

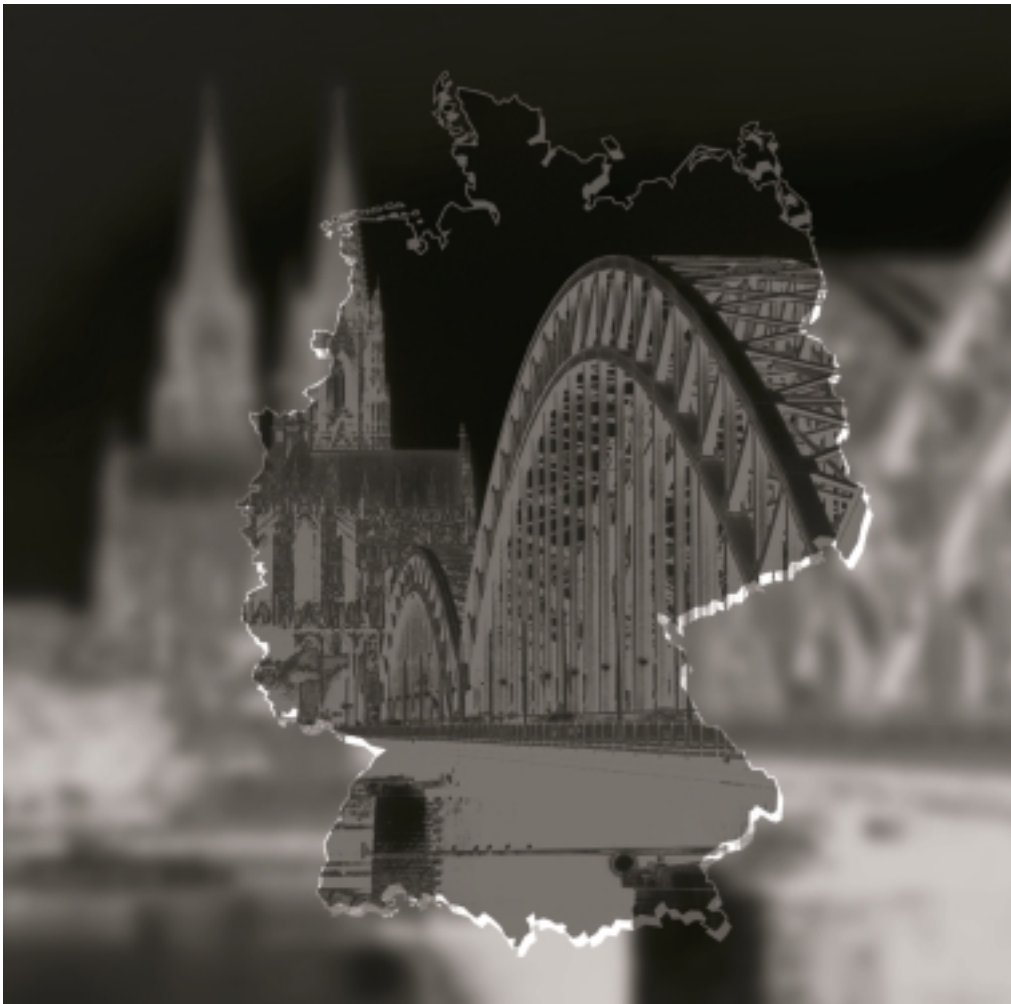


Die Kölnische Rück.

Älteste Rückversicherungs-Gesellschaft der Welt – Gegründet 1846

PS aktuell

Personen-Schäden



Ausgabe 2/99

„PS aktuell“

Newsletter der Kölnischen Rück zu Personenschäden

Inhalt

Grundlagen der traumatologischen Begutachtung	1
Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTB)	3
Rehabilitation Advisory Services (RAS)	5
Für Behinderte wichtig ist die Wahl des richtigen Autos	6
Das Autonomy-Programm – behindertengerecht umgebaute Fahrzeuge	7
Ein freudiges Ereignis	8
Veranstaltungen der Kölnischen Rück	8

Grundlagen der traumatologischen Begutachtung

Was braucht man an Informationen?

Der Auftrag zur Erstellung eines ärztlichen Gutachtens basiert stets auf der Notwendigkeit, einen nicht eindeutigen medizinischen Sachverhalt soweit zu klären, dass eine Beantwortung der damit verknüpften Rechtsfragen möglich wird. Eindeutige Sachverhalte bedürfen einer solchen gutachtlichen Klärung nicht, da in diesen Fällen der Sachverhalt nicht fehlinterpretiert werden kann.

Der folgende Artikel von **Dr. Frank Schröter** stellt insbesondere die Basisinformationen vor, die für eine ärztliche Begutachtung notwendig sind.



Dr. Frank Schröter, Institut für Medizinische Begutachtung, Kassel

Kausalitätsfragen sind um so leichter zu beantworten, je schwerer die Verletzung war: Die eindrucksvolle Dokumentation des primären Verletzungsbildes, die dann meist ergiebigen Informationen zum Heilverlauf, Berichte über eingetretene Komplikationen etc., führen fast automatisch zur richtigen Beantwortung der Frage, ob die in den Folgejahren festgestellten gesundheitlichen Probleme dem Unfall kausal anzulasten sind.

Handelt es sich hingegen um eine harmlose – dann meist nicht-strukturelle – Verletzung z. B. im Sinne einer Zerrung oder Prellung, sind häufig schon die primären Befundmerkmale mehrdeutig, der Symptomenverlauf im hohen Maße abhängig von subjektiven Symptomenwertungen sowohl des betroffenen Patienten als auch des behandelnden Arztes, so daß es nicht verwunderlich erscheint, dass gerade die Folgen von Bagatelverletzungen zahlenmäßig besonders häufig den Gutachter beschäftigen

Diese Probleme lassen sich wie durch ein Brennglas fokussieren auf die Thematik „HWS-Schleudertrauma“, da hierbei so gut wie regelhaft ein objektiv belegtes Verletzungsbild fehlt, sich die streitige Verhandlung stets nur um die Einordnung des subjektiven Symptomenkomplexes dreht und diesbezüglich im Vorfeld einer Begutachtung häufig vielfältige

paramedizinische Vorstellungen und persönliche Überzeugungen sowohl der Betroffenen wie auch der behandelnden Ärzte eine Rolle spielen.

Sind solche hypothetischen Überzeugungen zur Pathogenese eines Beschwerdebildes im kurativen Bereich der modernen Medizin durchaus erlaubt, das Beschwerdebild also die Basis der therapeutischen Bemühungen, so ist dem Sachverständigen ein solcher Weg in einer gutachtlichen Beurteilung verbaut. Der Gutachter ist einerseits gehalten, sich an gesicherten medizinischen Erkenntnissen zu orientieren, andererseits die Beweisregeln unserer Rechtsordnung zu beachten. Letztere verlangen vom Sachverständigen als Ausgangspunkt all seiner Überlegungen eine klare Definition des Erstschadenbildes mit topographischer Lokalisation, aber auch eine klare Auskunft über die Art der dort zu findenden Läsion.

Die Rechtsprechung verlangt den Vollbeweis der unfallbedingten Primärschädigung, der allein mit einem subjektiven – weil unspezifischen – Beschwerdebild, mit Druckdolenzen und ähnlichen semi-objektiven Feststellungen nicht zu führen ist. Der Unfall kann – wie alltäglich zahllose Beispiele belegen – auch unverletzt überstanden werden, somit allein nicht Ausgangspunkt gutachtlicher Überlegungen sein.

Diese gebotene Strenge gutachtlicher Denkweise kollidiert nun geradezu regelhaft mit der Wirklichkeit im kurativen Bereich geprägt von der vereinfachenden Auffassung, dass der unstrittig stattgehabte Unfall und nachfolgend prolongiert geklagte subjektive Beschwerden des Patienten in einer kausalen Verknüpfung stehen müssen.

Wirklichkeit kontra Ideologie

Belastet wird der Dialog trotz aller wissenschaftlicher Fortschritte stets durch ein verbleibendes Ungenügen an medizinischen Erkenntnissen. Problematisch erscheint besonders eine fachspezifisch geprägte, anschauungsmäßig oder gar mentalitätsbedingte Uneinigkeit der Ärzte, begünstigt durch Neigungen, sich mit zunehmendem

Lebensalter von gesicherten medizinischen Erkenntnissen zu lösen und diese durch „erfahrungsmedizinische“ Ansichten zu ersetzen. Kennzeichnend hierfür ist der Gebrauch von Subjektivismen anstelle objektivierbarer Fakten, besonders bei der Gewichtung verzögerter Heilverläufe nach einer Unfalleinwirkung ohne fassbares organisches Korrelat. Juristisch gesehen ist es eine Selbstverständlichkeit, dass der ursächliche Zusammenhang beweisbar ist, weil der Beweis auf Fakten beruht! Fehlen diese, treten an ihre Stelle Vermutungen, die als Prämisse Anknüpfungen mit rational entwickelbaren, aber auch irrationalen Ideologien ergeben. Die wissenschaftliche Vernunft ist mit einer solchen ideologischen Fixierung unvereinbar. Die juristisch geforderte Strenge einer wissenschaftlich begründeten Beweisführung zwingt den Arzt in seiner Rolle als Gutachter zur ideologischen Distanz: Er darf der Faszination der Ideologie nicht erliegen. Auf diese Selbstverständlichkeit zielt nicht selten der Vorwurf der Ignoranz bis hin zu persönlichen Diskreditierungen: Der Sachverständige wird kurzerhand für unfähig erklärt, weil er sich nicht der Ideologie bedient.

Diagnose kontra Syndrom

Die für den Sachverständigen gebotene Strenge der wissenschaftlichen Orientierung bedarf als Grundlage einer wechselseitig akzeptierten Definition der Begriffe, die im Einzelfall und insbesondere im Nachhinein nicht mehr verhandelbar sein dürfen, um nicht ihre Bedeutung und somit ihren kommunikativen Wert zu verlieren. Nur die unzweideutige Definition von Begriffen verhindert die Konfusion und ist somit eine *Conditio sine qua non* für die Information zwischen den Ärzten, ohne die eine Verständigung mit Juristen gar nicht möglich sein kann!

Einer solchen klaren Definition bedarf prinzipiell bei jeder Unfalleinwirkung schon der primäre Körperschaden. Welcher Chirurg käme auf die Idee, die Diagnose „Oberschenkelbruch“ mit den Worten „erhebliches Schmerzsyndrom mit Bewegungsstörung und fehlender Belastbarkeit“ unnötig zu verschleiern? Genauso wenig ist die Diagnose einer Unfallfolge am Hals als „HWS-Syndrom“ mit schmerzhafter Bewegungsstörung“ oder gar dem Begriff „Schleudertrauma“ definiert!

Spätestens der medizinische Sachverständige benötigt für die von ihm abverlangte Beschreibung der Unfallfolgen als unverzichtbare Basis eine klare Definition der Primärschädigung. Diese Aufgabe obliegt jedoch konsequenterweise dem Erstbehandler, während der Gutachter im Regelfall eigentlich

nur zu überprüfen hat, was an Folgen der definierten Primärverletzung überhaupt ernsthaft in Betracht kommt.

Wird jedoch ärztlicherseits auf die Benennung der betroffenen anatomischen Struktur und die Konkretisierung des dort zu findenden Schadensbildes, z. B. die Zerrung, Zerreißung oder Fraktur, verzichtet bzw. ersetzt z. B. durch das „cervicocephale Syndrom“, so bewegt man sich auf dem schwankenden Boden von Vermutungen, die sich sehr schnell – sozusagen mangels Masse (Befunde) – in die Richtung der ideologisch geprägten Paramedizin verirren.

Fakten kontra Glauben

Der Sachverständige ist gebunden an die Beweisregeln unserer Rechtsordnung. Nur der objektiv belegbare – und damit auch in der Befunderhebung reproduzierbare – unfallbedingte Körperschaden eröffnet die Möglichkeit einer Bewertung desselben zur Begründung einer Entschädigung bzw. Versicherungsleistung. Die Rechtsprechung stellt hohe Beweis-anforderung an das Erstscha-densbild.

Ohne eine nachgewiesene Primärverletzung können keine somatischen (Dauer-)Folgen entstehen! Bei dann regelhaft fehlenden objektivierbaren Verletzungsfolgen bleibt dem Gutachter aber nur die Feststellung, dass für die geklagten Beschwerden kein unfallbedingt-organisches Korrelat zu erkennen ist. Die Glaubwürdigkeit des Probanden steht dann prinzipiell nicht zur Diskussion. Hierüber zu urteilen ist allenfalls dem Richter vorbehalten.

Basisinformationen für die Begutachtung

Anders als bei den schweren Verletzungen (z. B. Frakturen) fehlt es nach den Beschleunigungseinwirkungen auf Fahrzeuginsassen geradezu regelhaft an eindeutig objektivierbaren Verletzungsmerkmalen sowohl im klinischen als auch radiologischen Befund. Unspezifische Mitteilungen über subjektiv erlebte Beschwerden, Druckdolenzen oder auch schmerzhafte Bewegungseinengungen sind keineswegs verletzungsbeweisend, sondern belegen eine Störung mit vielfältigen Ursachenmöglichkeiten, die man wertfrei unter dem Begriff „Cervicalsyndrom“ subsumieren kann. Indizien für die Unfallursächlichkeit können sich nur aus weiteren Informationen zur zeitlichen Entwicklung des Beschwerdebildes ergeben:

1. Rasches Einsetzen der Beschwerden nach dem Unfall, z. B. mit Bekundungen einer Nackensymptomatik noch an der Unfallstelle, spricht für die Unfallinduktion, nicht hingegen ein sogenanntes „beschwerdefreies Intervall“.

2. Rasches Erreichen des Beschwerdemaximums in zeitlicher Nähe zum Unfallgeschehen, nicht hingegen nach Tagen oder Wochen, ist ebenfalls als Indiz für eine Unfallursächlichkeit zu werten.

3. Ein sukzessives Abklingen der Symptomatik nachfolgend einer nicht-strukturellen – allenfalls mikrostrukturellen – Läsion deckt sich mit gesicherten pathophysiologischen Erkenntnissen zum Heilverlauf funktioneller – und auch struktureller – Verletzungsbilder. Dieser „Decrescendo“-Verlauf ist unfalltypisch, nicht hingegen eine gegen-teilige, langsam zunehmende Beschwerde-entwicklung mit zunehmender Ausweitung in der Topographie, Vielfalt und Intensität des subjektiven Beschwerdeerlebens.

Somit sind es die scheinbar nebensächlichen Informationen, unter anderem aus dem Zeitraum vor dem ersten ärztlichen Kontakt, die dem Sachverständigen gewichtige Indizien für seine Kausalitätsbeurteilung liefern. Solche Informationen finden sich häufig z. B. im Unfallprotokoll der Polizei.

Insofern ist auch – und gerade – der medizinische Sachverständige auf die Vorlage entsprechender Dokumente angewiesen, auf die er bei schwereren Verletzungen problemlos verzichten kann.

Im Hinblick auf den zentralen Stellenwert des Erstscha-densbildes wäre es wünschenswert, wenn man stets über eine sorgfältige Protokollierung der Informationen aus dem ersten ärztlichen Kontakt verfügen könnte.

Die Wiedergabe patientenseitiger Äußerungen zum Unfallhergang und der Unfallschwere (z. B. Ausmaß der Fahrzeugschäden) ergeben gewichtige Hinweise darauf, ob der Unfall im Bewusstsein des Unfallbeteiligten in einer angemessenen Dimension wiederzufinden ist oder ob schon primär die Dramatisierung des Erlebens eine Rolle spielt. Für den Behandler ergeben sich zudem wichtige Hinweise, mit welchen Verletzungsmöglichkeiten ernsthaft zu rechnen ist. Eine sorgfältige Diagnostik ist dennoch immer erforderlich, sie könnte aber zielorientierter ausgerichtet werden. In gleicher Weise kann eine relativ genaue – gegebenenfalls wörtliche – Wiedergabe des subjektiven Beschwerdebildes Hinweise ergeben, ob es sich mehr um ein somatisch oder eher psychosomatisch geprägtes Beschwerdebild mit all seinen vegetativen Begleiterscheinungen handelt.

Grundsätzlich unabdingbar ist die Dokumentation einer standardisierten klinischen Untersuchung mit Feststellung von verlässlichen, also **reproduzierbaren** Bewegungsparametern. Die Angabe einer globalen Unergiebigkeit der Kopfbewegung kann allenfalls auf

eine muskulär bedingte Bewegungseinengung hindeuten, während die einseitige Bewegungsstörung, also die Asymmetrie der Kopfbewegung, eine Ursache im Bereich der Wirbelsäulenstrukturen selbst signalisiert. Eine pauschale Angabe zu einer „schmerzhaften Bewegungseinschränkung“ hilft jedoch nicht weiter.

Wünschenswert wäre auch ein ordnungsgemäß erhobener Segmentbefund. Kann ein solcher aufgrund schmerzhafter Muskelverspannungen nicht erhoben werden, ist eine solche Anmerkung aussagekräftiger als zweifelhafte segmentale Befundvermutungen, die nur allzu häufig arzt-spezifisch, aber nicht patientenspezifisch sind.

Für den Sachverständigen ist eine zumindest orientierende neurologische Untersuchung mit Dokumentation der Ergebnisse eine wichtige Information. Jeder Arzt sollte eine solch einfache Untersuchung durchführen können, um zu entscheiden, ob der Fachmann (Neurologe) hinzuzuziehen ist.

Mit einer solchen vorgeschalteten sorgfältigen klinischen Diagnostik ließe sich auch die nachfolgende radiologische Überprüfung der Befundverhältnisse mit zielgerichteten Fragestellungen optimieren, auf diesem Wege auch die Patienten herausfiltern, bei denen eine aufwendige kernspintomographische Diagnostik zur Definition eines segmentalen Schadensbildes führen könnte. Ohne einen klinisch objektivierbaren Segmentbefund erscheint ein solcher Aufwand wenig sinnvoll.

Im gutachtlichen Bereich ist eine Orientierung an den Prinzipien der kurativen Medizin unzulässig, in der das Beschwerdebild des Patienten maßgeblich das ärztliche Denken und Handeln bestimmt. Unzureichend ist auch die zeitliche Abfolge eines geklagten Beschwerdebildes **nach** einer Unfalleinwirkung im Sinne einer Kausalitätsverknüpfung insbesondere dann, wenn ein solches Beschwerdebild unspezifisch einem „Cervicalsyndrom“ entspricht. Dennoch entspricht es keineswegs einer Seltenheit, dass das Beschwerdebild, wie es gegenüber dem Gutachter geschildert wird, zum Schlüssel für die gesamte gutachtliche Beurteilung wird mit der Folge gleich mehrfacher Fehlbeurteilungen:

1. Die subjektiven Beschwerden werden automatisch als Unfallfolge gedeutet.
2. Die Persistenz des Beschwerdebildes und das Ausmaß des subjektiven Erlebens bestimmt die rückblickende Einschätzung des Sachverständigen zur Schwere des Unfalles, was nur allzu häufig in einem grotesken Missverhältnis zur dokumentierten Unfallschwere steht.

3. Das Ausmaß der subjektiven Beschwerden dient als „Beweis“ für die vermeintliche Schwere der erlittenen Primärverletzung. Eine andauernde Symptomatik „muss“ schließlich mindestens einem Schweregrad II (nach Erdmann) entsprechen!
4. Allein das Beschwerdebild bestimmt sodann die prozentuale Bemessung vermeintlich unfallbedingter Leistungsbeeinträchtigungen.
5. Das prolongierte Beschwerdebild dient letztlich auch zu prognostischen Einschätzungen dahingehend, dass das, was schon lange „therapieresistent“ war, auch noch längerfristig weiter bestehen müssen.

Diese eigentlich nur als grob zu bezeichnenden Fehler im gutachtlichen Bereich, basierend auf fragwürdigen Publikationen zu der „glaubhaft“ langen Dauer unfallbedingter Beschwerden, sollten, ganz gleich, welche hypothetischen Überlegungen dem zugrunde gelegt werden, der Vergangenheit angehören. Zu einer solchen Argumentation hat Erdmann sicher zu Recht bereits 1975 ausgeführt: „Dies ist ja nun

schon das Unsolideste, was man im Rahmen der Unfallbegutachtung vorbringen kann.“

Eigentlich bedarf es keiner besonderen Erwähnung, dass der Sachverständige auch grundsätzlich die altanamnestischen Daten des Probanden kennen sollte, da diese notwendige Basisinformationen der Begutachtung darstellen. Denn: Nur in Verbindung mit soliden Basisinformationen aus dem unfallnahen Zeitraum, besser noch des definierten Erstschaubildes kann eine plausible Kausalitätsfeststellung gelingen.



Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTB)

Mehr als 2 Mio. Verkehrsunfälle ereignen sich Jahr für Jahr auf bundesdeutschen Straßen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes wurden 1998 dabei fast 500.000 Personen verletzt. Die Folgen dieser Unfälle sind nicht nur körperlicher Art, denn jeder Unfall wird auch mental und emotional verarbeitet. Zu den schweren psychischen Störungen, die nach einem Verkehrsunfall auftreten können, zählt die posttraumatische Belastungsstörung (PTB, ICD-10-Klassifikation: F 43.1). Das im Englischen als „Posttraumatic stress disorder (PTSD)“ bezeichnete Krankheitsbild ist schon seit langem bekannt. Es wurde zunächst als Traumatisierung im Zusammenhang mit Kriegen, Naturkatastrophen und Gewalttaten diagnostiziert. Seit etwa 10 Jahren wird die posttraumatische Belastungsstörung verstärkt auch in Verbindung mit Verkehrsunfällen untersucht.

Symptomatik

Auslösend für eine posttraumatische Belastungsstörung ist ein traumatisierendes Ereignis, z. B. ein sehr schwerer Verkehrsunfall. Nicht nur die Unfallopfer können von einer posttraumatischen Belastungsstörung betroffen sein, auch für Zeugen oder Helfer kann ein Unfall zu einem traumatisierenden Ereignis werden. Der ICE-Unfall von Eschede hat das gezeigt.

Charakteristische Symptome sind:

- **Wiederholtes und als Belastung empfundenes Erleben des Traumas in sich aufdrängen**

genden Erinnerungen (sogenannte flash-backs)

Diese Erinnerungen treten häufig beim erneuten Vorbeifahren an der Unfallstelle auf, aber auch Berichte über andere Unfälle können auslösend wirken.

- **Gefühl von Betäubtsein, Desinteresse und emotionaler Stumpfheit**

Für die posttraumatische Belastungsstörung nach Verkehrsunfällen ist kennzeichnend, daß die Unfallopfer die Teilnahme am Straßenverkehr zu vermeiden versu-

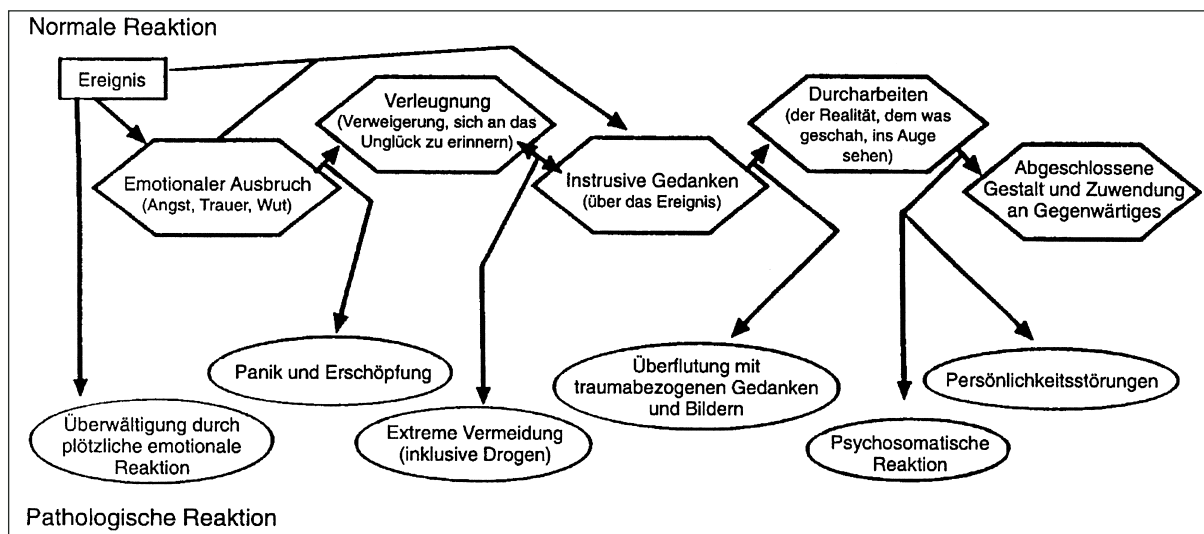
chen oder zumindest unfallähnlichen Bedingungen (z. B. Regen) aus dem Wege gehen. Die Symptomatik korrespondiert mit einem veränderten Selbstbild, nämlich einem geringeren Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten als Verkehrsteilnehmer.

- **Auftreten vegetativer Übererregtheit mit Steigerung der Wachheit und einer übermäßigen Schreckhaftigkeit verbunden mit Schlaflosigkeit**

Eher selten kommt es zu dramatischen akuten Durchbrüchen von Angst, Panik oder Aggression. Im Straßenverkehr kann es allerdings zu panikartigen Reaktionen kommen bzw. zu einer übertriebenen Einschätzung der Gefährlichkeit von Situationen.

Die posttraumatische Belastungsstörung geht mit einer erheblichen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit des Betroffenen einher. Sie folgt dem auslösenden Trauma häufig mit einer gewissen Latenz, die einige Wochen, aber auch 6 Monate und länger dauern kann. Der Verlauf der Störung ist in 40-50 % der Fälle chronisch (länger als 3 Monate).

Die folgende Abbildung gibt eine Übersicht über normale und pathologische Phasen posttraumatischer Reaktionen.



Quelle:
W. Dahlmann:
Psychische Beeinträchtigungen durch und nach dem Unfallereignis – bzw. -erlebnis – besonders bei Verkehrsunfällen.
In: Trauma Berufskrankh. (1999) 1, S. 190.

Epidemiologie

Es ist bekannt, daß Traumata mit einer unterschiedlich hohen Wahrscheinlichkeit zu einer PTB führen. Im Zusammenhang mit Unfällen ist nur in Extremfällen mit dem Vollbild einer PTB zu rechnen. Partielle PTB, also Formen mit nur wenigen, aber charakteristischen Symptomen der PTB, können jedoch nach schweren Unfällen auftreten. Frommberger und Berger weisen auf eine Studie von Breslau et al. hin, nach der die häufigsten Traumata, plötzliche Verletzungen bzw. schwerer Unfall, nur in 12% der Fälle eine PTB nach sich zogen.¹

Die Autoren führen folgende Risikofaktoren auf, die dazu beitragen, daß es nach einem traumatisierenden Ereignis zu einer PTB kommt:

- Eine positive Familienanamnese für Angstsyndrome oder antisoziales Verhalten
- Weibliches Geschlecht
- Frühe Trennungserlebnisse in der Kindheit
- Eine vorbestehende Symptomatik an Angst und Depression
- Somatische Vorerkrankungen
- Erhöhte Werte für Neurotizismus
- Mangelhaft erlebte familiäre Unterstützung

Es gibt allerdings Betroffene, bei denen trotz vorhandener Risikofaktoren keine PTB auftritt. Mitentscheidend dafür sind Faktoren, die die Bewältigung eines Traumas positiv beeinflussen, z. B. prätraumatische und psychosoziale Faktoren.

Diagnose

Zur Diagnose der PTB heißt es in der WHO-Klassifikation der ICD-10 („International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“):

„Diese Störung soll nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von 6 Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von außergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist. Eine ‚wahrscheinliche‘ Diagnose kann auch dann gestellt werden, wenn der Abstand zwischen dem Ereignis und dem Beginn der Störung mehr als 6 Monate beträgt, vorausgesetzt, die klinischen Merkmale sind typisch, und es kann keine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode) gestellt werden. Zusätzlich zu dem Trauma muß eine wiederholte unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen auftreten. Ein deutlicher emotionaler Rückzug, Gefühlsabstumpfung, Vermeidung von Reizen, die eine Wiedererinnerung an das Trauma hervorrufen könnten, sind häufig zu beobachten, aber für die Diagnose nicht wesentlich. Die vegetativen Störungen, die Beeinträchtigung der Stimmung und das abnorme Verhalten tra-

gen sämtlich zur Diagnose bei, sind aber nicht von erstrangiger Bedeutung.“

Ein zweites Klassifikationssystem, das DSM-IV der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung, vermerkt darüber hinaus, dass eine deutliche psychische Beeinträchtigung über zumindest einen Monat vorliegen muß. Ein weiterer Unterschied der beiden Klassifikationssysteme besteht in der Bedeutung, die sie subjektiven Faktoren einräumen: Während das ICD-10 auf eine Beeinträchtigung rekurriert, die „bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“, räumt das DSM-IV der Befindlichkeit des einzelnen einen größeren Stellenwert ein, wenn es heißt: „Die Reaktion der Person umfaßte intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.“ Meyer/Steil empfehlen in ihrem Aufsatz zur „Posttraumatischen Belastungsstörung nach Verkehrsunfällen“² diesbezüglich dem DSM-IV zu folgen, da empirische Studien gezeigt hätten, dass vor allem die subjektive Einschätzung eines Unfalls prädiktiven Wert für die Entwicklung der typischen PTB-Symptomatik besitzt.

Es gibt verschiedene Verfahren, mit denen die PTB-Symptomatik erfaßt werden kann. De Boer, Steffgen und Bollendorff verweisen auf strukturierte Interviews („Das Diagnostische Interview bei Psychischen Störungen“, „Münchener Composite International Diagnostic Interview“), psychometrische Verfahren („Impact of Event-Skala“, „PTSD Symptom Skala – Eigenbeurteilung“, „Posttraumatic Symptom Scale“) und psychophysiologische Messungen (Herzfrequenz und Hautwiderstand bei traumabezogenen Reizen).³

Die Diagnostik der PTB nach Verkehrsunfällen ist schwierig. Sie sollte in jedem Fall erfahrenen Gutachtern überlassen werden, die eine neurologische und psychiatrische bzw. psychotherapeutische Untersuchung und Begutachtung vornehmen.

Therapie und Prognose

Pharmakologische Interventionen (mit Antidepressiva oder Anxiolytika) können z. B. die Schlafstörungen bzw. die Übererregung positiv beeinflussen, zeigen jedoch nur begrenzte Wirksamkeit bei den psychischen Symptomen der PTB wie Rückzug und Vermeidungsverhalten. Die Therapie der Wahl für das PTB ist daher psychotherapeutisch.

In der Regel wird man für schwere Fälle einen stationären psychotherapeutischen Aufenthalt (Regeldauer: drei Monate) ansetzen. Anschließend muß für 1–2 Jahre mit einer ambulanten Psychotherapie gerechnet werden. Alle schnellen und „Kurztherapie“-Formen sind mit großer Skepsis zu beurteilen.

Neben einer posttraumatischen Belastungs-

störung leidet der Betroffene als Folge der PTB u. U. an weiteren psychischen Störungen (sog. Komorbidität z. B. mit Depression und Substanzmißbrauch). Eine erfolgreiche psychotherapeutische Therapie der PTB verhindert in diesen Fällen weitere teure Behandlungen.

Die Prognose der posttraumatischen Belastungsreaktion ist bei ausreichender Psychotherapie in den nicht extremen Fällen gut.

Begutachtung

Die Begutachtung, i. S. einer Feststellung des kausalen Zusammenhanges zwischen Unfallereignis und psychischer Beeinträchtigung, ist schwierig. Sie gehört in die Hände eines erfahrenen medizinischen Gutachters der richtigen Fachrichtung.

Foerster empfiehlt bei der Begutachtung des PTB, gezielt auf die besonderen Umstände des Einzelfalles abzustellen. Vier Beurteilungsaspekte sollen dabei herangezogen werden:⁴

• Schweregrad des Unfallereignisses

Dazu rechnet man die „objektiven“ Gegebenheiten, z. B. Schweregrad der Verletzungen, Dauer der Arbeitsunfähigkeit usw.

• Schweregrad des Unfallereignisses

Hiermit ist die subjektive Einschätzung des Unfalls gemeint. Sie hängt u. a. von der Persönlichkeit des Betroffenen, seiner Lebenssituation, dem sozialen Umfeld und den Bewältigungsstrategien (Coping-Strategien) ab, über die er konkret verfügt.

• Persönlichkeit

Hierunter sind bestimmte Persönlichkeitszüge wie Verletzlichkeit und Ängstlichkeit sowie der bisherige Umgang mit belastenden Lebensereignissen zu verstehen, die Hinweise darauf geben, ob der Betroffene in der Lage ist, den Unfall erfolgreich zu bewältigen. Erkrankungen, z. B. zwanghafte oder asthenische oder vorliegende neurotische Erkrankungen in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung senken und den Verlauf verstärken, jedoch sind diese Faktoren weder nötig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären; bei bereits vor dem Unfall vorliegenden psychischen Störungen ist abzuklären, ob und inwieweit sie sich qualitativ und quantitativ von den Störungen nach dem Unfall unterscheiden. Ist das der Fall, so spricht viel dafür, daß ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Unfall gegeben ist.

1 Nervenheilkunde 1998; 17: S. 60

2 Unfallchirurg 1998, 101: 878–893, Springer Verlag

3 Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 34 (1999) 315 f.

4 So K. Foerster: „Gutachterliche Bewertung posttraumatischer psychoreaktiver Störungen“. In Suchenwirth/Ritter/Widder (Hg.) Neurologische Begutachtung bei inadäquaten Befunden. Ulm, Stuttgart; Fischer, 1997; S. 81–85.

• Mögliche sekundäre Motive

Hier geht es u.a. um die Frage, ob bei dem Betroffenen eine Simulation vorliegt; das bewußte Vortäuschen einer psychischen Erkrankung ist sorgfältig von einer Aggravation zu unterscheiden; bei letzterer handelt es sich um eine übertriebene Darstellung des Beschwerdebildes; an eine Simulation muß vor allem dann gedacht werden, wenn bei dem Betroffenen Diskrepanzen zwischen den geschilderten Beschwer-

den und dem tatsächlichen Verhalten während der Untersuchung (aber auch im Alltag) deutlich werden oder wenn fremdanamnestic Angaben sich deutlich von den Angaben des Betroffenen unterscheiden; wenn trotz massiver Beschwerdeschilderungen eine eher ablehnende Haltung gegenüber medizinisch-therapeutischen Maßnahmen eingenommen wird, kann das ebenfalls ein Hinweis auf eine Simulation sein.

Akzeptiert werden kann nur eine Diagnose nach den anerkannten Diagnosewerken ICD-10 und/oder DSM. Beurteilungen wie „Unfallneurose“, „posttraumatisches Syndrom“ oder „posttraumatische Depression“ sind abzulehnen.

Das Vollbild einer PTB ist meistens mit einer höhergradigen MdE für 1–2 (max.) Jahre verbunden (40–80 Prozent). Partielle PTB können eine MdE von 10–30 Prozent bedingen, die ebenfalls nur für ein bis maximal zwei Jahre vorliegt.



Rehabilitation Advisory Services (RAS)

Der Rehabilitationsdienst der General Re

Die Kölnische Rück ist seit 1996 aktiv auf dem deutschen Markt mit ihrem Rehabilitations-Dienst tätig. Mittlerweile konnten 1300 schwere Personenschäden in die Bearbeitung aufgenommen werden, ein deutlicher Beweis des Vertrauens in unsere Dienstleistungen. In der General&Cologne Re Gruppe gehört Case Management von schweren Personenschäden allerdings seit den 50er Jahren für unsere amerikanischen Zedenten zum Serviceangebot.

Bereits 1957 gründete der Schadendienst der General Reinsurance Cooperation die Abteilung Rehabilitation Advisory Services (RAS). Von Beginn an wurden den Versicherern die Dienste erfahrener Reha-Spezialisten zur Verfügung gestellt, um die finanziellen Folgen schwerer Personenschäden zu begrenzen. Seit 1978 wird der Dienst von Vice President Diane Bistany geleitet, die auf eine langjährige Erfahrung als Leiterin des Medizinischen Sozialen Dienstes eines großen Reha-Krankenhauses in den USA zurückblicken kann. Aufgrund ihrer Ausbildung in Soziologie und klinischer Psychologie verfügt sie über den notwendigen wissenschaftlichen Hintergrund zur Bewältigung der vielfältigen Anforderungen im Case Management.

„Ein gut abgewickelter Schadenfall mit einer Schwerstverletzung ist ein echter Gewinn für alle Seiten“, weiß Diane Bistany. „Unser Dienst führt zu einer echten Partnerschaft mit unserem Kunden und geht über die reine Rückversicherung hinaus“, ergänzt sie noch und verweist auf die langjährige Zufriedenheit ihrer Kunden mit diesem bedeutenden Service.

Je nach Bedarf kann der Versicherer auf unterschiedliche Unterstützungsmöglichkeiten zurückgreifen. Hierzu gehören insbesondere

1. die Aus- und Weiterbildung der Schadenspezialisten des Versicherers

- Seminare und Trainingsprogramme
- Publikationen und Videos zum Thema
- Grundsatzanalysen zu ausgewählten Themen der Rehabilitation, z. B. Mortalität und Morbidität bei Querschnittsgelähmten
- Bewertung von medizinischen und Rehabilitations-Einrichtungen nach Qualität und Preis
- Handbücher zur Abwicklung von schweren Personenschäden

2. die allgemeine Schadenberatung

- Aktenfallbearbeitung mit Empfehlungen zum Case Management und Kostenprojektion
- Benennung von Ärzten und Reha-Spezialisten für den besonderen Fall
- Allgemeine Beratungen mit dem Versicherer zur Abwicklung von Personenschäden

3. das individuelle Case Management

- Persönliche Beratung des Geschädigten und Festlegung eines Rehabilitationsplans
- Vermittlung geeigneter Krankenhäuser und Rehabilitations-Einrichtungen
- Aktive Unterstützung bei der Aushandlung von Preisen für die notwendige Behandlung
- Analyse des häuslichen Umfelds und Anpassung an die veränderten Anforderungen
- Hilfe bei der Rückkehr nach Hause, bei der Wiederaufnahme der Arbeit
- Entwicklung von Pflegeplänen, medizinischen Versorgungsplänen
- Gewährung von Rabatten für Zedenten für die Nutzung spezieller klinischer Einrichtungen

- Gewährung von Rabatten für Zedenten für Medizinische Hilfsmittel, Prothesen und die Nutzung von Pflegeeinrichtungen.

Mit Hilfe dieser Dienstleistungen gelingt es in allen Fällen, eine erhebliche Kostenersparnis zu erreichen. Im Durchschnitt schätzt RAS, dass pro Personenschaden in den USA ohne aktives Schadenmanagement ca. 1 Mio \$ und mit aktivem Schadenmanagement ca. 400.000 \$ aufzuwenden sind.

Ein typischer Fall aus dem Jahr 1992 soll dies noch weiter verdeutlichen: Der 1928 geborene Geschädigte erlitt im Jahr 1976 einen schweren Unfall, der u.a. zu einer erheblichen Schädigung L4/5 führte. Neben der Behandlung dieser Verletzungen mussten außerdem beide Hüftgelenke ersetzt werden. Der Fall wurde RAS 1992 vorgelegt. Bis dahin betragen die jährlichen Behandlungskosten 103.000 \$. Mit Hilfe von RAS gelang es, diese Kosten auf das notwendige Maß zu beschränken. Bei einer geschätzten Lebenserwartung von noch 14 Jahren zu dem damaligen Zeitpunkt und geschätzten notwendigen Gesamtkosten von ca. 30.000 \$ pro Jahr für die medizinische und rehabilitative Betreuung konnten die erwarteten Kosten von ca. 1.400.000 \$ auf ca. 430.000 \$ insgesamt reduziert werden. Gleichzeitig gelang es, den Geschädigten durch intensive physikalische Therapie (in der neuen Kostenplanung bereits enthalten) wieder besser zu mobilisieren. Außerdem konnte der langdauernde Medikamentenabusus beendet und eine ineffiziente psychotherapeutische Betreuung eingestellt werden.

Diane Bistany stellt klar, dass wirksame Kostenbegrenzung bei schweren Personenschäden kein Zufall ist. Sie kann aber immer dann gelingen, wenn engagierte Rehabilitationsberater aufgrund ihrer Sachkenntnis und dem Willen zu pragmatischen und innovativen Lösungen den Geschädigten beraten und ihn begleiten. Der Rehabilitation Advisory Service steht mit seinem erfahrenen Team dafür, dass dies gelingen kann.



Für Behinderte wichtig ist die Wahl des richtigen Autos

Eine individuelle Umrüstung ist heute in vielen Fällen möglich / Musterbeispiel Fiat-Konzern

Mit dem folgenden Artikel von **Matthias Huthmacher** beginnen wir eine Reihe, in der wir in lockerer Folge die Möglichkeiten Behinderter vorstellen, einen PKW nach ihren individuellen Bedürfnissen umrüsten zu lassen. Als Einstieg in diese Reihe geben wir Ihnen zunächst einen Überblick darüber, was bei der Auswahl eines entsprechenden Fahrzeuges zu beachten ist, welche Informationsquellen hier weiterhelfen können und welche PKW-Modelle angeboten wird. Neben diesen allgemeinen Informationen bietet der folgende Artikel im speziellen auch eine Übersicht über das Angebot des Fiat-Konzerns. In weiteren Folgen werden wir Ihnen natürlich auch die Angebotspalette anderer Hersteller vorstellen.

In Deutschland leben rund 600.000 körperlich behinderte Menschen mit Führerschein. Für sie ist Automobilität meist noch dringlicher als für Nichtbehinderte. Ob im Berufsleben oder zur Pflege gesellschaftliche Kontakte: Das Auto ist hier oft das wichtigste Fortbewegungsmittel. Und es lässt sich – im Gegensatz zu vorgegebenen verkehrstechnischen Bedingungen – eher behindertengerecht ausrichten. Die Umrüstkosten bezuschusst der Staat indirekt, indem der Schwerbehinderte je nach Grad ihrer Einschränkung von der Kraftfahrzeugsteuer befreit oder eine Ermäßigung von 50 Prozent gewährt. Dazu muss das Fahrzeug auf den Behinderten zugelassen sein, es kann von ihm jedoch sowohl privat als auch zu beruflichen Zwecken genutzt werden, sofern es sich nicht um Gütertransport oder entgeltliche Personenbeförderung handelt. Auch bei der Versicherung entstehen durch die Umrüstung keine Nachteile.

Zunächst muss aber erst einmal entschieden werden, welches Auto in Frage kommt. Umrüstungen ab Werk bieten nur VW, Audi und Fiat an, Daimler-Benz führt immerhin entsprechende Bauteile in eigenen Zubehörlisten. Dennoch hat der Behinderte im Prinzip die freie Wahl, denn die Entscheidung für ein anderes Fabrikat bedeutet nicht, dass er sich selbst auf die Suche nach dem passenden Umrüster machen müsste – bei mehr als 50 Anbietern im Bundesgebiet für Privatleute ein recht mühsames Unterfangen. Es genügt in der Regel der Gang zum nächsten Autohaus. Nach den Erfahrungen des Bundes behinderter Auto-Besitzer (BbAB) gilt das für Importeure wie für heimische Hersteller. Achim Walter Neunzling, Geschäftsführer des BbAB, bestätigt: „Mittlerweile kennen fast alle Händler irgendeinen Umrüster. Und diese tauschen sich ohnehin untereinander aus, wenn unterschiedliche Systeme miteinander verknüpft werden müssen.“

Darüber hinaus lässt sich die Frage nach dem am besten zur Umrüstung geeigneten Auto nicht pauschal beantworten. Jede Behinderung ist individuell, erfordert eigene maßgeschneiderte Lösungen. Welches System zu welchem Fahrzeug passt, muss daher im Einzelfall geprüft werden. Erste Rückschlüsse lassen sich vom ADAC vorgenommene Test zu, in denen aktuelle Modelle auf ihre Tauglichkeit für Fahrer mit unterschiedlichen Behinderungen geprüft wurden. Die Ergebnisse können als Datenblätter beim ADAC angefordert werden (Telefon 0180/5 10 11 12). Auch ein Anruf beim BbAB (Telefon 06826/5782) lohnt: Hier fließen die praktischen Erfahrungen der Mitglieder in die kostenlose Beratung ein. Neunzling sagt: „Selbst wenn es etwas länger dauert, klären wir das meiste telefonisch. Da könnten im Detail auftauchende Fragen gleich mitberücksichtigt werden.“

Erleichtert wird die Auswahl des Fahrzeuges beim Kauf ab Werk. Hersteller, die selbst behindertenspezifische Komponenten einbauen, haben bereits Erfahrungen gesammelt und können beurteilen, welches Modell sich für eine bestimmte Umrüstung eignet. VW beispielsweise bietet von Haus aus ein Programm von der einfachen Lenkhilfe bis zur Rollstuhlrampe für die Baureihen Polo, Golf, Passat, Sharan und Caravelle, Audi offeriert den Einbau spezieller Bauteile ab Werk für A3, A4 und A6 samt den zugehörigen Avant-Kombis. Bei Bedarf sorgen beide Hersteller außerdem für die Umrüstung über den Umfang der werkseitigen Kataloge hinaus.

Die vielfältigste Palette hat mittlerweile Fiat. Dank der engen Zusammenarbeit mit den Umrüstspezialisten von Guido Simplex und Kempf können sämtliche Modelle – einschließlich Alfa Romeo und Lancia – mit Behindertentechnik nachgerüstet werden. Aufgrund eines Abkommens mit Fiat bezuschusst der BbAB seinen Mitgliedern den Kauf solcher Fahrzeuge mit 2350 Mark. Vor allem aber hat Fiat einen zusätzlichen Weg gefunden, das Preisniveau für Behinderten-Fahrzeuge attraktiv zu gestalten: Das Wettbewerbsrecht lässt zwar keine Gewährung von Rabatten zu, sehr wohl aber das Angebot von Sondermodellen. Also haben die Italiener unter der Bezeichnung Autonomy in den Baureihen Punto, Bravo/Brava, Palio Weekend und Marea behindertengerecht ausgerüstete Varianten aufgelegt. Der Preisvorteil gegenüber einer vergleichbar ausgestatteten Serienausführung liegt bei etwa 2500 Mark.

Für die einzelnen Modelle stehen jeweils zehn unterschiedliche Autonomy-Pakete zur Wahl, zu denen je nach Ausführung Lenkradfernbedienungen für elektrische Funktionen, mechanische und elektronische Gasringe einschließlich Handbedienung für Bremsen und Servokupplung, drehbare Sitze und Rollstuhl-Einzugssysteme mit Schiebetür gehören. Außerdem folgt jedem Sondermodell ein sogenanntes Benefit-Paket. Es enthält eine auf drei Jahre oder 50.000 Kilometer ausgedehnte Neuwagen-Garantie, die auf Behinderte zugeschnittene Pannenhilfe „Erweiterte Mobilität“ mitsamt dreijähriger ADAC-Mitgliedschaft und Schutzbrief sowie den Einbau eines Handys mit einjähriger Freischaltung zum raschen Hilferuf. Dazu gibt eine eigens



ingerichtete Info-Line (Telefon 01 80/ 5 50 40) detaillierte Auskünfte über das gesamte Autonomy-Programm.

Ein weiterer Vorteil der Sondermodelle sind die vergleichsweise kurzen Lieferfristen. „Die Wartezeit für ein Autonomy-Auto liegt im Schnitt nur vier bis sechs Wochen über der Spanne für das entsprechende Serienmodell“, bestätigt Jörg Wahl, bei Fiat Deutschland zuständig für das Behinderten-Programm. Ein Programm mit Erfolg: 1997 wurden in Deutschland insgesamt 360 Fahrzeuge aus der Autonomy-Reihe zuzüglich sonstiger Umrüstungen verkauft, für 1998 erwartet Wahl bereits um die 500 Einheiten.

Ganz gleich aber, wie und wo man sein Fahrzeug umbauen lässt – die Rückrüstung stellt in der Regel kein Problem dar. Spätestens beim Wiederverkauf wird diese Frage aktuell, und da ist es gut zu wissen, dass mittlerweile selbst das Einsetzen einer gewöhnlichen Schlagtür anstelle der nachträglich eingebauten Schiebetür kein Problem mehr sein muss. „Wir sind heute so weit, dass schon vor der Umrüstung an eine leicht zu bewerkstellende Rückrü-

stung gedacht wird“, bestätigt Wahl. Fiat veranschlagt die Kosten für eine normale Rückrüstung mit 600 bis 1.200 Mark. Nur aufwendigere Umbauarbeiten, beispielsweise bei Rollstuhl-Einzugssystemen, kommen teurer.

Während jedoch die Technik immer mehr Behinderten den Umgang mit dem Auto ermöglicht, fehlt es mitunter noch am rechten Verständnis mancher Mitmenschen. Die Teilnahme am Straßenverkehr selbst bereitet körperbehinderten Automobilisten die geringsten Probleme, denn was für Nichtbehinderte anstrengend oder umständlich erscheinen mag, ist für den Behinderten eine Frage der Routine und Gewöhnung. Schwierigkeiten gibt es dagegen beim Ein- und Aussteigen, weil dazu meist mehr Platz benötigt wird. Um so ärgerlicher also, wenn die entsprechend großflächig angelegten Behinderten-Parkplätze von unachtsamen Zeitgenossen belegt sind, die sich ihres Bewegungsapparats ganz uneingeschränkt bedienen können.

Die Erstveröffentlichung dieses Beitrages von Matthias Huthmacher erfolgte in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (21. 12. 1998).

- Mechanischer Handgasring, Handbetriebsbremse und Rollstuhl-einzugssystem mit Schiebetür,
- Elektrischer Handgasring, Handbetriebsbremse und Servokupplung,
- Drehsitz.

Die Preisspanne reicht beim Punto von 3.276,- DM für die „Lenkradfernbedienung für elektrische Funktionen und Drehknopf“ bis hin zu 16.832,- DM für den „mechanischen Handgasring, Handbetriebsbremse und Rollstuhl-einzugssystem mit Schiebetür“. Den Drehsitz läßt man sich mit 6.015,- DM honorieren. Die verschiedenen Sonderausstattungen sind grundsätzlich miteinander kombinierbar. Wer das Rollstuhl-einzugssystem mit hinterer Schiebetür haben möchte, der muss allerdings zum 5-Türer greifen. Allgemeine Produktinformationen bzw. Einzelheiten über den Ausstattungsumfang bis hin zur Motorisierung der einzelnen Fahrzeuge sowie Händleradressen sind über eine Info-Line (0180/5 50 40) zu bekommen.

Wem das werksseitige Angebot nicht ausreicht, der kann bei einem Umrüster das Fahrzeug durch zusätzliche Einbauten noch genauer auf seine individuellen Belange anpassen. Wer einen Alfa Romeo oder einen Lancia seinen Wünschen gemäß ausstatten will, der muss ohnehin den Weg über die Umrüster gehen, denn ab Werk sind lediglich die o.g. Modelle des Fiat-Konzerns mit einer behindertengerechten Ausstattung erhältlich.

Grundsätzlich umrüstbar sind auch größere Modelle. Der Ducato ermöglicht z.B. durch den Einbau einer Rollstuhlhebebühne und eines Rollstuhlhaltesystems den Transport von Rollstühlen. Auch für Lastkraftwagen von Iveco gibt es Umrüstmöglichkeiten.

Wer am Kauf eines Autonomy-Modells interessiert ist, der kann über einen Händler ein Probefahrzeug ordern. In der Regel steht das Fahrzeug dem Kaufinteressenten 1–2 Tage zur Verfügung. Laut Fiat-Projektleiter Wahl stehen zur telefonischen Beratung der Kaufinteressenten bei Bedarf auch Experten der Umrüster Guido Simplex und Kempf Equipments zur Verfügung. Wer sich zum Kauf eines Autonomy-Modells entschlossen hat, muss mit einer Lieferzeit von 8 Wochen rechnen.

U.U. ist es für Behinderte sinnvoll oder sogar notwendig – z.B. im Rahmen des Führerscheinwerbs – ihre verbliebenen Kräfte zu messen. Ein Fahrsimulator, der im Fiat-Mobilitätszentrum Düsseldorf steht, ist hier hilfreich. Mit ihm können die verbliebenen Kräfte, aber auch das Reaktionsvermögen des Probanden auf visuelle und akustische Reize erfasst werden. Die Auswertung der Fahrsimu-



Das Autonomy-Programm Behindertengerecht umgebaute Fahrzeuge

Unser einführender Artikel hat bereits gezeigt, dass Fiat über eine vielfältige Palette von behindertengerecht umgebauten Fahrzeugen verfügt. Insbesondere bietet der italienische Fahrzeughersteller unter der Bezeichnung Autonomy werksseitig umgerüstete Fahrzeuge an. Der folgende Artikel ergänzt unsere bisherigen Ausführungen mit Hintergrundinformationen und aktuellem Datenmaterial.

Autonomy bezeichnet ein seit 1997 in Deutschland angebotenes Programm behindertengerecht umgebauter Fahrzeuge. 1995 fiel die Entscheidung, einzelne Modelle werksseitig mit einer behindertengerechten Ausstattung anzubieten. Mittlerweile steht dieses Angebot auf allen „major markets“ zur Verfügung. In Europa sind 15 Märkte in das Autonomy-Programm integriert. Behindertengerechte Modelle werden aber auch in Japan, Russland und Brasilien verkauft. Für Deutschland umfasst das Autonomy-Programm inzwischen die Baureihen Seicento, Punto, Bravo/Brava, Palio Weekend, Marea/Marea Weekend und Multipla. Damit reicht die Programmpalette vom Kleinwagen bis zur Großraumlimousine.

Das Autonomy-Programm soll als eine Alternative zur herkömmlichen Umrüstung verstanden werden, die heute von spezialisierten Umrüstern für fast jedes auf dem Markt erhältliche Fahrzeug angeboten wird. Entwickelt wurde das Programm in Zusammenar-

beit mit den Umrüstspezialisten von Guido Simplex (Italien) und Kempf Equipments (Dosenheim-Elsaß) von einer eigenen Abteilung für Produktentwicklung. Man ist davon überzeugt, dass sich das z.B. positiv auf den Sicherheitsstandard der Modelle ausgewirkt hat.

Wer sich für ein Modell der Autonomy-Reihe entscheidet, kann zwischen 10 Ausstattungspaketen wählen, die werksseitig das Fahrzeug an die jeweilige Behinderung anpassen. Die Angebotspalette umfasst beispielsweise für den Punto die Ausstattungskomponenten

- Lenkradfernbedienung für elektrische Funktionen [z.B. Scheinwerfer, Scheibenwischer, Blinker] und Drehknopf,
- Mechanischer Handgasring mit Handbetriebsbremse,
- Elektronischer Handgasring mit Handbetriebsbremse,
- Elektronisches Handbediengerät,

lation hilft dem Sachverständigen des TÜV im Rahmen des Führerscheinerwerbs festzustellen, welche technischen Hilfen zum Führen des Kraftfahrzeugs notwendig sind. Neben

Düsseldorf plant Fiat bis zum Jahr 2002 weitere, speziell auf die Belange der behinderten Autokäufer zugeschnittene Mobilitätszentren in Hamburg, Berlin und München.



Ihre Meinung ist gefragt!

Wir möchten Ihre Meinungen und Erfahrungen zu aktuellen Themen der K/H-Schadenregulierung kennenlernen. Bearbeiten Sie gerade einen außergewöhnlichen Fall? Geben Sie einen praxisnahen Tip weiter! Machen Sie "PS aktuell" zu einem Diskussionsforum für K/H-Schadenregulierer!

Gerne nehmen wir für "PS aktuell" Ihre persönlichen Anregungen entgegen: Welche Spezialthemen sollen behandelt werden? In welchen Bereichen gibt es besonderen Informationsbedarf?

Schreiben Sie uns! Bei Veröffentlichung werden wir Sie mit einer kleinen Aufmerksamkeit überraschen.

Ihr PS aktuell Redaktionsteam



Ein freudiges Ereignis

In unserer PS-Aktuell Ausgabe 1/98 berichteten wir unter dem Aspekt der häuslichen Pflege und der professionellen Rehabilitationsberatung über eine junge Frau, die als Beifahrerin eines PKW bei einem Verkehrsunfall schwerste Verletzungen erlitten hatte. Wir greifen den Fall in dieser Ausgabe erneut auf, um Ihnen von einem erfreulichen Ereignis zu berichten.



Regina Lohse [Name geändert] und Lena

Am 19. November 1995 erlitt Regina Lohse als Beifahrerin eines PKW einen schweren Verkehrsunfall. Die Ärzte diagnostizierten eine motorisch komplette, sensible inkomplette Tetraplegie Sub C 6 mit Blasen- und Mastdarm-lähmung nach HWK Fraktur C5/C6. 9 Monate dauerte die stationäre Rehabilitation. Die Optimierung der anschließenden häuslichen Pflege erfolgte mit Hilfe des Rehabilitationsdienstes der Kölnischen Rück. Er sorgte u. a. für die Anschaffung eines behindertengerechten PKWs und half der ausgebildeten Bürokauffrau bei der Vermittlung einer Beschäftigung.

In der Ausgabe 1/98 berichteten wir u. a., dass Frau Lohse eine Praktikantenstelle in einem Jugendzentrum (4 Stunden täglich für Schreibarbeiten) angetreten hatte. Inzwischen konnte Frau Lohse weitere berufliche Erfahrungen sammeln. Bis Juli 1999 arbeitete sie halbtags als Bürokauffrau in einem Dachdeckerfachgeschäft. Seit August diesen Jahres hat sich auch ihre Wohnungssituation gebessert: Frau Lohse wohnt seitdem nicht

mehr im elterlichen Haus, sondern in einer schönen, ebenerdigen Wohnung zusammen mit ihrem Freund – und Tochter Lena.

Lena wurde am 8.8.1999 geboren, 52 cm groß und 3130 g schwer. Wir freuen uns mit Frau Lohse und wünschen ihr weiterhin alles Gute!



Veranstaltungen der Kölnischen Rück.

Großseminar – 11. 02. 2000 – in Köln

K/H-Schadenregulierung – Personenschäden

Neue Erkenntnisse, Umsetzung in die Praxis, aktives Schadenmanagement

Der professionelle K/H-Schadenregulierer

Erstes Halbjahr 2000

Mehrtägige Veranstaltungen

Gesprächsführung in der K/H-Schadenregulierung

23.02. – 25.02.2000 in Köln

Orthopädische Unfallschäden und -folgen

11.04. – 12.04.2000 in Münster

Neurologische und psychiatrische Unfallschäden und -folgen

03.05. – 05.05.2000 in Köln

Tagesseminare

Wohn- und Arbeitsplatzumgestaltung

22.03.2000 in Köln

Vom Bagatellschaden zum Großschaden

23.03.2000 in Köln

K/H-Recht

15.05.2000 in Köln

Auskünfte und Beratung für die Externe Aus- und Weiterbildung bei:

Frau Dr. Marianne Kutzner 0221/9738-678

Impressum 2/99

Redaktion:

Jutta Eich, Dr. Marianne Kutzner, Norbert Neumann

Herausgeber:

Kölnische Rückversicherungs-Gesellschaft AG

Theodor-Heuss-Ring 11

50668 Köln

Telefon: (02 21) 97 38-0

Telefax: (02 21) 97 38-494

Telex: 8 885 231-0 krv d

Internet: <http://www.colognere.com>

Druck:

Druckhaus Locher GmbH, Köln

Auflage: 1.500 Exemplare

