

Schleudertrauma - häufig, aber zu wenig ernst genommen

Nach einem Unfall - vor allem im Strassenverkehr - lautet die Diagnose häufig «Schleudertrauma». Die Medizin kann dieses Leiden jedoch nicht genau erklären. Demzufolge wollen auch die Versicherer oft nicht für den Schaden aufkommen. Was die Betroffenen dabei erleben, zeigt das folgende Gespräch mit Renata Huonker-Jenny (R.H.).

Renata Huonker-Jenny, geb. 1953, ist Gemeindepfarrerin in Zürich-Oerlikon. Während 9 Jahren gehörte sie als Vertreterin der Grünen dem Zürcher Kantonsrat an. Im Jahre 1996 erlitt sie bei einem Verkehrsunfall ein Schleudertrauma. Daraufhin liess sie sich in Cranio-sacraler Therapie und bei Dr. Peter Levine in der Traumabehandlungsmethode des «Somatic Experiencing» ausbilden, die sie heute nebenberuflich ausübt. Zudem hat sie das Buch «Schleudertrauma – das unterschätzte Risiko» geschrieben.

Interview: Daniel Gelzer (D.G.) und Ruedi Spöndlin (R.Sp.)

Daniel Gelzer: Renata Huonker, was hat dich veranlasst, ein Buch zum Thema «Schleudertrauma» zu schreiben?

Renata Huonker: Im Jahre 1996 erlitt ich als Folge eines Unfalls ein Schleudertrauma. Ich empfand viele meiner Symptome derart beunruhigend und befremdlich, dass das Darübersprechen schwierig war. Hingegen brannte es mir unter den Fingern, mich schreibend auszudrücken. Ein erster Artikel erschien in einer theologischen Zeitschrift, zu deren Redaktion ich gehörte, sowie als Zweitpublikation in der «ZEIT», Hamburg, Dies brachte mir derart zahlreiche Reaktionen ein, dass ich mich entschloss, das Buch zu schreiben.

R.Sp.: Wie hast du den Unfall im Moment erlebt? Hattest du das Gefühl, verletzt zu sein?

R.H.: Nein, als verletzt hätte ich mich damals nicht bezeichnet. Aber ich hatte sehr wohl wahrgenommen, dass ich einen enormen Schlag eingesteckt hatte. Ein Wagen war in innerstädtischem Tempo, ausrollend zwar, aber doch etwa mit 30 bis 40 km/h auf den meinen geprallt. Ich dachte jedoch: Das ist halt so unmittelbar danach, das verzieht sich dann wieder.

R.Sp.: Gingst du dann zum Arzt?

R.H.: Nein, ich ging eben nicht zum Arzt, jedenfalls nicht in den ersten Tagen. Ich handelte nicht sehr zielgerichtet; vergass sogar, den Unfallverursacher nach seiner Adresse zu fragen und fuhr nach Hause. Ich schaffte es noch die Treppe hoch, um mich ins Bett zu legen, klappte jedoch vorher um, wie ein gefälltter Baum.

R.Sp.: Brachtest du das dann gleich mit dem Unfall in Verbindung, das Umklappen?

R.H.: Ja, das war mir sofort klar. Ich vermochte nicht einmal mehr den Kopf zu halten, und die Beine trugen nicht mehr. Ich hätte damals gar nicht mehr die Kraft gehabt, eine Arztpraxis oder eine Notfallstation aufzusuchen. Ich hatte das auch gar nicht im Sinn. Im Bett war es mir am wohlsten. Und ich vermutete eine Gehirnerschütterung und wollte nur eins: ruhig liegen. Wie ich später dann erfahren habe, gibt es Betroffene, bei denen ein Schleudertrauma ganz anders verläuft. Sie verspüren kurz nach dem Unfall keine nennenswerten Beschwerden, erst Tage, Wochen, ja Monate später.

D.G.: Ist es richtig, dass viele Betroffene ihr Leiden bagatellisieren?

R.H.: Es gehört geradezu zum Wesen einer Traumatisierung, dass man seine Beschwerden zunächst nicht ernst nimmt und auch später schwankende Einschätzungen der Sache hat, die zwischen dem von der Umgebung gern gehörten «Es ist nichts» bis hin zum «Nichts geht mehr mit mir» reichen.

D.G.: Wie wurdest du dann zum ersten Mal mit der Diagnose «Schleudertrauma» konfrontiert?

R.H.: Nach einigen Tagen brachte mich mein Mann zum Hausarzt. Der nahm meinen Kopf sehr sorgfältig zwischen die Hände und untersuchte vorsichtig die Halswirbelsäule. Er diagnostizierte ein Schleudertrauma.

D.G.: Verließ die Erstversorgung beim Hausarzt für dich befriedigend?

R.H.: Ja, und so blieb es auch im Verlauf. Dass die Erstversorgung auch weniger positiv ablaufen kann, erlebte ich dann vor ungefähr eineinhalb Jahren. Damals erlitt ich ein zweites Schleudertrauma. Ein Auto fuhr mich von hinten an, als ich mit dem Velo unterwegs war. Man brachte mich mit der Ambulanz in ein Spital. Aufschlussreich ist nun: Im Austrittsbericht jenes Spitals steht nicht, ich hätte ein Schleudertrauma, sondern eine Wirbelsäulenerschütterung. Es gibt leider bei den ÄrztInnen öfters die Befürchtung, sie könnten die PatientInnen mit der Diagnose 'Schleudertrauma' erschrecken. Dabei ist diese Diagnose für alle Beteiligten eine Hilfe - für die Betroffenen, für nachbehandelnde ÄrztInnen und erst recht dann, wenn der Verlauf sich nicht so günstig gestaltet und die Haft- oder Unfallversicherung nach einiger Zeit damit beginnt, die Kausalität in Frage zu stellen. Man sollte doch nie vergessen: Krank macht nicht die Diagnose, krank macht der Unfall.

D.G.: Kann es nicht sinnvoll sein, im ersten Moment keine allzu genauen Voraussagen zu machen, weil man den weiteren Verlauf nicht kennt? Gerade eine Aussage über die Dauer der zu erwartenden Arbeitsunfähigkeit kann ja sehr problematisch sein, weil dazu eigentlich keine Voraussagen möglich sind. Plädierst du also für eine klare Diagnosestellung, obwohl die Prognose sehr unterschiedlich sein kann?

R.H.: Ja, denn mit der Diagnose an sich ist ja noch nichts über den Verlauf gesagt. Eine kürzliche Distorsion am Fussgelenk liess mich den Unterschied gut wahrnehmen. Ich konnte feststellen, dass das ärztliche Verhalten in der Notfallstation gegenüber einer Patientin mit einem vermuteten Schleudertrauma erheblich unsicherer ist als das gegenüber einer Patientin mit einer Fussverletzung, obwohl die Diagnose «Distorsion» einmal der Halswirbelsäule (HWS), das andere Mal des Fussgelenkes sogar die gleiche ist.

D.G.: Wie erklärst du dir diesen Unterschied?

R.H.: Diese Frage stellte ich mir auch, was mich dazu führte, zum Thema «Schleudertrauma» zu recherchieren. Es haben sich mir zahlreiche historische, gesellschaftliche, soziale und psychische und - dies sehr handfest - ökonomische Gründe gezeigt. Obwohl wir uns in beiden Fällen einer Distorsion, sei das Fussgelenk oder die Kopfgelenke, vielleicht auch Wirbel davon betroffen, im Bereich der Körpermedizin befinden, wird in die Nähe der HWS-Distorsion ziemlich rasch die Möglichkeit einer psychischen Störung gebracht. Eine Folge davon ist, dass die Betroffenen möglichst rasch wieder in die Arbeit «hineingeprügelt» werden.

R.Sp.: Stecken da die Versicherer dahinter? Die haben ja ein Interesse

daran, dass die PatientInnen möglichst bald wieder arbeiten.

R.H.: Möglicherweise spielt das hinein, doch sitzt diese Anschauung noch tiefer. Das Fussgelenk ist in unserer Vorstellung eindeutig weiter vom psychischen Geschehen entfernt als die Halswirbelsäule. Deshalb wird das Schleudertrauma eher als psychisches Leiden eingestuft. Dass es dazu kam, ist nicht selbstverständlich und muss auch wieder korrigiert werden. Die Frage, ob ein mechanisches Trauma - und ein solches ist das Schleudertrauma - ein Leiden organischer oder psychischer Natur sei, ist ja schon sehr alt. Der Streit darüber begann im 19. Jahrhundert. Damals fragte sich die Wissenschaft, was sich bei einer Traumatisierung in Körper und Seele überhaupt abspielt. Die Begriffe waren damals selbstverständlich anders. Doch der Streit ob eine «Wirbelsäulenerschütterung», eine «Eisenbahn-Wirbelsäule» wie man das Schleudertrauma damals nannte, geeignet sei, eine Symptomatik zu verursachen, welche die Betroffenen bis hin zur Invalidisierung schädigte, beschäftigte damals schon Mediziner, Gerichte, Eisenbahngesellschaften und Haftpflichtversicherer, Erst mehr als hundert Jahre später wurde 1980 die Diagnose «posttraumatische Stressstörung» in die massgeblichen Register medizinischer Diagnosen, ins DSM und den ICD -Schlüssel aufgenommen. Doch das mechanische Trauma, an dem sich alle späteren wissenschaftlichen Diskussionen entzündeten, fehlt darin noch!

Vielleicht wird das einmal geändert. Sobald man ein mechanisches Trauma als Ursache der - übrigens nicht so exotischen Symptomatik - anerkennt, wird die Diagnose fassbarer. Das Problem beim Schleudertrauma ist, dass es vorläufig in keine Schublade passt, weder in die Körpermedizin noch in die Psychiatrie. Die Betroffenen fallen jedoch nicht nur diagnostisch in eine Lücke zwischen Somatik und Psychologie. Dasselbe passiert auch bei der Behandlung und Therapie.

D.G.: Ist der Begriff Schleudertrauma damit nicht doch der bestmögliche für diese Verletzung an der Schnittstelle von körperlicher und psychischer Medizin? Er macht doch ganz sinnlich erfassbar, was sich da abgespielt hat. Die Diagnose posttraumatische Stressstörung finde ich da schon problematischer. Denn es handelt sich eigentlich um eine rein psychische Diagnose, die nichts über die Ursachen der Verletzung aussagt.

R.H.: Genauso denke ich auch. Als «Anpassungsstörung» rubriziert, legt nur PTSD fälschlicherweise nahe, die Psyche sei der Auslöser- nein - der Unfallmechanismus war's. Dass psychische Folgen und Verhaltensänderungen, kognitive Einbussen und eine Reihe weiterer Symptome durchaus geistig-seelischer oder auch emotionaler Art daraus resultieren, darf nicht im falschen Umkehrschluss dazu führen, dass man Unklarem, Psychosomatischem oder «irgendwie» in der Persönlichkeit des Betroffenen Liegendem verursachende Wirkung zuschiebt. Diese Unterscheidung mag für Nichtbetroffene sophistisch tönen, ist es aber nicht angesichts der Haftbarkeit, die nur für nachweisliche Unfallfolgen und adäquate Schädigungen gilt, die man als PatientIn erst noch nachweisen muss.

D.G.: Du schreibst in deinem Buch, dass Patientinnen mit Schleudertrauma oft fälschlicherweise Psychiatern oder Psychologen zugewiesen werden. Aber ist das wirklich falsch? Unter einem Trauma versteht man doch immer auch eine psychische Beeinträchtigung, bei der eine psychologische Behandlung angezeigt sein kann.

R.H.: Meine Auffassung stützt sich auf Peter A. Levine, der sich über 30 Jahre seines Lebens mit der Frage befasst hat, was ein Trauma ist sowie auf die von ihm entwickelte Methode der Trauma-Heilung,, Somatic Experiencing. Ihm zufolge gehört der Zustand der Traumatisierung eher zur Physiologie als zur Pathologie. Der Körper geht im Zustand des Überwältigt-Seins in eine andere Funktionsweise über, die, sofern sie andauert, geeignet ist, verschiedene Symptome hervorzurufen, die den gesamten Organismus, etwa Verdauungsstörungen, sexuelle Schwierigkeiten,

selbstverständlich auch die Psyche und schliesslich und endlich auch die Verhaltensweisen betreffen. Die Traumatisierung spielt sich im Nervensystem ab. Deshalb entstehen nach einer Traumatisierung verschiedene Symptome. Auch gewisse Areale des Gehirns sind oft in diesem Zustand, und, wenn er nicht aufgelöst wird, in ihrer Funktion gestört, was sich heutzutage mit Hilfe von bildgebenden Apparaten sogar zeigen lässt. Eine Folge dieser Funktionsstörungen im Gehirn kann dann sein, dass jemand plötzlich nicht mehr lesen kann, dass die Buchstaben wegbleiben. Auch Sprechstörungen kommen vor' In meinen Reportagen schildern Betroffene diese Symptome sehr genau, sie sind es, die oft mehr noch als die Schmerzen, an der Lebensqualität und am Selbstwertgefühl der PatientInnen zehren, denn die gängige Meinung ist immer noch, ein Schleudertrauma verursache Nacken- und Kopfweh - und so etwas sei schliesslich recht verbreitet. Das zeigt, wie diese Verletzungsform der unsichtbaren Behinderung grob falsch eingeschätzt wird.

D.G.: Von einem Trauma spricht man ja beispielsweise auch bei Menschen, die Zeuge einer Folterung sind. Nachher wird häufig eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Würdest du hier auch von einem physischen Vorgang sprechen?

R.H.: In gewissem Sinn ja, denn ein solches Erlebnis überwältigt ja das Nervensystem eines Menschen und setzt eine Symptomatik in Gang, die zu starken Körperschmerzen führen kann, obwohl der Betroffene in Deinem Beispiel «nur» Zuschauer war und nicht selber Gewaltopfer. Dazu kommt, dass so etwas Entsetzliches das Wertesystem eines Menschen in Frage stellt und seine Identität bedroht oder raubt. Schreckliche Bilder sehen, entsetzliche Laute hören - , aber nicht davonrennen, nichts dagegen unternehmen können, das ist durchaus etwas, was ein Gefühl einer immensen Hilflosigkeit aufkommen lassen kann. Dadurch wird sein Nervensystem möglicherweise überbelastet. Somit handelt es sich ebenfalls um eine Traumatisierung wie früher definiert. Welche Ereignisse zuviel sind, ist aber von Mensch zu Mensch verschieden. Wenn ich im Auto vor einer roten Ampel sitze, während von hinten ein anderer Wagen auf mein Fahrzeug aufprallt, bin ich ebenfalls hilflos.

Man sieht mit den Augenwinkeln, dass gleich etwas passiert und kann nichts tun. Das war die Situation, als ich zum ersten Mal ein Schleudertrauma erlitt. Biomechanische Gutachten, die rein die mechanischen Abläufe und Kräfte rekonstruieren und als «Testpersonen» Dummies mit Stahlfederhälsen oder - noch widerlicher - Leichen verwenden, werden solchen Geschehen nicht gerecht. Trotzdem stützen sich die Versicherer immer noch auf biomechanische Gutachten ab.

D.G.: Was sollte sich nach deiner Meinung im Umgang mit Schleudertraumata ändern?

R.H.: Zunächst sollte die Anerkennung des Syndroms Schleudertrauma erfolgen. Allgemein geht es um mehr Anerkennung auch für die unblutigen Aspekte von Unfallverletzungen. Versicherer dürfen ihre Kostenpflichtigkeit für die Unfallfolge Schleudertrauma nicht länger bestreiten, Dass das Schleudertrauma inmitten einer ansonsten auf Sicherheit bedachten Gesellschaft immer wieder Einzelne oder ganze Familien in den wirtschaftlichen Ruin führt, spricht schliesslich für niemanden. Eine ungesicherte materielle Existenz, ein fehlendes Einkommen oder ein steter Kampf um die Bezahlung von wirksamen oder zumindest lindernden Therapien wirkt sich nur ungünstig auf den Gesundheitszustand von HWS-Verletzten aus. Weit sinnvoller wäre es, eine Heilung anzustreben und den Weg zur Gesundheit zu unterstützen, denn - aus eigener Erfahrung gesprochen - einfach ist er nicht!

D.G.: Du forderst also die medizinische Anerkennung des Schleudertraumas mit allen Begleitsymptomen. Dass Nacken-, Kopf- und Gliederschmerzen Folgen eines Unfalls sind, wird ja schnell einmal akzeptiert. Aber bezüglich der weiteren

Symptome eines Schleudertraumas - etwa Gewichtszu- oder abnahme - ist dies wohl nicht der Fall. Ebenso dürften Symptome, die erst ein bis zwei Jahre nach einem Unfall auftreten, nicht so einfach als Unfallfolge anerkannt werden.

D.G.: Ist es das Ziel des «Somatic Experiencing», einen Menschen auf dem Weg aus diesem Zustand heraus zu unterstützen?

R.H.: Ja, die von Peter Levine entwickelte Methode füllt gewisse Behandlungslücken aus, in die SchleudertraumapatientInnen heutzutage fallen. Es ist ja so, dass sie an die Psychiatrie verwiesen werden, wenn sich einfach keine Besserung der Symptome einstellen will. Dort befinden sie sich in einer nicht sehr komfortablen Ecke, denn die Psychiatrie hat in den meisten Ländern, auf jeden Fall in der Schweiz und in Deutschland in Zusammenhang mit dem Schleudertrauma eine unheilvolle Geschichte, die den Betroffenen noch immer im Nacken sitzt und das ist unangenehm, auch wenn der betreffende Arzt selber als unterstützend erlebt wird. Die Lehre von der Renten - oder Begehrensneurose, wurde leider massgeblich von Schweizer Psychiatern mitentwickelt, In Deutschland kam die Rede von den «Simulanten» im Zug des 1. Weltkrieges in der Kriegspsychiatrie auf, als geschockte Soldaten mit oder ohne Hals-Kopf-Verletzung alle die vorher genannten Symptome und noch etliche dazu entwickelten. Deshalb wehren sich die PatientInnen auch mit Recht gegen die Zuweisung an die Psychiatrie. Die Methode von Peter Levine geht dem gegenüber davon aus, dass ein Mensch bei einem Unfall in Sekundenbruchteilen all die körperlichen Energien mobilisiert, die er zum Überleben benötigt. Es handelt sich um eine ganzheitliche Reaktion, die einen zum raschen Handeln befähigt, Wenn man vor der roten Ampel im Auto sitzt, kann man aber mit dieser Energie nicht viel anfangen ...

D.G.: Das Problem ist also eine enorme Energie, die im Moment eines Unfalls innert Sekundenbruchteilen aufgebaut wird, die aber nicht mehr sinnvoll abgebaut werden kann?

R.H.: Gewissermassen. Die mobilisierte Energie wird stattdessen wie mit einem Deckel verschlossen, der Totstell-Effekt tritt ein, aber die Energie ist noch genauso da. Aus diesem Zustand heraus, in den wir unwillkürlich geraten, gibt es zwar sehr wohl ein Herauskommen, doch leider eher selten spontan.

D.G.: Das Schleudertrauma ist somit an einer psycho-physiologischen Schnittstelle anzusiedeln. Im Umgang mit derartigen Beschwerden ist die Medizin tatsächlich unsicher. Mir scheint jedoch, dass sich in Sachen Schleudertrauma seit etwa fünf Jahren ein deutliches Umdenken abzeichnet. Ich denke da beispielsweise an eine Dokumentation zur Behandlung von SchleudertraumapatientInnen, die die SUVA zuhanden aller Schweizer Unfallversicherer ausgearbeitet hat. Die Cranio-Sacral-Therapie nach einem Schleudertrauma wird inzwischen von den Unfallversicherern gefördert und bezahlt.

R.H.: Darüber freue ich mich. Nur schade, dass dahinter auch wieder Vorstellungen stehen wie «diese Therapie hilft in soundsovielen Prozenten nach soundsolanger Zeit». In meinem Buch bleibe ich jenseits eines Rezeptes, obwohl ich selber die Cranio-sacrale Therapie als sehr hilfreich erlebte und auch selber erlernte. Jede Traumatisierung ist anders, auch wenn auf der Ebene des Syndroms (es handelt sich ja um einen ganzen Strauss von Symptomen) die Ähnlichkeiten so gross sind, dass man ohne Weiteres von einem konsistenten Krankheitsbild sprechen kann. Zum Auslösen einer Traumatisierung braucht es alle Ebenen und da kann in einer Cranio-sacral-Therapie zwar Manches abgedeckt sein, muss aber nicht. Allein das Sich hinlegen kann ja schon ein Ding der Unmöglichkeit oder überwältigend sein! Seit etwa 20 Jahren, als die Zeitschrift «Beobachter» erste Reportagen über das Schleudertrauma publizierte, hat in der Schweiz eine

Sensibilisierung stattgefunden. Dementsprechend können die Betroffenen auch selbstbewusster auftreten und riskieren weniger, lächerlich gemacht zu werden. Objektiv sind wir weiter in der Anerkennung und was den Einfallsreichtum des Therapieangebotes angeht als etwa in Deutschland. Die erreichten Erfolge sind aber keineswegs gesichert. Nicht ermutigend ist beispielsweise ein kürzliches Urteil des Bundesgerichts. Dieses hat entschieden, es sei zulässig, wenn ein Versicherer eine hirnerkrankte Frau mit einer Videokamera überwachen lasse, weil man sie verdächtige, arbeitsfähig zu sein. Die vom Zaun gerissene Diskussion zum Thema «Scheininvaliden» zieht einmal mehr eine uralte mit Vorurteilen und Menschenverachtung vollgestopfte Schublade. Wir sollten denjenigen, die drin wühlen, ruhig antworten, dass der Krieg auf der Strasse sie selber sehr schnell auch zum Opfer machen kann. Perspektivenwechsel liegen da in Sekundenbruchteilen drin!

D.G.: Die Arbeitgeber benötigen natürlich Leute, die zuverlässig einsetzbar sind, Tag für Tag neun Stunden. Ist diese Anforderung für Menschen mit einem Schleudertrauma aber nicht schwer zu erfüllen? Einmal sind sie voll einsatzfähig, dann wieder nicht. Es fehlt an der gewünschten Konstanz.

R.H.: Das ist richtig. Die von einem Schleudertrauma betroffenen Menschen benötigen viel Wahlfreiheit. Sie müssen arbeiten können, soweit sie mögen, solange ihr Zustand fragil ist. Arbeitgeber, die sie vor die Alternative stellen, entweder voller Einsatz oder Rausschmiss, verunmöglichen ihnen längerfristig die Gesundheit und den Verbleib im Erwerbsleben. Sie handeln unverantwortlich. Wahlfreiheit ist aber auch im Hinblick auf die Therapiemöglichkeiten zu fordern. Wer sich zu, «Somatic Experiencing» oder zur Cranial-Sacral-Therapie hingezogen fühlt, soll diese Methoden in Anspruch nehmen dabei auch finanziell unterstützt werden. Wer etwas anderes bevorzugt, sollte auch dies wählen können. In Zukunft werden wohl wieder vermehrt chirurgische Eingriffe zum Zug kommen und mikrochirurgische Behandlungsmethoden für SchleudertraumapatientInnen entwickelt werden. Knochenstücke vom Beckenkamm werden in den Nacken transplantiert, um diesen zu stützen. Auch darüber habe ich eine Reportage geschrieben. Aber auch diese Operationen werden sicher nicht die Therapie sein, die bei einem Schleudertrauma angezeigt ist. Sie ist für mich rein theoretisch bedeutungsvoll, da damit etwas Fassbares, Chirurgisches getan wird und damit der Kreis zum 19. Jh. sich schliesst, wo Chirurgen sich des Themas annahmen.

Das Beharren auf diesen Wahlfreiheiten darf nicht als schwierige Charaktereigenschaft des betroffenen Menschen interpretiert werden, wie das oft geschieht. Die Art und Weise wie wir gesund werden, ist etwas sehr Persönliches, denn öfters muss nach Schicksalsschlägen - und so etwas ist ein schweres Schleudertrauma - das Leben erheblich umgestellt werden,

R.Sp.: Das Schleudertrauma ist ja eine typische Folge von Unfällen im Strassenverkehr. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Schleudertraumata und der Zunahme des Strassenverkehrs?

D.G.: Die Anzahl der Todesopfer im Strassenverkehr hat ja abgenommen, was unter anderem mit der Gurtentragpflicht und anderen Sicherheitsvorschriften zu tun hat.

R.H.: Die so genannt schweren Strassenverkehrsunfälle, mit Todesopfern und lebensgefährlichen Verletzungen, haben glücklicherweise zwar abgenommen. Dafür haben Schleudertraumata zugenommen. Der Preis, den wir für unsere Mobilität bezahlen, ist auf jeden Fall sehr gross, zu gross würde ich sagen.

R.Sp.: Somit wäre es richtig, dass soweit möglich die Motorfahrzeughaftpflichtversicherer für die finanziellen Folgen von Schleudertraumata aufkommen.

R.H.: Das stimmt. Aber gerade die Motorfahrzeughaftpflichtversicherer wehren sich mit Hartnäckigkeit gegen eine Kostenübernahme. Sie haben dabei das Haftpflichtrecht auf ihrer Seite, das ihre Leistungen vom strikten Nachweis einer Kausalität zwischen Unfall und gesundheitlicher Schädigung abhängig macht. Menschen mit einem Schleudertrauma geraten dabei leicht in einen Beweisnotstand.

Absurd ist jedoch der Verdacht jemand «könnte sich ein Schleudertrauma zulegen, um sich eine Rente zu erschleichen». Dieser Vorwurf ist vor allem für jene beschämend, die ihn erheben. Würden die manuellen Funktions- Untersuchungen der HWS mit sorgfältiger Kenntnis von allen erstuntersuchenden Ärztinnen sowie im weiteren Verlauf regelmässig durchgeführt, würde sich der Vorwurf rasch genug in Luft auflösen. Ausserdem wer würde die Arbeitsstelle riskieren und sich rundum derart einschränken, nur wegen der - übrigens vagen - Aussicht auf eine Berentung?

R.Sp.: Stimmt es nicht, dass viele PatientInnen nicht mehr zum Arzt gehen, sobald sie eine Rente haben?

R.H.: So ist es. Doch weshalb? Sie gehen nach Erhalt der Rente öfters nicht mehr zu den Ärztinnen, weil ihnen diese nicht weiterhelfen können. Solange die Verfahren in Gang sind, müssen sie - obwohl das an den Schmerzen nichts ändert - trotzdem hingehen, damit wenigstens der Verlauf ihres Leidens dokumentiert wird. Daraus den Schluss zu ziehen, die Betroffenen seien nur auf eine Rente aus, ist falsch.

D.C.: Das Zusprechen einer Rente kann sicher zu einer gesundheitlichen Besserung führen. Wie du bereits erklärt hast, stellt die fehlende Sicherung der materiellen Existenz ja einen grossen Stressfaktor dar, der sich ungünstig auf die Gesundheit auswirkt.

R.H.: Das ist richtig.

R.Sp.: Welches ist der wichtigste Ratschlag, den da Menschen mit einem Schleudertrauma und ihren Angehörigen geben kannst?

R,H.: Die Betroffenen, aber auch ihre Angehörigen und erst recht die professionellen Helferinnen sollen die Beschwerden ernst nehmen. Zumindest in einer ersten Phase haben die Betroffenen eine verleugnende Tendenz, die sie zum Gedanken hinreisst: ach was, das wird schon gut kommen! Oft quälen sie sich über Jahre und arbeiten unter heftigen Schmerzen und Einbussen bis zum Zusammenbruch. Ohne Bekräftigung von anderen Menschen, dass wirklich etwas passiert und sie tatsächlich verletzt worden sind, nehmen sie ihr Leiden oft selbst nicht ernst. Ebenfalls wichtig ist eine sorgfältige, manuelle klinische Untersuchung durch eine Ärztin oder einen Arzt, die in der Krankengeschichte sauber dokumentiert wird. Nicht nötig sind meines Erachtens hingegen technische Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren. Röntgenaufnahmen natürlich ausgenommen, um Frakturen auszuschliessen, sofern da eine Unsicherheit besteht.

D.G. und R.Sp.: Renata Huonker, vielen Dank, dass du dir Zeit für dieses Gespräch genommen hast.

Quelle: soziale medizin Nr. 3.03

Buchtip:
«Schleudertrauma: Das unterschätzte Risiko» Renata Huonker-Jenny,
Kösel Verlag
240 Seiten, Fr. 26.30