



Versicherungsmedizinische Einordnung von Schreckereignissen

Dr. med. Ulrike Hoffmann-Richter

Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Fachrichterin am Kantonsgericht Luzern, Luzern

November-Tagung zum Sozialversicherungsrecht 2018

Dienstag, 27. November 2018, Grand Casino Luzern

1. Einführung	3
2. Medizinhistorischer Zugang	4
3. Statistischer Zugang	7
4. Epidemioloischer Zugang.....	8
5. Kasuistischer Zugang	9
5.1 Grossereignisse	9
Seebeben 2004	10
Luxor Attentat	11
Zuger Attentat	11
Flugzeugabsturz Bassersdorf	11
5.2 Einzelereignisse	12
5.3 Repetitive Ereignisse	13
6. Nosologisch-diagnostischer Zugang	14
7. Übersetzungsprobleme	16
8. Kritische Gedanken und weiterführende Fragen	18



9. Resümee	19
10. Literatur	20



1. EINFÜHRUNG

Für das Schreckereignis gibt es in der Medizin kein direktes Pendant. Der Beitrag unternimmt die medizinische Einordnung deshalb über mehrere Zugänge: einen medizinhistorischen, statistischen, epidemiologischen, kasuistischen, nosologisch-diagnostischen, um auf diesem Hintergrund das Übersetzungsproblem zwischen Recht und Medizin am Beispiel des Schreckereignisses zu konkretisieren und kritische Gedanken und weiterführende Fragen zu formulieren.

In jeder klinisch ärztlichen Tätigkeit gibt es Begegnungen mit Patientinnen und Patienten, die in der Erinnerung präsent bleiben. Das gilt auch für Exploranden in der Begutachtung. In den ersten Jahren meiner Tätigkeit bei der Suva reichte mir einer der Chirurgenkollegen ein Dossier weiter. Die Fallführung hatte es zur Schätzung des Integritätsschadens für einen Streifschuss am Arm mit unschöner Narbe vorgelegt. Ihm schien, da gebe es eine psychische Seite, die mit zu bedenken sei. Am Untersuchungstag erschien eine auf den ersten Blick vitale, bodenständige Mittfünfzigerin. Sie hatte das Attentat von Luxor überlebt.

Nüchtern antwortete sie auf meine Fragen zu ihrer Biographie, über die ich im Dossier fast nichts gefunden hatte: Sie stamme aus Prag und sei in der Folge des russischen Einmarschs 1968 mit ihren Eltern als junge Frau nach Belgien geflohen, noch einmal nach Prag zurückgekehrt und in der Folge in die Schweiz eingewandert. Ihr Studium der Journalistik hatte sie später abgeschlossen, war aber seit vielen Jahren im Bereich Sozialarbeit tätig. Im Dossier war knapp von einer Posttraumatischen Belastungsstörung die Rede. Die Explorandin mochte nicht nur nicht über das Ereignis reden, sondern antwortete auch auf meine Fragen nach ihrem Leben zuvor zurückhaltend: Nein, die Flucht sei nicht gefährlich gewesen. Nein, die Einwanderung in die Schweiz habe sie nicht als belastend erlebt. Ich erinnere mich nicht genau, welche ihrer Äusserungen mich aufhorchen liess, vielleicht ihre Antwort auf meine Frage, wo sie sich zuhause fühle. "Unsere Wurzeln sind nirgendwo".

Ja, sie sei jüdischer Herkunft, aber das habe bis weit ins Erwachsenenleben in ihrem Alltag keine Rolle gespielt. Sie sei areligiös aufgewachsen, das Elternhaus kosmopolitisch gewesen. Seit ertlichen Jahren trage sie eine Halskette mit einem Davidstern. Den habe sie vor der Ägypten-Reise abgelegt. Die Familien auf väterlicher wie mütterlicher Seite seien fast vollständig im Konzentrationslager vernichtet worden. Plötzlich sei ihre jüdische Herkunft bedeutsam gewesen. Die Attentäter seien ohne Vorwarnung erschienen und hätten mit ihren Maschinenpistolen die Mitreisenden niedergemäht. Kurz darauf seien sie noch einmal wiedergekommen und hätten alle, die noch Lebenszeichen von sich gaben erstochen. Sie habe nur überlebt, weil sie unter Leichen begraben war und sich nicht gerührt hatte. Ohne Streifschuss wäre ihre Akte kaum bei mir gelandet.

Was ist ein Schreckereignis? Die gegenwärtige Medizin kennt den Begriff nicht. Die medizinische Einordnung ist deshalb nur auf verschiedenen Wegen der Annäherung möglich. Natürlich zuerst über den Rechtsbegriff:

«Schwierigkeiten bereitet die Frage, ob und unter welchen Umständen ein Unfall anzunehmen ist, wenn das Ereignis den Körper überhaupt nicht oder doch nur unwesentlich verletzt, hingegen derart wirkt, dass es eine



psychische Störung verursacht, die ihrerseits Funktionsstörungen zur Folge haben kann... Erforderlich ist ein Vorgang, der bei einer Person einen ungemein heftigen Schrecken auszulösen vermag...» (Maurer 1989/183ff)

«Nur aussergewöhnliche Schreckereignisse, die mit einem ausserordentlichen psychischen Schock verbunden sind, erfüllen das Merkmal der Ungewöhnlichkeit. Dabei muss die seelische Einwirkung durch einen gewaltsamen, in der unmittelbaren Gegenwart des Versicherten sich abspielenden Vorfall ausgelöst werden und überraschend heftig sein» (Rumo-Jungo 2012/46)

Die Definition erinnert an einen Wendepunkt der Medizingeschichte:

2. MEDIZINHISTORISCHER ZUGANG

Kolportiert wird im psychiatrischen wie versicherungsmedizinischen Alltag, dass die Posttraumatische Belastungsstörung eine US-amerikanische Entdeckung nach dem Vietnam-Krieg gewesen sei. Je nach Perspektive steht dabei mehr die wissenschaftliche Erkenntnis oder mehr der sozialpolitische Tribut an die Vietnam-Veteranen in Vordergrund, also die rechtliche Anerkennung der psychischen Langzeitbeeinträchtigung eines Teils der Veteranen. Das ist schlicht falsch. Medizinhistorisch gehen die Wurzeln mindestens 100 Jahre weiter zurück. Und weil diese Geschichte für unsere Ausgangsfrage die nach wie vor brennenden Probleme sichtbar macht, ja sogar ein „Modell der Geschichte der Neurosen, in gewissem Sinne sogar der psychiatrischen Krankheiten überhaupt“ (Fischer-Homberger 1975/9) ist, sei sie hier ganz kurz zusammengefasst: Esther Fischer-Hombergers „Traumatische Neurose“ aus dem Jahr 1975 ist bis heute Hauptreferenz für die Geschichte traumabedingter psychischer Störungen.

Bekanntermassen sind die Sozialversicherungsgesetze im Gefolge der Industrialisierung entstanden. Bekanntermassen ging es um die Absicherung der Arbeiter und ihrer Familien nach Unfall und Tod. Im Zentrum der Sozialversicherungsgesetzgebung stand also das Unfallereignis. Und im Zentrum des Unfallereignisses über lange Zeit der Eisenbahnunfall. Noch vor der Hochblüte der Industrialisierung hat der Eisenbahnbau in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts und der intensive und flächendeckende Ausbau vor und nach der Jahrhundertwende vom 19. zum 20. Jahrhundert die Gründerzeit erst möglich gemacht. Entscheidender Anstoss für die Entwicklung des KUVG (das weiterhin bekanntlich in der ersten Runde scheiterte) war der Bau des Gotthardtunnels. Der Eisenbahnbau wiederum führte nicht nur zu Unfallfolgen der Arbeiter im Schienen-, Brücken- und Tunnelbau. Wiederholt kam es auch zu dramatischen Unfällen, bei denen Passagiere verletzt wurden oder zu Tode kamen. Ab der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden solche Unfallfolgen deshalb ein wichtiges Forschungsthema für die Medizin.

1866 erschien in London John Erich Erichsen „On railway and other injuries of the nervous system“. Darin beschrieb er die Rückenmarkerschütterung oder auch Spinalirritation. Später entstand dafür der Begriff der „railway spine“. Erichsen verstand darunter eine vorwiegend organisch bedingte Nervenerkrankung in der Folge von Unfallereignissen. Sie fand ihre



Erklärung im „Schock“, den (der Kopf wie) das Rückenmark bei einem Eisenbahnunfall erlitt. Aufgrund des Schocks kam es zur Entzündung des Rückenmarks, zur „Myelitis“, wobei sich Erichsen auf frühere diagnostische Konzepte eines Schocks als Ursache von Rückenmarksentzündungen bezog. In der Folge der wegweisenden Publikation Erichsens beschreibt Fischer-Homberger drei (nosologische) Tendenzen:

*die „Verschiebung des organischen Substrats vom Rückenmark hirnwärts“,
die „Verkleinerung und Verunscheinbarung der Läsionen bis zur
ultrastrukturellen und dann funktionellen, d.h prinzipiell nicht anatomisch
feststellbaren Störung des Nervensystems“ und „ein Zurücktreten des
Eisenbahnunfalls gegenüber anderen – irgendwelchen – Ereignissen, die mit
Schreck verbunden sind“ (1975/21-22).*

In seinem Vortrag „Wie sind diejenigen Fälle von Neurasthenie aufzufassen, welche sich nach Erschütterungen des Rückenmarks insbesondere nach Eisenbahnunfällen entwickeln?“ aus dem Jahr 1888 schlug Oppenheim vor, diese Fälle nicht mehr als „Railway Spine“ zu bezeichnen, auch nicht als traumatische Hysterie, sondern als traumatische Neurose und dabei von einem funktionellen Nervenleiden auszugehen (Fischer-Homberger 1975/31). Im Gegensatz zur Charcots traumatischer Hysterie nahm er dabei jedoch als Ursache eher entzündliche oder degenerative Veränderungen des Nervensystems an als funktionelle. In seinem Vortrag 1888 relativierte Oppenheim die Häufigkeit anatomischer Veränderungen gegenüber funktionellen. Mit Bezug auf amerikanische Nervenärzte, die die Einordnung als „railway brain“ mittlerweile treffender fanden, verwies Strümpell im selben Jahr auf die Verwandtschaft von „railway brain“ mit Neurasthenie und Hysterie. Die traumatische Neurose bringe zum Ausdruck, „dass die betreffenden nervösen Symptome nicht von gröberen materiellen Verletzungen irgendwelcher Teile des Nervensystems abhängen“ (Zit. nach Fischer-Homberger 1975/32). Mit Oppenheims 1889 erschienener ‚Traumatischer Neurose‘ wurde die Erkrankung zum funktionellen Leiden, jedoch weiterhin in der Annahme einer körperlichen Bedingtheit.

Fischer-Homberger sieht hierin einen wichtigen Zwischenschritt hin zur Konzeptualisierung einer psychisch bedingten Erkrankung.

*„Denn das Trauma, das die Neurose verursacht, ist ja mit ebensoviel oder
noch mehr Recht als die Ursache der traumatischen Neurose betrachtet
worden wie der Schaden, den es hinterlässt. Wenn das Trauma also seine
Körperlichkeit und Objektivität verliert, die es im Eisenbahnunfall hat, und zum
subjektiven Tatbestand, zum Schreck, zum Erlebnis wird, ist ihm eine
körpermedizinische Betrachtung nicht mehr angemessen“ (1975/37).*

Der Schreck- bzw. Schockaspekt der traumatischen Neurose schien über einen gewissen Zeitraum spezifisch für Eisenbahnunfälle zu sein. Während Erichsen 1866 den Schock, der die Rückenmarkerschütterung hervorrief durch Eisenbahnunfälle noch als einzigartig dramatisch beschrieb, differenzierte er 1875 sein Konzept, indem er „die schweren seelischen Momente“ hervorhob, „den Schrecken, die Angst und Furcht“ als relevanten Faktor bei der Entstehung der schweren Erkrankung („mental Shock“). Auch andere Autoren stellen in jenen die Bedeutung des Schreckens fest. So vertrat beispielsweise Page die Ansicht, „der Schreck allein genüge,



die üblichen nervösen Symptome, die man nach Unfällen, namentlich Eisenbahnunfällen, beobachte, hervorzurufen (Fischer-Homberger 1975/45). Ebenso sah Charcot die seelische Erschütterung als wesentlichen Teil der Entstehung einer hysterischen Neurose an. Page betonte, das Psychische spiele die Hauptrolle, „der Schreck, die Gemütserschütterung“. Oppenheim berichtete von Erkrankungen allein durch Schreck, ohne (körperliches) Trauma und Strümpell, dass bei einem Teil der Fälle sämtliche Krankheitssymptome psychischen Ursprungs zu sein scheinten. Emil Kraepelin war es, der explizit von der „Schreckneurose“ sprach (Fischer-Homberger 1975/46). Damit war aus der anatomisch-mechanischen Rückenmarkerschütterung „ein durch seelische Erschütterung, Schreck bedingtes funktionelles Nervenleiden“ geworden.

„Da aber trotz dieser Wandlung dabei die Grenzen des naturwissenschaftlichen Denkens... nicht überschritten wurden, drängte sich die Frage auf, wie sich ... das psychologische Faktum des Schreckens in die physische Wirklichkeit der traumatischen Neurose umsetzte. Fragen nach dem psychophysischen Zusammenhang im allgemeinen und nach der Pathogenese der traumatischen Neurose im speziellen mussten unter diesen Umständen aktuell werden. Eine geeignete Lösung dieser letzteren Frage schien sich nun im Begriff des Schocks zu bieten“ (Fischer-Homberger 1975/46).

Im Verlauf des 19. Jahrhunderts gelang es mit Hilfe anatomischer und physiologischer Untersuchungen die organische Grundlage etlicher neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen zu identifizieren. Die Erwartung, ein somatisches Pendant für alle psychischen Störungen auszumachen, gelang jedoch nicht. Die Erkrankungen, die nach und nach unter dem Begriff der Neurosen zusammengefasst wurden, schienen keine solche somatische Grundlage zu haben. Mit der intensiven Zuwendung zur Hysterie, traumatischen Neurose, Schreckneurose etc. traten psychische Prozesse ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Damit stand auch die Sorge auf, phantastischen Ausgestaltungen (weiblicher) Patienten aufzuliegen und – mit der Einführung der Sozialversicherungen – Simulanten.

Zur Erinnerung seien einige sozialhistorische Meilensteine und politischen Ereignisse aufgeführt die sich auf den versicherungsmedizinischen und rechtlichen Umgang mit Schreckereignissen auswirkten:

- 1871 Haftpflichtgesetz (D)
- 1872-1882 Gotthard-Tunnelbau (mehr als 200 Todesfälle, davon 171 Unfalltote)
- 1877 Fabrikgesetz (CH)
- 1884 UVG (D)
- 1900 KUVG scheidet
- 1914-1918 erster Weltkrieg
- 1919 UVG (CH)

Kriegsneurosen und Folgen des ersten und zweiten Weltkriegs prägten die Gesundheitspolitik, und infizierten die Nosologie. Die Gefahr nicht rechtlicher und nicht medizinischer Einwirkungen gab und gibt es somit nicht nur auf Seiten der Versicherten, sondern auch auf Seiten der



Sozialversicherungen und der Gutachtenden! Mit der traumatischen Neurose/Schreckneurose wurden unterschiedliche Konzepte verbunden, die bis heute die in Frage kommenden beteiligten Faktoren abbilden (siehe 6. Nosologisch-diagnostischer Zugang). Um die vorletzte Jahrhundertwende war die Aufnahme des Schreckereignisses in die Rechtsprechung sehr modern. Aber was bedeutet das heute?

3. STATISTISCHER ZUGANG

Dass es kein direktes medizinisches Pendant zum Schreckereignis gibt, erweist sich auch bei der Suche, über die Statistik Näheres zum Schreckereignis in Erfahrung zu bringen, als Problem. Auf meine Anfrage bei der Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung (SSUV) hob der Statistiker zuvorderst das Problem der medizinischen Einordnung des Schreckereignisses hervor: Da es keine klare Definition gebe, seien Suche nach statistischen Angaben und Aussagen über sie schwierig. Scholz wählte als Indexkriterium die Diagnosegruppe F 43 der ICD-10 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen). Da körperliche Verletzungen in der Erfassung der Diagnosen Vorrang haben, entspricht das Indexkriterium weitgehend Unfallereignissen ohne körperliche Verletzungen. Das muss nicht heissen, dass keinerlei körperliche Verletzungen vorliegen. Die Beschreibungen verweisen teilweise auf zusätzliche körperliche Verletzungsfolgen. Sie wurden aber nicht verschlüsselt und können deshalb statistisch nicht erfasst werden. Andererseits wurden dadurch Unfallereignisse nicht erfasst, bei denen die Hauptdiagnose ebenfalls eine psychische Störung ist, aber keine aus der Gruppe F 43, bei denen also ebenfalls psychische Störungen ohne körperliche Verletzungen oder mit geringeren körperlichen Verletzungen (im Sinne eines Schreckereignisses) vorliegen.

Die Auswertung der Fälle über die Jahre 2004-2016 SSUV ergab als Hochrechnung Folgendes:

- Etwa 450 Fälle/ Jahr
 - Etwa 400 Fälle/ Jahr, die anerkannt wurden
 - darunter zu 75 % als Hauptdiagnose F 43.0 (akute Belastungsreaktion)
 - zu 20 % als Hauptdiagnose F 43.1 (Posttraumatische Belastungsstörung)
 - zu 5 % Hauptdiagnosen mit anderen F 43-Codes, vorwiegend F 43.2 (Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt)
-
- Das Geschlechterverhältnis der Opfer ist hälftig aufgeteilt: M : F = 50 : 50
 - Berufs- und Nichtberufsunfälle verteilen sich im Verhältnis: BUV : NBUV = 40 : 60
 - Die Versicherer verteilen sich im Verhältnis Suva : Privatversicherer = 2 : 1
 - Prominent vertretene Unfallarten sind
 - Verkehrsunfälle
 - Verbrechenopfer
 - Augenzeugenschaft



- Die Heilkosten sind weit überwiegend niedrig.
- Nur in 20 % der Fälle sind psychiatrische oder psychotherapeutische Leistungserbringer involviert.
- Die Arbeitsunfähigkeitsdauer ist noch nicht ausgewertet.
- Zu Rentenfolgen kommt es nur in Einzelfällen.

(Scholz, Zusammenstellung Oktober 2018 auf Anfrage)

Statistische Auswertungen sind somit nur auf Umwegen möglich, da es sich von medizinisch-psychiatrischer Seite nicht um eine homogene Gruppe handelt. Ein weiterer Zugang zur Häufigkeit von psychischen Störungen bei Schreckereignissen bietet sich über die Epidemiologie:

4. EPIDEMIOLOGISCHER ZUGANG

Angaben zur Häufigkeit akuter Belastungsreaktionen, Posttraumatischer Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen etc. gibt es in vielfältiger Weise. Das Problem besteht hier in der Vergleichbarkeit der vorausgegangenen Belastungen und Ereignisse zum einen, in Bezug auf unterschiedliche diagnostische Konzepte zum zweiten und in der Bedeutung kultureller und politischer Gegebenheiten zum Dritten. Die Schwankungsbreite des Vorkommens ist sehr gross. Allgemeine Aussagen zur Häufigkeit der einzelnen Störungen sind selbst dann nicht möglich, wenn man ein einheitliches diagnostisches Konzept zugrunde legt.

Die Schweizerische Kohortenstudie zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ergab eine Lebenszeitexposition für potenziell traumatische Ereignisse von 28 %. In keinem Fall kam es zum Vollbild einer PTBS, bei etwa 1.9 % der Kohorte fanden die Untersuchenden eine subsyndromale Ausprägung, also gewisse Symptome, aber nicht das Vollbild der Störung (Hepp et al. 2006). Die Zahlen liegen gegenüber internationalen Studien, insbesondere zu Studien aus den USA deutlich tiefer.

Für die Revision des DSM von der 4. zur 5. Version wurden Erhebungen auf Basis der revidierten Konzeptualisierung der PTBS-Diagnose durchgeführt. Sie ergaben in den USA eine 12-Monatsprävalenz von 3.5 %; in Europa von 0.5 – 1 %. Die Prävalenzraten auf Basis der ICD-11 PTBS-Diagnose lagen für die Lebenszeitprävalenz weltweit bei 3.0 – 3.4 %, also insgesamt etwas niedriger.

Für die komplexe PTBS, die in der ICD-11 neu als eigenständige Diagnose verschlüsselt wird (in der ICD-10 unter den kombinierten Persönlichkeitsstörungen, ebenso im DSM 5, siehe 6. Nosologisch-Diagnostischer Zugang) ergab sich in den USA, Deutschland und Dänemark eine 12-Monatsprävalenz zwischen 0.5 – 1 %.

Auf Basis der ICD-11 liegen für Anpassungsstörungen noch keine Prävalenzraten vor. Nach einer Schätzung liegt die 12-Monatsprävalenz in Deutschland bei ca. 2 %. Für die Anhaltende Trauerstörung (ebenfalls in der ICD-11 neu als eigenständige Diagnose verschlüsselt, im DSM 5 als komplexe Trauerstörung, in der ICD-10 bisher als Sonderform der Anpassungsstörung



verstanden, siehe 6. Nosologisch-Diagnostischer Zugang) gibt es bislang keine Zahlen (Maercker 2017).

Eine ganze Reihe epidemiologische Studien haben sich auf die Häufigkeit Posttraumatischer Belastungsstörungen nach Unfallereignissen fokussiert. Sie ergaben Prävalenzraten von 6 % zwei Wochen nach dem Unfallereignis, 2 % nach einem und 4 % nach drei Jahren (z.B. Hepp 2008). Prävalenzstudien wie Studien über Verläufe nach schweren Unfallereignissen konzentrieren sich jedoch entweder ausschliesslich oder schwerpunktmässig auf Ereignisse mit schweren körperlichen Verletzungen, also gerade nicht auf «Schreckereignisse». Das heisst, über sie sind Zahlen zur Häufigkeit von PTBS nach Schreckereignissen ebenfalls nicht zu erhalten.

Für Naturkatastrophen, Attentate, sexuelle und andere Gewaltdelikte besteht das Problem der Vergleichbarkeit bei ganz unterschiedlichen Ereignissen. Tendenziell zeigen die Studien, dass psychische Störungen häufiger nach Gewaltdelikten und Attentaten («man made disaster»), weniger häufig nach Naturkatastrophen auftreten (und anhalten). Zudem verweisen sie auf unterschiedliche Häufigkeiten bei Frauen und Männern:

«The conditional probability that PTSD will develop varies according to sex and the type of trauma; for example, the respective probabilities for men and women are 65% and 46% after rape, 2% and 22% after physical assault, and 6% and 9% after an accident.» (Shalev et al. 2017, 2462).

Zusammengefasst sind Zahlen auch auf dem Weg über die Diagnosen nur ganz grob zu erhalten: Die grosse Variabilität der Häufigkeiten ist auf die mangelnde Vergleichbarkeit der Ereignisse zurückzuführen, zusätzlich zum Problem der verschiedenen diagnostischen Konzepte. Epidemiologische Angaben zu psychischen Störungen nach Schreckereignissen gibt es nicht. Umso wichtiger wird der kasuistische Zugang:

5. KASUISTISCHER ZUGANG

Sammelkasuistiken waren und bilden in der Medizin - nach der Einzelfallkasuistik - die erste Etappe zur Erforschung eines Syndroms, einer psychischen Störung bzw. eines noch nicht konkreter einzuordnenden Phänomens. Ein Ziel solcher Sammelkasuistiken ist es, nicht bei einer blossen Auflistung stehen zu bleiben, sondern zu einer ersten Gruppierung – von beteiligten Faktoren, von Untergruppen – zu einer Systematik zu finden. In medizinischen Studien finden sich bislang ereignisbezogene Gruppenbildungen (Naturkatastrophen; menschengemachte Ereignisse und in der Regel noch einmal davon getrennt sexuelle Gewaltdelikte) und Studien zu einzelnen Grossereignissen (9/11; Jugoslawienkriege, Ruanda...). Naturgemäss beschränken sich die Folgen nicht auf psychische Störungen, wiederum geht es häufig um relevante körperliche Verletzungen. Die Gleichsetzung mit Schreckereignissen ist nicht möglich. Um mit einer Gruppierung keine Vorannahmen zu befördern, dient die nachfolgende Gliederung lediglich der Übersichtlichkeit.

5.1 GROSSEREIGNISSE



SEEBEBEN 2004

Am 26.12.2004 kam es in Indonesien zu einem Seebeben (Tsunami). Es war das drittstärkste jemals aufgezeichnete Beben mit einer Reihe von verheerenden Tsunamis an den Küsten des Indischen Ozeans. Insgesamt starben durch das Beben und seine Folgen etwa 230.000 Menschen. Über 110.000 Menschen wurden verletzt, über 1,7 Millionen Küstenbewohner wurden obdachlos. Vom Seebeben waren 92 durch die Suva versicherte Personen betroffen. 2007 konnte ich zusammen mit einer Mitarbeiterin eine Nachuntersuchung durchführen: Sie ergab, dass 15 Personen verstorben waren, 12 Personen verschollen, was bedeutete, dass wahrscheinlich alle 27 Personen verstorben waren. Die übrigen 65 Personen erlitten teils schwere, teils leichte Verletzungen. Von den 65 Personen hatten laut Akten 26 Personen keine psychischen Beschwerden davongetragen. Bei 14 Personen fanden sich Hinweise auf eine psychische Störung, die Anlass für Interventionen waren, ohne dass es zu einer eingehenden psychiatrischen Diagnostik oder Behandlung gekommen war (psychosoziale Beratung, kürzere Gesprächstherapie u.a.). In 12 Fällen war es zu ausgeprägteren psychischen Beschwerden gekommen. Ein Versicherter war wegen psychischer Beschwerden schon längere Zeit zuvor psychiatrisch untersucht worden. 12 weitere Versicherte wurden aufgrund nach wie vor bestehender Arbeitsunfähigkeit zu einer psychiatrischen Untersuchung eingeladen (laut Akten wurden als Diagnosen akute Belastungsreaktionen, PTBS, reaktiv depressive Störungen und „psychischer Schock“ genannt). Vereinzelt hatten Behandlungen mit Psychopharmaka stattgefunden, keine fachärztliche oder psychologische Behandlung.

Von den 12 zur Untersuchung eingeladenen Versicherten erachteten 5 eine Untersuchung als unnötig und lehnten sie ab. 7 Versicherte konnten wir untersuchen: 3 von ihnen wiesen keine psychische Störung mehr auf. 4 Versicherte litten noch unter einer PTBS, davon 3 mit noch partieller Arbeitsunfähigkeit. In der Folge tauchten weitere 3 Fälle auf, die in der ersten Erhebung nicht erfasst worden waren, davon lag bei zweien eine PTBS vor. Die Behandlung lief noch (Marchetti und Hoffmann-Richter 2007, unveröffentlicht).

Das heisst, von insgesamt 95 Betroffenen sind 27 verstorben, 42 zeigten eine psychische Symptomatik. Zwei bis drei Jahre nach dem Ereignis litten 8 Personen noch immer unter einer relevanten, behandlungsbedürftigen psychischen Störung, die bei 4 Personen auch eine Leistungseinschränkung zur Folge hatte.

Als Beispiel sei ein ca. 60-jähriger Mann aufgeführt, dessen Frau beim Tsunami ertrank. Beide waren gemeinsam unterwegs, als sie die Flutwelle erfasste. Der Suva-Versicherte konnte sich an einem Baum festklammern, als die Flutwelle zurückwich, seine Frau hatte die Flutwelle mitgenommen. Ihr Leichnam wurde einige Tage später gefunden. Der Versicherte entwickelte zunächst eine akute Belastungsreaktion, die in eine Anhaltende Trauerstörung bzw. eine komplizierte Trauer überging. Er war über etliche Monate ganz arbeitsunfähig und blieb in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Bei Fallabschluss ca. 3 Jahre später kam es zu einer Teilrente.

Anlass der Nachuntersuchung der Tsunami-Opfer waren die Vorlagen an die Psychiatrie nach dem Luxor- und dem Zuger Attentat. Jahre nach den beiden Ereignissen erst waren die Dossiers auf meinen Schreibtisch gelangt. In all diesen Fällen war die psychische Symptomatik



chronifiziert. Mein Anliegen war die Frage, ob die systematische Vorlage in zeitnahe Abstand zum Ereignis dauerhafte Einschränkungen verhindern könnte.

LUXOR ATTENTAT

Das Luxor Attentat hat sich am 17. November 1997 ereignet: 6 Terroristen drangen in den Hatschepsut-Tempel in Kairo ein, schossen ohne Vorwarnung mit automatischen Feuerwaffen auf die Touristen, entfernten sich, kehrten zurück, eröffneten erneut das Feuer und fielen mit Messern über die Opfer her, die noch Lebenszeichen von sich gaben. 62 Menschen wurden ermordet. 58 waren Touristen.

Zum Zeitpunkt des Attentats hielten sich 3 Schweizer Reisegruppen im Tempel auf. Eine Gruppe mit 19 Personen befand sich nicht in unmittelbarer Nähe der Attentäter. Sämtliche Mitglieder der Gruppe blieben unversehrt. Von den beiden weiteren Gruppen wurden aus einer mit 29 Personen 21 getötet, 4 wurden verletzt, 4 blieben körperlich unversehrt. Aus der dritten Gruppe mit 30 Personen wurden 19 getötet, 7 wurden verletzt, 4 blieben körperlich unversehrt.

Von den Überlebenden waren 8 Personen Suva-versichert. Beispielhaft genannt seien die Mittfünfzigerin, die eingangs bereits Thema war und die eine PTBS entwickelte, sich unter Behandlung zwar stabilisierte, aber deutlich eingeschränkt blieb einschliesslich eingeschränkter Leistungsfähigkeit. Ein Mittsechziger überlebte mit einem Streifschuss. Seine mitreisende Ehefrau wurde ermordet. Er entwickelte eine Anhaltende Trauerstörung, blieb aber arbeitsfähig. Die psychotherapeutische Behandlung konnte Jahre später erfolgreich abgeschlossen werden.

ZUGER ATTENTAT

Zum Zuger Attentat kam es am 27. September 2001. Der Attentäter gelangte mit mehreren Waffen ins Zuger Parlamentsgebäude und schoss im Saal des tagenden Parlaments wild um sich. Er tötete drei Regierungsräte und elf Kantonsräte, verletzte zahlreiche Politiker sowie einige Journalisten zum Teil schwer. Insgesamt fielen 91 Schüsse.

Als Beispiel sei ein Kantonsrat genannt, zum Zeitpunkt des Ereignisses etwa Ende Sechzig, noch als selbständiger Unternehmer tätig. Die Vorlage an die Psychiatrie verzögerte sich über viele Jahre, während derer eine Fülle somatischer Untersuchungen ohne klaren Befund veranlasst worden waren. Die Untersuchung ergab eine Dissoziative Störung. Die nun veranlasste Behandlung führte zu einer Besserung der Symptomatik. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit blieb nicht zurück.

FLUGZEUGABSTURZ BASSERSDORF

Am 24. November 2001 kam es zum Flugzeugabsturz bei Bassersdorf mit 24 Todesopfern und 9 Überlebenden, darunter 5 Personen mit körperlichen Verletzungen. Als Beispiel sei eine 30jährige Fligth Attendant genannt. Nach dem Absturz war sie über viele Jahre wegen chronischer Nacken- und Rückenschmerzen behandelt worden. Im Dossier war keine psychiatrische Diagnostik zu finden bis zum über viele Jahre verzögerten Fallabschluss: Sie



hatte eine schweren phobischen Störung, die sie unter der Schmerzbehandlung mit sehr hohen Dosen von Opiaten begraben hatte.

Grossereignisse sind nicht nur einschneidende Lebensereignisse. Sie können das Katastrophenerlebnis akzentuieren, wie dies beispielsweise bei der eingangs skizzierten Luxor-Überlebenden geschehen war. Die Akzentuierung bestand darin, dass sie das Ereignis (auf dem Hintergrund der Vernichtung ihrer Herkunftsfamilien im Konzentrationslager) als Indiz dafür begriff, dass solche Gefährdungen jederzeit wiederkommen konnten, erst recht nach dem Attentat auf die Twin-Towers im September 2001. Grossereignisse können jedoch über die Erfahrung der Gemeinschaft von Betroffenen auch entlastende Elemente mit sich bringen, die die Einordnung in die persönliche Biographie erleichtern.

5.2 EINZELEREIGNISSE

Am 04. September 2013 kam es zu einer grossen Explosion in der Feuerwerkskörperfabrik in Oberried BE. Die Hamberger Swiss Pyrotechnics AG war lange Zeit die grösste Herstellerin von Feuerwerk und Pyrotechnik in der Schweiz. Seit 1863 stellte das Unternehmen Feuerwerk her, seit 1875 in Oberried. Die Firma beschäftigte rund 20 Angestellte. Seit Ende 2012 gehört sie zur Société Suisse des Explosifs. Im Herbst 2013 war das Unternehmen dabei von Oberried am Brienersee nach Wimmis umzusiedeln. Deshalb wurden alle alten Materialien systematisch gezündet. Bei einem dieser Ereignisse kam es zur Grossexplosion, bei der zwei Pyrotechniker ums Leben kamen.

An jenem Morgen war eine weitere, gezielte Zündung alter Materialien geplant. Im Büro fand eine kurze Besprechung statt, ehe die beiden Pyrotechniker die Materialien zünden wollten. Ein dritter Pyrotechniker hielt sich nur einzelne Minuten länger im Büro auf. Als er die Detonation vernahm, stürzte er aus dem Gebäude. Von beiden Kollegen fand er nur noch zerfetzte, über das Gelände zerstreute Leichenteile. Er entwickelte eine schwere PTBS. Die Suva verneinte die Leistungspflicht mit der Begründung der fehlenden Unmittelbarkeit. Die Verfügung wurde vom Verwaltungsgericht geschützt (siehe Ritler 2019).

Ein Pilot musste nach Kriegsende in Sarajevo landen. Die Landebahn war vereist. Das Flugzeug kam erst jenseits der Landebahn zum Stehen. Er berichtete später, unter welcher Hochspannung er gestanden hatte, da er wusste, dass das Gelände jenseits der Landebahn noch nicht von Minen geräumt war. Passagiere und Personal blieben unverletzt, die Maschine trug keine relevanten Schäden davon. Im Anschluss an den Flug zog der Pilot Ruhetage ein. Die Wiederaufnahme seines Dienstes begann mit einer Übung im Flugsimulator. Das Training gab analoge Landebedingungen wie in Sarajevo vor, was zum akuten Ausbruch einer posttraumatischen Belastungsstörung führte.

Ein Taxi-Chauffeur erlitt eine PTBS, nachdem er ein unvermittelt zwischen zwei parkenden Autos hervorspringendes Kind überfahren hatte, das kurz darauf verstarb.

Der Bewohner eines Mietshauses konnte nicht überhören, dass ein im selben Haus lebendes Paar sich häufig stritt. Er hatte gesehen und gehört, dass die Mitbewohnerin von ihrem Partner wiederholt geschlagen worden war. Wenn Stimmen und Geräusche zu laut geworden waren,



hatte er auch schon an der Tür geläutet. An einem weiteren Abend hatte er dies unterlassen. Als er vom Tötungsdelikt erfuhr, entwickelte er eine schwere depressive Episode mit ausgeprägten Schuldgefühlen.

Nach Wohnungsstürmung durch ein Überfallkommando der Polizei entwickelte eine Frau eine PTBS. Die Polizei war auf der Suche nach einem entfernten Bekannten eines Freundes der Frau. Die Wohnungsstürmung war nicht vorhersehbar.

Nach Kidnapping und Geiselhaft durch die Al Kaida mit körperlicher Verletzung entwickelte eine Reisende eine anhaltende PTBS.

Eine junge Frau war mit dem Zug unterwegs, als ein Waggon entgleiste. Zwei Mitreisende erlitten tödliche Verletzungen. Sie entwickelte eine schwere dissoziative Störung.

Ein Suva-Versicherter wurde beim Tanken auf der Fahrt in die Romandie an der Tankstelle irrtümlicherweise durch ein Überfallkommando verhaftet. Die Polizisten waren nicht uniformiert. Sie stürmten auf ihn zu, zogen ihm einen Sack über den Kopf, die Hände auf den Rücken, fesselten ihn und fuhren mit ihm davon. Erst im Untersuchungstrakt habe man ihm den Sack vom Kopf gezogen. Er wähnte sich von Attentätern verschleppt, hatte Todesangst und begriff erst Stunden später, dass er von der Polizei verhaftet worden war. Auch er entwickelte eine PTBS.

Vergewaltigungen und andere sexuelle Übergriffe fallen unter Schreckereignisse, wenn sie nicht mit schwereren körperlichen Verletzungen einhergehen.

5.3 REPETITIVE EREIGNISSE

Häusliche Gewalt, sei sie primär sexueller oder gewalttätiger Art, sind häufig repetitive Ereignisse. Anhaltende Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressive, Dissoziative Störungen und Persönlichkeitsänderungen sind nicht selten.

Die Symptome jener Luxor-Überlebenden hatten sich zwar kurz nach dem Attentat entwickelt. Unter der bald aufgenommenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung hatten sie sich jedoch deutlich zurückgebildet. Akzentuiert und anhaltend blieben sie erst nach dem Attentat auf die Twin-Towers. Der Pilot mit Landung auf vereister Bahn in Sarajewo hatte den Flieger zwar erst nach Ende der Landebahn zum Stehen gebracht, jedoch ohne relevante Schäden. Alle Passagiere und das gesamte Flugpersonal blieben unverletzt. Er selbst schien mit dem Schrecken davongekommen zu sein. Erst als er nach Ende der darauf folgenden Ruhezeit routinemässig in den Flugsimulator beordert war und dort just mit jenem Szenario konfrontiert, brach akut die posttraumatische Symptomatik aus. Dies sind nur zwei Beispiele für den pathogenen Effekt von wiederkehrenden traumatischen Erfahrungen. In diesen beiden Fällen lässt sich das Indexereignis klar identifizieren.

Ein Polizist war in einer neuen Sondereinheit für Kinderpornographie tätig. Dazu hatte er jeweils über viele Stunden Bildmaterial auszuwerten. Nach der über längere Zeit intensiven Konfrontation mit gewalttätigen sexuellen Handlungen gegenüber Primarschulkindern entwickelte er eine Posttraumatische Belastungsstörung.



Probleme bereiten kann die klare Zuordnung bei Lokführern nach wiederholten Eisenbahnsuiziden, Mitgliedern von Katastrophenteams, Feuerwehrleuten, Polizisten nach wiederholten Einsätzen mit gewalttätigen Ausschreitungen und anderen Berufsgruppen. Aus medizinisch-psychiatrischer Sicht ist die Bedeutung repetitiver Ereignisse unstrittig, sowohl von klinischer als auch von neurobiologischer und bildgebender Seite. Hier stellt sich die Frage der Abgrenzung wiederholter Schreckereignisse von einer Berufskrankheit.

6. NOSOLOGISCH-DIAGNOSTISCHER ZUGANG

In Analogie zu Häfners Beschreibung/Konzeptualisierung der Schizophrenie als Reaktionsmuster des Gehirns auf unterschiedliche Noxen kann man die psychischen Störungen im Gefolge von Schreckereignissen als Varianten psychischer Reaktionen auf nicht oder nur mit relevanten Beeinträchtigungen zu bewältigende Ereignisse fassen. Die Tatsache, dass die aktuellen Revisionen von DSM und ICD neue Diagnosegruppen gebildet haben, spricht dafür, dass äussere Ereignisse als pathogener Faktor in der Psychiatrie wieder stärker in den Fokus rücken.

Die in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts geprägten Bezeichnungen für die Folgen von Eisenbahnunfällen, später generell traumatischen Ereignissen verweisen auf die damit verbundenen diagnostischen Konzepte. Während in den frühen Jahren die körperliche Schädigung ganz im Vordergrund stand (Railway Spine, Railway Brain), ging man zunehmend von einer psychischen Ursache (auf somatischem Hintergrund) aus. Strittig blieb die Art der psychischen Ursache. Ging es eher um eine traumatische Neurose, also eine neurotische Störung im Gefolge eines traumatischen Ereignisses? Um die Intensität des erlebten Schrecks, um den Schock (Schreckneurose)? Oder doch eher um ein danach entwickeltes Begehren (Anerkennung, finanzielle Entschädigung, Rente) oder um eine Neurose, bei der sich der Ausgangskonflikt vom nicht zu lösenden Problemfeld weg zum Streit um die Rente entwickelte?

Mittlerweile ist längst klar, dass die in Frage kommenden Kausalitäten einander nicht ausschliessen. Vielmehr sind die Kausalfaktoren und Probleme jeweils zu prüfen. Die Art der in Frage kommenden Probleme wurden schon in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts beschrieben und sind bis heute dieselben:

- Das Ereignis
- Die Forderung zwischen körperlichen und psychischen Anteilen zu differenzieren (Wie sind physiologische Prozesse erfassbar, konzeptualisierbar? Als psychisch? Somatisch? Als funktionelles, nicht greifbares oder als quasi somatisch-strukturelles Geschehen? Oder rein theoretisch abstrakt? Ist die Bildgebung ein Beleg für die Organizität?)
- Mono- versus Teilkausalität (darunter jeweils die Frage der «Vulnerabilität»)
- Verlaufsfaktoren
- Die Bedeutung des Versichertseins
- Erfahrene Ungerechtigkeit/Erwartung der Anerkennung von Leid/Wiedergutmachung («Verbitterung»)



Frühere Versionen der ICD enthielten bereits die Traumatische Neurose. In die ICD-10 wurde als Nachfolgediagnose die Posttraumatische Belastungsstörung aufgenommen mit verändertem Konzept. Im DSM gibt es die PTBS ab dem DSM 3. Die diagnostischen Konzepte von DSM IV und ICD-10 stimmten nicht überein. Die DSM-Version war zwar klarer operationalisiert, aber weiter gefasst als die Definition der ICD-10. Auch mit den aktuellen Revisionen beider Diagnosesysteme wurde keine Übereinstimmung erreicht. Während das DSM 5 (2013, deutsche Übersetzung 2015) die bereits zuvor vorhandenen Diagnosen der PTBS und der Anpassungsstörungen zusammen mit weiteren Diagnosen als «Trauma- und belastungsbezogene Störungen» versteht, ordnet die aktuell in einer Beta-Version vorliegende ICD-11 die Diagnosen, ebenfalls zusammen mit weiteren einer Gruppe von «Stress assoziierte(n) Störungen» zu. Dass es nicht zur Übereinstimmung gekommen ist, macht die Situation nicht nur rechtlich, sondern auch medizinisch komplizierter, verweist aber zugleich auch auf nach wie vor offene Fragen.

Die Konzepte der PTBS in DSM IV, DSM-5 und IDC 11 teilen lediglich Schnittmengen erfasster Patientinnen und Patienten:

« The results of these modifications are clinically significant. Recent field studies have shown only a 55% overlap between persons identified as having PTSD according to the DSM-IV criteria and those meeting DSM-5 criteria, with a meager 30% overlap among the three nosologies (DSM-IV, DSM-5, and ICD-11). Moreover, research in previous decades used DSM-IV diagnostic criteria, and the extent to which previous findings are still valid with the use of DSM-5 criteria is unclear.» (Shalev et al. 2017/2459)

In der neu gefassten Gruppe der «Trauma- und belastungsbezogene(n) Störungen» nach DSM 5 finden sich:

- die Akute Belastungsstörung jetzt mit Symptomen analog der PTBS. Diese müssen jedoch binnen 3-30 Tagen remittieren;
- die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS/PTSD): Eingangskriterium ist ein traumatisches Ereignis gemäss aufgelisteten A-Kriterien, zudem Wiedererleben, Vermeidungsverhalten, negative Veränderung von Kognition und Stimmung, erhöhtes Erregungsniveau. Die Symptome müssen mehr als einen Monat andauern. Hinzugekommen ist das Kriterium klinisch relevanter Beeinträchtigung und Leiden;
- die Anpassungsstörung: Eingangskriterium ist ein Ereignis, jedoch nicht entsprechend A-Kriterien der PTBS, Traumasymptome, aber ohne das Vollbild der Symptomatik und die Dauer ist auf 6 Monate begrenzt;
- in der Gruppe der näher bezeichneten Störungen findet sich u.a. die Anhaltende komplexe Trauerreaktion.

In der neu gefassten eigenständigen Gruppe «Stress assoziierte Störungen» der IDC-11 finden sich:

- Die akute Belastungsreaktion
- Die PTBS: Das Traumakriterium wird sehr streng gefasst; weiter gefordert werden 6 spezifische Symptome, darunter Wiedererleben, Vermeidungsverhalten, anhaltende



Wahrnehmung erhöhter Bedrohung, mehrere Wochen andauernd; als Kriterium ebenfalls hinzugekommen sind klinisch relevantes Leiden und Beeinträchtigung.

- Als eigenständige Diagnose neu die Komplexe PTBS: Gefordert werden irgendwann im Verlauf Symptome der PTBS, dazu eine Störung der Affektregulation, die tiefgreifende Überzeugung, das eigene Selbst sei minderwertig; Probleme in der Beziehung zu anderen und im Näheerleben.
- Ebenfalls neu als eigenständige Diagnose aufgenommen ist die Anhaltende Trauerstörung mit Präokkupation und intensivem emotionalem Leiden
- Die Anpassungsstörung ist klarer operationalisiert durch schwere, aber nicht traumatische Belastungen, Präokkupation und Anpassungsunfähigkeit (Maercker et al. 2017).

Übereinstimmend in den Revisionen von DSM-5 und ICD-11 sind die Eigenständige diagnostische Gruppe («Stress assoziierte Störungen» bzw. «Trauma- und belastungsbezogene Störungen») und die Konzeptualisierung als Störungen mit neurobiologischen Veränderungen aufgrund einer längeren bis anhaltenden Störung der Stressachse, die teils als funktionelle, teils auch als «strukturelle» Veränderungen angenommen werden. Dies weist auf eine Tendenz der Rückkehr zum somatischen Leiden (Maercker et al 2017; Shalev et al. NEJMed 2017; 376:2465).

7. ÜBERSETZUNGSPROBLEME

Es ist nicht ausgeschlossen, dass die somatisch-materielle Ausrichtung der Rechtsprechung auch in der Psychiatrie Einzug hält, zumal sich die Medizin zunehmend als (angewandte) Naturwissenschaft und weniger als Humanwissenschaft versteht. Nach wie vor – oder auch erneut - tut sich die Medizin mit immateriellen oder auch funktionellen Krankheitsursachen schwer. Nach wie vor sind sie Anlass nach der physiologischen Grundlage zu suchen oder sie zumindest mit physiologischen Prozessen zu erklären. Die Suche nach einem physiologischen Pendant zu psychischen Prozessen setzt voraus, dass bestimmten physiologischen Abläufen distinkte psychische Prozesse zugeordnet werden können. Vielfältige Studien zur Visualisierung in der Bildgebung scheinen diese Annahme zu bestätigen. Zum einen handelt es sich dabei aber um Gruppenergebnisse. Zum zweiten geht es um Erkenntnis auf ganz unterschiedlichen Ebenen mit nicht vergleichbaren Methoden, wenn psychische Prozesse auf der einen und physiologische Abläufe auf der andern Seite untersucht werden. Letztlich geht es um die Lösung des Leib-Seele-Problems. Dass es auf diesem Weg eines Tages lösbar sein wird, ist eher fraglich. Wenn das Problem jedoch innerhalb der Medizin nicht geklärt ist, ist die Vereindeutigung der Rechtsprechung zuliebe nicht sinnvoll.

In der Neuzeit bedeutete das Verständnis von Krankheiten als Störung körperlicher Strukturen und Funktionen einen Fortschritt - die Entmystifizierung von Krankheiten. Bedeutungen von Erfahrungen, Herkunft und Kultur in Abrede zu stellen, hiesse jedoch, das Kind mit dem Bad auszuschütten. Clifford Geertz' Formulierung für die Ethnologie lässt sich problemlos auch in die Medizin übernehmen (zumal sich beide Fachgebiete in der Anthropologie treffen):

«Ich meine, ...dass der Mensch ein Wesen ist, das in selbstgesponnene Bedeutungsgewebe verstrickt ist, wobei ich Kultur als dieses Gewebe ansehe.

Ihre Untersuchung ist daher keine experimentelle Wissenschaft, die nach Gesetzen sucht, sondern eine interpretierende, die nach Bedeutungen sucht...» (Geertz 1983/1995/41)

Medizinisch-psychiatrisch nicht nachvollziehbar ist beispielsweise die Verneinung der Unmittelbarkeit nach Feuerwerkskörperexplosion und der Konfrontation mit zerfetzten Leichenteilen in Minutenabstand zum letzten Gespräch mit den nun bis zur Unkenntlichkeit zerstörten menschlichen Überresten.

Medizinisch-psychiatrisch ebenfalls nicht nachvollziehbar ist, dass die PTBS des Piloten nach der Landung in Sarajevo jenseits der Landebahn auf noch nicht von Minen geräumtem Gelände nicht einem Schreckereignis entsprechen soll. Entspricht die – nicht unrealistische – Erwartung einer in jedem Moment explodierenden Mine nicht ungewöhnlichen Umständen?

Zur Entscheidung der Ungewöhnlichkeit geht an die Psychiatrie die Frage nach der Vulnerabilität. Ohne Zweifel spielt sie eine Rolle. Vorbestehende Belastungsfaktoren müssen erhoben und auf ihre Bedeutung geprüft werden. Darum geht es aber nicht allein: Wenn vorausgegangene Lebenserfahrungen, Kultur, soziale und politische Gegebenheiten die Bedeutung eines Ereignisses prägen, und wir wissen, dass sie das tun, geht es nicht um Vulnerabilität. Wenn jene Luxor-Überlebende das Begrabenwerden unter Ermordeten und die Erkenntnis, dass sie diesem Umstand ihr Leben verdankt, in Bezug setzt zur Ermordung ihrer mütterlichen und väterlichen Familie im Konzentrationslager, wenn sie dadurch erstmals ihre jüdische Herkunft mit eigener Gefährdung in Verbindung bringt; und wenn diese Erfahrung durch das New Yorker Attentat vier Jahre später in dem Sinne akzentuiert wird, dass die Gefährdung anhalten wird, solange sie lebt, hat dies nichts mit Vulnerabilität zu tun. Wenn sich die Rechtsprechung zum Schreckereignis bislang stark auf den Einzelfall bezogen hat (Kieser 2019), bietet sie Raum, dem Rechnung zu tragen.

Für die Rechtsprechung Probleme bereiten könnte die Diagnose der anhaltenden Trauerstörung angesichts der geforderten Plötzlichkeit. Natürlich ist Trauer ein länger dauernder Prozess. Von der gesunden und notwendigen Trauer unterscheidet sich die anhaltende oder auch komplizierte Trauer dadurch, dass sie nicht durchlebt und abgelegt werden kann. Vielmehr halten gedankliche Beschäftigung und emotionale Involviertheit an, wodurch einerseits die Verbindung zum Verstorbenen Menschen aufrechterhalten wird, andererseits aber auch qualvolle Empfindungen anhalten. Das Abschiednehmen gelingt nicht. Der oder die Verstorbene wird verzweifelt festgehalten. Es geht also nicht allgemein um Trauer, sondern um die nicht gelingende Verarbeitung des Verlusts. Die Plötzlichkeit besteht im plötzlichen Tod des bzw. der Verstorbenen durch das traumatische Ereignis. Die akute Belastungsreaktion geht in die anhaltende Trauerstörung über.

Erwähnt sei in diesem Zusammenhang das Überlebenssyndrom als Beschreibung der anhaltenden psychischen Störung von nicht wenigen Überlebenden nach Konzentrationslagerhaft (Niederland 1980; von Baeyer, Häfner, Kisker 1964). In der deutschen Nachkriegsgeschichte markiert es einen Meilenstein: die Anerkennung bleibender psychischer (z.T. auch körperlicher) Schäden nach anhaltender Lebensbedrohung, die beispielsweise auch durch lange Geiselhaft, Belagerung im Krieg oder während kriegsähnlicher Umstände entstehen können. Rechtlich zu klären wäre, ob bei solchen Ereignissen ebenfalls das Moment der



Plötzlichkeit auszumachen ist, und ob die Rechtsprechung zum Schreckereignis solche Folgen einschliesst.

8. KRITISCHE GEDANKEN UND WEITERFÜHRENDE FRAGEN

Die Suche nach der physiologischen/funktionellen/strukturellen Grundlage psychischer Störungen ist nicht neu. Medizinhistorisch lässt sie sich mindestens bis zum Beginn der Neuzeit zurückverfolgen, wahrscheinlich noch deutlich weiter. Gegenwärtig stimmt sie mit der naturwissenschaftlich oder auch biologisch orientierten Medizin überein. Die Frage ist, inwieweit es bei diesen Bemühungen um die Aufrechterhaltung eines naturwissenschaftlichen Paradigmas geht und inwieweit um die Entlastung der Betroffenen von der Selbstverantwortung: Die Annahme einer somatischen Ursache wird in der Regel mit der Entlastung von der Selbstverantwortung verknüpft. Aus psychiatrischer Sicht stimmt weder zu, dass nachgewiesene körperliche Läsionen jegliche bewusste Einflussnahme generell verhindern, noch dass psychische Störungen ohne nachweisbare strukturelle Läsion bei gutem Willen überwindbar wären.

Daran knüpft sich die kritische Frage an, warum nicht schwerwiegende körperliche Verletzungen für die Prüfung der Adäquanz schwerer wiegen als eine erhebliche psychische Beeinträchtigung. Wäre es nicht an der Zeit die prinzipielle Ungleichbehandlung von körperlichen und psychischen Unfallfolgen aufzuheben? Auch die Behandlung fokussiert – von Ausnahmen abgesehen - nach wie vor primär auf körperliche Unfallfolgen. Nach wie vor zu wenig Beachtung findet die Gefahr der Chronifizierung psychischer Unfallfolgen, weil das Hauptaugenmerk zu lange auf den körperlichen Folgen liegt.

Das Unfallerlebnis gilt für die Rechtsprechung nach wie vor als nicht relevant. Am Beispiel der Überlebenden des Luxor-Attentats wird deutlich, dass nicht ausschliesslich Vulnerabilitäten zur Diskussion stehen, wenn es um das individuelle Erleben eines Unfallereignisses geht, sondern ebenso um die Bedeutung des Unfallereignisses auf dem Hintergrund eigener Lebenserfahrung und Kultur.

Als Einwand gegen eine höhere Anerkennung psychischer Unfallfolgen im Allgemeinen und der Würdigung des Unfallerlebnisses im Besonderen habe ich verschiedentlich gehört, dies sei ein Problem des Beweises. Meines Erachtens geht es hier nicht um ein generelles Beweisproblem, sondern um die Frage des Untersuchungsaufwands. Dazu sei noch einmal Geertz zitiert:

«Mich hat das Argument, dass man – da vollständige Objektivität in diesen Dingen ohnehin unmöglich sei... – genausogut seinen Gefühlen freien Lauf lassen könne, nie überzeugt. ...man (könnte) dann mit gleichem Recht sagen, dass man – da eine völlig keimfreie Umgebung nicht möglich sei – Operationen auch in der Kloake vornehmen könne.» (Geertz 1983/1995/43)

Aus psychiatrischer Perspektive angemahnt sei die zu schnelle Verquickung von psychischen Störungen als Folgen von (Unfall-)Schreckereignissen mit politischen und finanziellen Interessen. Die eindrücklichsten historischen Beispiele sind der erste und zweite Weltkrieg. Beispiele lassen sich aber auch bis in die Gegenwart finden. Ohne Zweifel erschweren



rechtliche und finanzielle Aspekte der Anerkennung von Unfallereignissen die Diagnostik. Sie haben Einfluss auf Verlauf und Therapie nach Unfallereignissen und müssen in der Begutachtung geprüft werden. Ein Rückschritt bedeutete es anzunehmen, dass es beim Anliegen der Anerkennung von Seiten der Versicherten generell und primär um finanzielle Interessen geht.

Bei repetitiven Ereignissen stellt sich aus psychiatrischer Sicht die Frage der Zuordnung zum Schreckereignis oder einer Berufskrankheit.

9. RESÜMEE

Dass es in der Medizin kein Pendant zum Schreckereignis gibt, heisst nicht, dass psychische Störungen als Folge von Schreckereignissen nicht vorkommen. Die Herausforderung besteht in der Sorgfalt der Untersuchung. Die oben vorgestellten Zugänge belegen deutlich genug, dass es relativ häufig zu psychischen Reaktionen auf Unfallereignisse kommt. Die Reaktionen sind meist vorübergehender Art, d.h., sie können in der deutlich überwiegenden Mehrzahl früher oder später verarbeitet und ins eigene Leben integriert werden. In einer Minderheit der Fälle können jedoch auch bei bagatellären körperlichen oder fehlenden somatischen Unfallfolgen nachhaltige psychische Störungen zurückbleiben. Diese Alltagsannahme, die mit der klinischen Erfahrung übereinstimmt, wird durch die – eher spärlichen – epidemiologischen Daten und durch die Kasuistiken bestätigt. Für die Untersuchung von medizinischer Seite besteht das Problem darin, dass die rechtliche Definition in der Medizin kein direktes Pendant findet. Epidemiologische Daten sind deshalb nur schwer erhebbare. Als Folgen auftreten können nicht ausschliesslich Anpassungsstörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen, sondern auch Angst- und Depressive Störungen unterschiedlicher Art, zudem auch Dissoziative Störungen und Anhaltende Trauerstörungen. Die Liste ist nicht als abschliessend zu verstehen.

In den aktuellen Versionen der internationalen Diagnosesysteme DSM 5 und – demnächst – ICD 11 sind Trauma- und Belastungsbezogene Störungen bzw. Stressassoziierte Störungen zu je neuen Gruppen zusammengefasst. Die Gruppen unterscheiden sich etwas und sind nicht identisch mit den Störungen, die nach Schreckereignissen auftreten können. Dennoch zeigen sich gewisse Konvergenzen: Während der Entstehung des UVG in deutschsprachigen Raum war das Schreckereignis ein hochaktuelles Thema als Folge von Eisenbahnunfällen, später abstrahierend von der Art des Ereignisses hin zum Zentrum der Reaktion und des klinischen Bildes, anfänglich als rein körperlich angenommen, in der Folge als körperlich-psychisches Geschehen bis hin zu einer im Kern rein psychischen Reaktion. Die gegenwärtigen Revisionen der Diagnosesysteme deuten auf der medizinischen Seite wieder auf eine Annäherung an die Konzeptualisierung eines körperlichen Geschehens mit klinisch vorwiegend psychischen Symptomen. Das heisst, das Thema ist sehr aktuell. Die Rechtsprechung war vor 100 Jahren hoch modern. Sie ist nach wie vor relevant. Und sie ringt mit den Grundproblemen, die sich bereits nach Inkrafttreten des UVG zeigten.

Medizinhistorisch bleibt die Frage, wie die Medizin immaterielle Krankheitsursachen abbilden kann. Philosophisch erkenntnistheoretisch trifft die Frage ins Zentrum des Leib-Seele-Problems. Darauf gibt es nach wie vor keine klare Antwort. Vereindeutigung um der Rechtsprechung willen



wäre zwar wünschbar, entspräche aber nicht der medizinischen Erkenntnis. So bleibt die Prüfung im Einzelfall, eben das, was Begutachtung ausmacht.

10. LITERATUR

von Baeyer WR, Häfner H, Kisker KP. Psychiatrie der Verfolgten. Berlin: Springer 1964

Falkai P, Wittchen HU (Hrsg.). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Deutsche Ausgabe. Göttingen/ Bern: Hogrefe 2015

Fischer-Homberger E. Die Traumatische Neurose. Bern: Huber 1975

Geertz C. Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt: Suhrkamp, 4. Aufl. 1995

Hepp U, Gamma A, Milos G, Eich D, Ajdacic-Gross V, Rössler W, Angst J, Schnyder U. Prevalence of exposure to potentially traumatic events and PTSD. The Zurich Cohort Study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2006; 256 : 151–158

Hepp U, Moergeli H, Büchi S, Bruchhaus-Steinert H, Kraemer B, Sensky T, Schnyder U. Post-traumatic stress disorder in serious accidental injury: 3-year follow-up study. BJPsych 2008; 192: 376–383

Kieser U. ... In: Kieser U (Hrsg.) Das Schreckereignis – Schrecken mit oder ohne Ende?

Maercker A, Augsburger M. Psychotraumatologie. Differenzierung, Erweiterung und öffentlicher Diskurs. Nervenarzt 2017; 88: 967–973

Marchetti M, Hoffmann-Richter U. Nachuntersuchung Opfer des Seebebens 2004. Suva, 2007, unveröffentlicht.

Maurer A. Schweizerisches Unfallversicherungsrecht. Bern: Stämpfli 1989

Niederland WG. Folgen der Verfolgung: Das Überlebenden-Syndrom, Seelenmord. Frankfurt: Suhrkamp 1980

Ritler K... . In: In: Kieser U (Hrsg.) Das Schreckereignis – Schrecken mit oder ohne Ende?

Rumo-Jungo A, Holzer P. Bundesgesetz über die Unfallversicherung. Zürich: Schulthess, 4. Aufl. 2012

Scholz S. SSUV Statistik. Auswertung 2004-2016 Zusammenstellung auf Anfrage 2018

Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-Traumatic Stress Disorder. Review-Article. N Engl J Med 2017;376:2459-69.