⁹⁸ Meienberg, O., Schleuder-(Alp-)Trauma, SÄZ 2000, 1655-6.
- ²⁹⁹ Meienberg, O., Schleudertrauma der Halswirbelsäule, wissenschaftliche und pseudowissenschaftliche Aspekte, Schweiz Med Forum, 2001, 195-9.
- ³⁰⁰ Bleuler, E., Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung, 5. Nachdruck der 5. Auflage, 1921/1962.
- ³⁰¹ Bleuler, E., a.a.O., 165.
- ³⁰² Bruno, G., Über das Unendliche, das Universum und die Welten, 1584, Übersetzung von Christiane Schulz, 1994.
- ³⁰³ Bunketorp, L., Nordholm, L., Carlsson, J., A descriptive analysis of disorders in patients 17 years following motor vehicle accidents, Eur Spine J, 2002, 227-34.
- ³⁰⁴ Wiesner, H., Mumenthaler, M, Arch. orthop. Unfall-Chir., 1975, 13-36; Dvorak, J., Valach, L., Schmid, S., Orthopädie 1987, 2-12; Delank, H.W., Unfallchirurg 1988, 381-7; Gargan, M.T., Bannister, G.C., J Bone Joint Surg

1990, 901-3; Gargan, M.T., Bannister, G.C., Main, C.J.,1992; Watkinson, A.,Gargan, M.T., Bannister, G.C., Injury
1991, 307-9; Squires, B., Gargan, M.T. et al., J Bone Joint Surgery, 1996 955-7.
³⁰⁵ Höffe, O., Medizin ohne Ethik?, 2002, S. 135.