

Univ. Prof. Dr. Werner Laubichler
FA. für Neurologie und Psychiatrie
Allgemein beeideter und gerichtlich zertifizierter SV. f. Neurologie, Psychiatrie,
Kinderneuropsychiatrie und gerichtliche Medizin
5020 Salzburg, Mohrstr. 11, Tel. 0664/2024650, Fax: 06223/20612
werner.laubichler@gmx.net

21.02.11

BEFUND UND GUTACHTEN

über die Unfallfolgen bei Rosina TOTH

geb. am 08.01.1963

wh. Steinbrunnng. 25, 3400 Klosterneuburg

Zur Vorlage bei: Herrn RA.
Dr. Erich Kafka
Rudolfsplatz 12, PF 20
1013 WIEN

Unser Zeichen: 11/1/5

Untersuchungstag: 11.02.2011
in der Ordination Brain Care, Gonzagag. 5,
1010 Wien

Sie gibt an, Opfer eines Verkehrsunfalles am 03.03.09 zu sein, es war auf dem Heimweg nach der Arbeit, der Unfall ereignete sich in Königsstetten. Sie habe noch in Erinnerung, dass der Gegner auf sie zu fuhr, sie wollte nach rechts verreißen, dann sei die Erinnerung weg. Erst ca. zwei Tage später, als sie auf die Normalstation verlegt wurde, setze die Erinnerung wieder ein.

Sie wurde in Treibach Althofen in Kärnten geboren, habe dort Volksschule und Hauptschule besucht, aber kein Polytechnikum. Sie trat eine Koch/Kellnerlehre an, musste diese aber wegen einer Lungen-TBC unterbrechen. Ihr Vater war bei der ÖBB. Sie habe 14 Geschwister, wovon neun noch leben. Von ihrem Vater sei sie die Dritttälteste, die Mutter habe zwei Kinder in die Ehe gebracht. Wegen der Tuberkulose kam sie vom Krankenhaus Friesach 1978 auf die Stolzalpe. Danach war sie als Fabrikarbeiterin zwei Jahre lang im Schichtdienst. Sie habe damals sehr viel Sport betrieben, vor allem Judo, sie war zweimal Staatsmeisterin in Judo. Sie habe aber auch viele andere Sportarten betrieben. Sie war zweimal verheiratet, das erste Mal heiratete sie mit 25 Jahren, sechs Jahre später war die Scheidung, der Gatte wollte unbedingt Kinder haben und sie konnte diesen Wunsch nicht erfüllen, sie gingen aber im Frieden auseinander und haben immer noch Kontakt. 1999 heiratete sie wieder, insgesamt war sie mit dem zweiten Gatten 15 Jahren zusammen, da eine Lebensgemeinschaft schon vor der Ehe bestanden hatte. Er ließ sich dann von ihr scheiden, weil sie ein Melanom mit Bestrahlung und Chemotherapie hatte. Im Weiteren leide sie an einem Lupus eromatotes und habe immer wieder juckende Hauteffloreszenzen. Sie habe auch eine Hashimoto Erkrankung der Schilddrüse und nehme Euthyrex sowie einen Weichteilrheumatismus mit häufigen Gelenksschwellungen. 1997 hatte sie eine Operation wegen eines Eileitertumors und sie bemängelt das Vorgutachten von Dr. Simon, der von einer Eileiterschwangerschaft spricht, was nicht zutreffe.

Sie ergänzt nun, dass sie nach ihrer zweijährigen Tätigkeit als Fabrikarbeiterin zwei Jahre auf einem Boot in Hamburg Dienst machte, man unternahm von dort Ausflüge für ca. zwei/drei Wochen. Sie war als Kellnerin beschäftigt, da sie gerne und viel singe, wurde sie dann auch zum Musizieren und Singen, d. h. zur Unterhaltung der Gäste eingesetzt. Sie kam dann 1983 nach Wien zu ihrem Onkel, der ein Lokal führte und arbeitete dort als Kellnerin. 1990 starb der Onkel und das Lokal wurde zugesperrt. Ein Stammgast aus diesem Lokal nahm sie aber in seine Firma, wo mit Graphik, Werbung und Kundenbetreuung gearbeitet wurde, sie wurde zu diesem neuen Job angelernt. Diese Firma musste aber 1993 in den Konkurs gehen. Die Firma wurde von einem Vorgänger zurückgekauft und sie konnte in dieser Branche mit 1995 weiter arbeiten. Dann war sie bei einer Werbegraphikfirma und zwar der Firma Halbmayr bis 2006. Auch diese Firma sperrte dann zu. Sie hatte 2001 den außerordentlichen Lehrabschluss als Einzelhandelskauffrau absolviert. Sie war etwa ein Jahr arbeitslos und besuchte Kurse vom AMS. 08 konnte sie ein halbes Jahr in Tulln in einer Autofirma arbeiten. Im Jänner 09 trat sie eine neue berufliche Beschäftigung bei Wüstenrot an, nach drei Monaten wurde sie Opfer dieses Unfalles.

Weiters ergänzt sie nun aus ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte, dass sie in Kärnten auch Opfer eines Raubüberfalles wurde und einen Messerstich erhielt. Trotz dieser vielen Erkrankungen habe sie sich bis zum Unfalltag gesund gefühlt und betont ihre damaligen sportlichen Interessen.

Jetzt habe sie dauernd einen Drehschwindel, den sie aber mit Richtung etc. nicht näher beschreibt. Sie müsse immer wieder erbrechen ohne dass es ihr besonders übel ist. Sie sei licht- und lärmüberempfindlich. Ihre Gangstörung erklärt sie mit ihrem Schwindel. Sie falle auch bisweilen um, habe sich aber nicht ernstlich verletzt. Sie gehe daheim in der Wohnung frei herum, müsse sich aber anhalten.

Sie sei in der Berufsunfähigkeitspension, die Frist laufe im Juni 2011 wieder ab. Sie erhält Pflegegeld der Stufe 2. Sie könne mit zwei Stöcken gehen, es müsse aber jemand mitgehen, um sie zu halten, wenn sie strauchle. Der Gehradius sei etwa 100 m. Es komme dreimal eine Heimhilfe, sie habe auch viele Freunde, die kommen, wenn sie etwas brauche, sie könne immer jemanden telefonisch um Hilfe rufen. Bei Stürzen zu Hause könne sie sich alleine aufrappeln. Sie habe 20 kg seit dem Unfall zugenommen, was sie damit begründet, dass sie jetzt keinen Sport mehr betreiben könne. Sie versuche wenig zu essen. Kochen könne sie nicht mehr. Die Toilette suche sie alleine auf. Sie habe oft Durchfälle, ab und zu gehe doch etwas in die Hose ab, weil sie die Toilette zu spät erreiche. Die Regel sei ungestört geblieben. Sie sei vergesslich, vergesse vor allem Namen. Sie habe Alpträume, sei häufig depressiv, auch morgens, bisweilen habe sie auch Suizidideen. Wenn aber Leute zu ihr kommen, fühle sie sich wohl, sie sei ein geselliger Typ.

B E F U N D

1,56 m große, 75 kg schwere Frau, am ganzen Körper stecknadelkopfgroße, rötliche Effloreszenzen.

Kopf:

keine Hautnarben, die knöcherne Konsistenz des Schädels o. B. Die Pupillen seitengleich weit, prompt auf Licht und Nahsehen reagierend, Endstellnystagmus, sonst Hirnnerven frei, Schnauzreflex nicht auslösbar. Verspannungen der Nacken- und Schultermuskulatur.

o. E.:

Vorhalteversuch o. B. kein Tremor, keine Pronation, kein Absinken. FNV und Diadochokinese o.B. ASR seitengleich mittellebhaft, kein Knips. Keine motorischen oder sensiblen Ausfälle

Rumpf:

o. B.

u. E.:

Die BSR nur mit Kunstgriff auslösbar. Keine sicheren sensiblen Ausfälle. Lagegefühl der Zehen, Ziffernlesen o. B., keine PZ. Der Gang ist breitbeinig, fast etwas stampfend, sie lässt sich von ihrer Begleitung (Frau Helga Hayek) führen. Kurz nachdem sie sich von ihrem Stuhl etwas entfernt hat, torkelt sie leicht nach rückwärts wieder in Richtung des Stuhles ohne sich jedoch wieder zu setzen.

Wechsler Gedächtnistest:

Reproduktion: RW 12, GQ 115, Leistung hoch

Unmittelbares Gedächtnis: RW 6, GQ 57, Leistung extrem niedrig

Speicherung: RW 10, GQ 79, Leistung sehr niedrig

Ergebnis: deutliche Beeinträchtigung des Frischgedächtnisses

Rorschachtest:

12.31

- | | |
|-------------------------------------|----------------|
| I) 1.) SM | GF + TV |
| 2.) Nachtfalter | G FFb TV Pers. |
| 3.) Käfer (o.m.) | DF + TV |
| II) 4.) 2 Menschen, Hand gegen Hand | GBM |
| b) 5.) Fleck (s) | D HdF Klecks |
| weiß nichts mehr | Schock |

III) 6.) Bild von Schiele	G FHd – Abstr
7.) Menschen, ev. sitzen	G B M V
8.) spitze Schuhe (u.s.)	Dd F + Obj
9.) Tisch (u.m.)	D F + Obj Beugekinästhesie
IV) übernatürliche Figur	
10.) Alien, steht gefährlich da	G B Maske III
Warm muss ich das ansehen?	
V) kann viel sein, witzige	
11.) Zeichnung	G HdF Abstr.
12.) Käfer (m)	D F + T
13.) Sand (s) krabbelt drüber	D F – N
So tot	Schock
VI) dreht	
14.) Autobahn (m)	Dd F – K
15.) re + li Landschaft	D F – K
VII) 16.) Mund (o. innen)	Dzwd F + Md
17.) Nase	Dd F + md
18.) Haarwurzel	Dd F + Md
19.) 2 Frauenköpfe sehen sich an	Do B + Md
20.) Frauenstatue auf	D F + Obj
21.) Steinsockel	D F + Obj Devitalisierung, Schock
VIII) witzig	
22.) 2 gleiche Viecher kraxeln auf	D F + T V
23.) einen Baum (m.o.)	D FFb Pfl
24.) gemaltes Bild	G FbF Abstr
25.) Untergrund, die Erde (rot)	D F – N Lagedeutung
IX) 26.) Farbkleckse	DG HdFb Klecks
27.) Malerei	G FbF Abstr
Oder dreht,	

bleib bei Ölbild

X) 28.) Farbkleckse

DG HdFb Klecks

29.) Skorpione (blau s)

D F + T

12.46

Zeit: 15 Minuten, Antworten: 29, Reaktionszeit: 31 Sek/Antw.

G = 11 (DG=2, -5)	B = 4	T = 6	V = 5
D = 12	F = 16 (-4)	M = 2	
Dd = 4	HdF = 1 (-)	Md = 4	
DzwD = 1	HdFb = 2	Maske III = 1	
Do = 1	FbF = 2	Obj = 4	
	FFb = 2	Pfl = 1	
		K = 2	
		Klecks = 3	
		Abstr = 4	
		N = 2	

Erfassungstyp: G-D-Dd-(DzwD-Do)

Sukzession gelockert

Erlebnistyp: 4 : 5 (dilatiert)

F+% = 75, T% = 21, V% = 17

Schock II, III, IV, V, VI, VII, IX, X, Dunkelschock, Rotschock, Brechungsphänomen VIII, Lagedeutung, Devitalisierung, Beugekinästhesie, Pers., Realitätsindex 3

Psychogramm: emotional instabil, egozentrisch, Depression, Angst, unterdrückte Aggressivität, Resignation, sozialer Rückzug

Psychiatrischer Befund:

Orientiert, geordnet. Das Verhalten der Untersuchungssituation entsprechend. Sie ist gut kontakt- und rapportfähig. Der Affekt wirkt verflacht, sie ist affizierbar und wirkt zeitweilig inadäquat fröhlich, die Grundstimmung resigniert-depressiv. Der Gedankenablauf kohärent. Aufmerksamkeit auch bei körperlich neurologischer Untersuchung reduziert wirkend, das Auffassungsvermögen etwas reduziert. Die gezeigte Gangstörung wirkt dissoziativ-psychogen, im Allgemeinen jedoch keine Theatralik in ihrem Verhalten. Deutliche Merkfähigkeitsschwäche.

Aus der Krankengeschichte:

Vorgelegt wird eine Ablichtung des UKH Lorenz Böhler vom 19.03.09. Unfalltag 03.03.09, Aufnahme 03.03.09, Entlassung 17.03.09. Bezüglich des Unfallhergangs wird eingetragen als PKW-Lenkerin mit anderem PKW zusammengeprallt, Schmerzen am Schädel, kommt mit der Rettung, Einlieferung in den Schockraum.

Diagnose: Allergie auf Penicillin und Acetylate (T78.4), Asthma bronchiale (J45.9), Commotio cerebri (S06.0), Lupus (L 93.0), Commotio labyrinthie (H83.9), Distorsio columnae cervicalis vertebrales (S 13.4), Contusio abdominis levis (S 30.1), Protrusio disci intervertebralis C V/C VI (M51.2), Contusio thoracis (S20.2).

Es wird vermerkt, dass sie mit Hubschrauber eingeliefert wurde, es erfolgte Schockraumabklärung. Im CT wird zunächst eine Fraktur des 7. Halswirbels angenommen, in weiterer Folge MR-Abklärung, der diesen Verdacht nicht bestätigt, aber eine BS-Protrusion C 5/6 beschrieb. Am 05.03. Verlegung von der Intensivstation auf die Normalstation, dort Klagen über anhaltende Schmerzen von Seiten der HWS, Übelkeit, Erbrechen. Eine neurologische

Untersuchung erfolgte, sie erhielt entsprechende analgetische Therapie, worauf sie im Weiteren einen Hautausschlag entwickelte. Es wurden die analgetischen Medikamente umgestellt, da bereits eine Allergie gegen Penicillin, Acetylsalicylsäure und Nickel bekannt war. Ein Hautarzt diagnostizierte eine atrophische Dermatitis und verordnete entsprechende Salben. Sie klagte auch über das Gefühl einer Flüssigkeitsansammlung im Ohr, der ohrenärztliche Befund war bland, auch das Schädel-CT o. B. Von einem HNO-Arzt wurde eine Commotio labyrinthis angenommen. Es wurde ein Tonaudiogramm durchgeführt und eine Infusionstherapie mit Soludacortin begonnen, zusätzlich erhielt sie Trental. Wegen Schmerzen im Oberbauch erfolgte eine US-Kontrolle des Bauches, welche keine Auffälligkeiten zeigte. Trotz laufender Therapie verspürte sie keine Besserung des Schwindels und der Übelkeit. Es erfolgte die Kontaktaufnahme mit der HNO-Abteilung des SMZ-Ost. Sie wurde zunächst zur ambulanten Untersuchung dorthin gebracht, dann stationär zu weiteren Behandlung übernommen. Die HWS-Beweglichkeit war deutlich schmerzhaft eingeschränkt. Schmerzen auch am Thorax bds. Trotz starken Schwindels war die Patientin selbständig am WC mobil.

In einem weiteren Behandlungsblatt des Unfallkrankenhauses wird auch von einer Synkope gesprochen, die zur stationären Aufnahme führte und man habe eine weiche Schanzkrawatte angelegt.

Der anschließende Aufenthalt vom 17.03. bis bis 27.03. auf der HNO-Abteilung des SMZ-Ost wird vorgelegt. Diagnose: Halsschleudertrauma nach Verkehrsunfall am 03.03.09, Commotio cerebri, Diskusprolaps C 5/6, Vertigo und Emesis, latente Hypothyreose, Lupus erythematodes, Asthma bronchiale, Allergie auf Penecillin, Acethylate. Im Tonaudiogramm vom 27.03.09 war eine geringgradige sensoneurale Schwerhörigkeit bds. feststellbar, die Kalorisation am 17.03.09 zeigte eine seitengleiche Erregbarkeit. Lage/Lagerung vom

27.03.09 kein Hinweis für benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel. Die CT der Felsenbeine vom 19.03.09 keine wesentlichen Auffälligkeiten, lediglich eine etwas ungewöhnliche Weite der Bogengänge. CT des Abdomen vom 20.03.09: kein Hinweis auf traumatische Milzläsion, etwas plumper Uterus mit einer dorsal an den Uterus anschließenden etwa 2 cm messende Läsion. Eine gyn. Abklärung inzidiert. Die Sonographie des Abdomens vom 19.03.09: vermehrte freie Flüssigkeit im Abdomen, speziell perilienal als indirekter Hinweis auf eine traumatische Milzaffektion. Eine parenchymatöse Strukturalteration konnte allerdings nicht dargestellt werden. Auch das MRT des Schädels mit Angio-Sequenzen vom 24.03.09 praktisch o. B. MRT der HWS mit Angiosequenzen: breitbasige BS-Protrusion im Segment C 5/6, kein Hinweis auf ossäres oder ligamentäres Trauma. Unauffällige Darstellung der Halsgefäße. Neurologische Begutachtung vom 17.03.09: Status klinisch o. B. Symptomatische Therapie mit Muskelrelaxantien. Duplex Sonographie der HWS vom 17.03.09: altersentsprechend unauffällig. Physikalische Begutachtung vom 18.03.09: Distorsio columnae cervicalis, vetrebralis et thoracallis, Peitschenschlagsyndrom. Heilgymnastik, Wärmepackungen und TENS-Therapie, keine Massagen. Orthpädischerseits wurde Schanzkarawatte und Funktionsaufnahme der HWS empfohlen. Psychiatrisches Konsil vom 24.03.09: bei Schwindel und Erbrechen DD. Somatisierungsstörung, Myolastan absetzen, Mirtabene 30 mg am Abend. Gynäkologisches Konsil vom 20.03.09: ohne pathologischen Befund. Internes Konsil vom 20.03.09: internistisch keine Schwindelursache zu finden. Dermatologisches Konsil vom 26.03.09: Aspekt wie pruriginöses Ekze, bekannter Lupus erythematodes, Kontrolle am KH Lainz Dermatologie nächste Woche. Vermerkt wurde, dass sie während des Aufenthaltes rez. über Drehschwindel, Brechreiz und Erbrechen und Unsicherheitsgefühl beim Gehen klagte. Diagnostisch wurden keine Hinweise für einen otogen bedingten Schwindel gefunden. Der Schwindel nach Verkehrsunfall mit Halswirbeltrauma wird am ehestens als cervikal bedingt eingeschätzt.

Ein weiterer stationärer Aufenthalt war vom 01.04. bis 04.04.09 im Landeskrankenhaus Donauregion Tulln, Neurologische Abteilung. Die Diagnose: multifaktorielle chron. Vertigo (R 42), Z. n. Halsschleudertrauma, Verkehrsunfall am 03.03.09, Commotio cerebri, Discusprolaps C 5/6, latente Hypothyreose, Lupus erythematosus, Asthma bronchiale, Allergie auf Penicillin und Acetylate. Der neurologische Aufnahmezustand war bis auf ungerichteten Schwanken im Romberg sowie ein unsicheres langsames Gangbild unauffällig, kein Nystagmus. Sie erhielt Vertirosan sowie antiemetische Therapie mit Paspertin sowie muskelrelaxierende Medikamente (Sirdalud). Unter dieser Therapie eine fortwährende Besserung der Beschwerdesymptomatik. Sie wurde in gebesserten Zustand am 04.04.09 entlassen.

Es folgte ein Aufenthalt vom 22.04. bis 30.07.09 im RZ Weißer Hof. Die Diagnosen: Distorsio columnae vertebralis cervicis, Commotio cerebri, Contusio thoracalis, Contusio abdominalis. Als Entlassungsdiagnose: Distorsio column. vert. cerv. sanat., Cont. labyrinthie-rezidiv. vertigo. Die Klagen waren massiver Drehschwindel, ständig vorhanden, aber durch Bewegungen verstärkt, immer wieder auftretende Übelkeit, bis vor drei Tagen mehrmals pro Tag Erbrechen. Es konnte eine Besserung der Beweglichkeit erreicht werden, sie war imstande mit Rollator oder Walkingstöcken zu gehen, die Übelkeit war bei Entlassung nicht mehr vorhanden, Erbrechen nur mehr selten. Das Gangbild ohne Gehbehelf deutlich verlangsamt, die Schrittlänge etwa eine Schuhlänge bei verbreiteter Spurbreite, der Oberkörper leicht schwankend mit vorsichtigen Bewegungen und zur Retropulsion neigend. Umdrehen mit Anhalten wurde durchgeführt. Zehenspitzen- und Fersengang wurde aus Sicherheitsgründen nicht überprüft. Beim Einbeinstand bds. nur kurz mit großer Unsicherheit möglich, tiefe Hocke kann mit dem Oberkörper entlang rutschend bis zur Endlage durchgeführt werden. Aufstehen gelingt über Anhalten. Im Stehen

teilweise Ausgleichsbewegungen und Korrekturbewegungen im Oberkörper. Die Hände werden zur Seite gehalten, Armpendeln nicht erkennbar. Ein augenärztlicher Befund unauffällig, bei der Gesichtsfelduntersuchung am 10.06.09 bds. eine Gesichtsfeldeinschränkung, die auch bei Stellen von Fangfragen und Fallen keine psychogenen Abweichungen zeigte, eine „Aggravation“ wurde als nicht wahrscheinlich bezeichnet.

Vorgelegt wird eine Krankengeschichte über einen Aufenthalt im RZ Tobelbad vom 09.02. bis 29.03.10. Bei der Aufnahme ausgeprägte subjektive Beschwerden im Sinne von Drehschwindel, Kopfschmerzen, Brechreiz und eine ausgeprägte funktionelle Gangstörung. Eine am 26.02.10 auf Wunsch der Pat. durchgeführte Gastroskopie ergab eine axiale Hiatushernie und eine chron. Refluxösophagitis mit v. a. ulceröse Veränderungen. Die subjektiven Beschwerden konnten nicht befriedigend beeinflusst werden. Sie selbst war aber vor allem durch die Akupunktur sowie Einzelbehandlungen zufrieden, obwohl migräneartige Kopfschmerzen und Drehschwindel ständig vorhanden seien. Sie wurde zur weiteren Abklärung am 29.03.10 ins RZ Meidling verlegt. Man hielt fest: Erstversorgung durch den Notarzt am Unfallort, der über eine kurze Synkope berichtete. Die bereits zitierten weiteren Untersuchungsergebnisse werden wiederholt. Man hat auch ein cognitives Training durchgeführt und begann mit einer Psychotherapie. Sie nahm bei Einzeltherapien teil und imponierte dabei als sehr bemüht, eine Verbesserung der subjektiven Beschwerden wurde aber nicht erreicht. Im Rahmen des aktuellen Aufenthaltes konnten keine unfallbedingten Folgen festgestellt werden. Psychologischerseits findet sich eine Fixierung auf subjektive Beschwerden mit einer Neigung zu psychogenen Mechanismen und dissoziativ-vegetativer Symptomatik. Anzeichen von erhöhter Angstbereitschaft und erschwerter Affektverarbeitung. Organizitätshinweise sind nicht abzugrenzen. Bezüglich der Aktivitäten des

täglichen Lebens war sie auf der Station mit dem Rollstuhl unterwegs und selbständig. Die Fortführung der begonnenen Psychotherapie wird empfohlen.

(Nach Angaben von Frau Toth hat ihr Prof. Dr. Oder versprochen, dass von Seiten der AUVA eine Psychotherapie weiter finanziert würde, was aber dann später abgelehnt wurde).

Vorgelegt wird ein Vorgutachten von Dr. Rudolf Simon vom 10.08.10. Er spricht davon, dass auf psychischem Gebiet weiterhin die schon im RZ Meidling dokumentierten massiv erhöhten psychogenen Mechanismen, dissoziative Reaktionen und Somatisierungstendenzen mit chronifizierter Depression vorhanden sind. Anhaltspunkte für ein organisches Psychosyndrom oder für seelische Schockformen lägen nicht vor. Organische Schäden bzw. neurologische Folgen werden ausgeschlossen. Neben Zuspruch von Schmerztagen für die HWS-Verletzung wird festgehalten, dass die jetzt im Vordergrund stehende psychogene Symptomatik als nicht unfallkausal anzusehen ist und damit keine Dauerfolgen eingetreten sind.

GUTACHTEN

Die (heute) 48-jährige Rosina erlitt am 03.03.09 beim gegenständlichen Unfall ein Halsschleudertrauma, eine Gehirnerschütterung sowie eine Erschütterung des Innenohrs (Commotio labyrinthi, H 83.0).

Der weitere Verlauf war von anhaltendem Schwindel, Erbrechen und einer Gangstörung gekennzeichnet, was trotz intensiver Rehabilitationsmaßnahmen

bis heute bestehen blieb. Eine Durchuntersuchung auf einer HNO-Abteilung (SMZ Ost) vom 17.03. bis 27.03.09 konnte eine Erklärung dieses hartnäckigen Schwindels nicht erbringen. Es ist anzunehmen, dass diese Commotio labyrinthi während des primären Aufenthaltes vom 03.03. bis 17.03.09 im Unfallkrankenhaus Lorenz Böhler und der dort eingeleiteten speziellen Therapie abklang, die Beschwerden aber psychogen fixiert blieben und auch im Sinne einer Gangstörung weiter verarbeitet wurden, die nicht organisch, d. h. neurologisch, erklärt werden kann.

Dem Vorgutachten von Dr. Simon vom 10.08.10 ist insofern beizutreten, dass die jetzigen Beschwerden, die zur Pensionierung führten sowie zu einem Zuspruch des Pflegegelds der Stufe II, nicht organischer Natur sind. Die von ihm zugebilligten Schmerztage halten sich im üblichen Rahmen im Hinblick auf die tatsächlich zugefügte Körpverletzung und deren Unannehmlichkeiten und Schmerzen. Dass die jetzt im Vordergrund stehenden psychogenen Symptome aber seiner Meinung nach nicht unfallkausal sind, entbehrt jeder Logik. Vom Unfalltag an oder zumindest seit der Verlegung von der Intensivstation auf die Normalstation am 05.03.09 ist die Symptomatik praktisch gleichgeblieben, womit fast lehrbuchartig die zumeist als „neurotisch“ bezeichnete Verarbeitung eines Unfallereignisses vorliegt. Vorgutachter Dr. Simon ist befangen, da er als Oberarzt des RZ Meidling bzw. als angestellter Arzt der AUVA der abschließenden Diagnose des RZ Meidling, dass keine „unfallbedingten Folgen“ feststellbar sind, naturgemäß nicht widersprechen kann ohne Schwierigkeiten auf seinem Arbeitsplatz zu riskieren. Er hätte fairerweise den Begutachtungsauftrag nicht übernehmen sollen.

Ohne den gegenständlichen Unfall wäre das jetzige Zustandsbild mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit nicht aufgetreten. Der Kausalzusammenhang steht außer Zweifel. Dass es eine „Unfallneurose“ geben

kann, steht an sich seit Jahrzehnte außer jedem Zweifel und die Entschädigungspflichtigkeit ist ebenfalls seit Jahrzehnten prinzipiell anerkannt, sofern keine bewusste Aggravation bzw. Simulation vorliegt. Dass eine solche tatsächlich nicht vorliegt, ist vor allem durch die augenärztliche Untersuchung im RZ Weißer Hof vom 10.06.09 belegt, wo man bei der Gesichtsfelduntersuchung auch mit Stellen „Fangfragen und Fallen“ es zu keiner Abweichung in den Angaben von Frau Toth kam und ausdrücklich vermerkte, dass eine „Aggravation“ nicht wahrscheinlich sei. Im Weiteren spricht gegen die Annahme einer bewussten Simulation der Umstand, dass sich die Lebensqualität von Frau Toth durch diese Symptomatik ganz erheblich verschlechtert hat und der Knick in der Lebenskurve durch nichts, auch nicht durch eine allfällige finanzielle Abgeltung nur annähernd kompensiert werden kann.

Unfallreaktionen wie sie bei Frau Toth aufgetreten sind, kommen immer wieder einmal gelegentlich vor und passen nicht recht in das derzeitige diagnostische Schema von ICD 10. Die Störung ist als dissoziative Erkrankung bzw. Konventionsstörung im Sinne von F 44 einzuordnen. Als posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1) wurden primär psychogene Reaktionen von Krankheitswert nach außerordentlichen und ungewöhnlichen Schreckschockerlebnissen wie Naturkatastrophen, Kampfhandlungen, Vergewaltigung, Folter usw. beschrieben. In den letzten Jahren wird aber immer mehr darauf verwiesen, dass auch bei körperlichen Erkrankungen etwa nach Organtransplantationen oder körperlichen Erkrankungen, die angstausslösend sind (z. B. wegen schwerer Atemnot Erstickungsgefühl), posttraumatische Belastungsstörungen auftreten können. In Österreich ist auf diesbezügliche Publikationen von Kapfhammer (Graz) zu verweisen. Eine flüchtige Commotio labyrinthi mit quälendem Drehschwindel, Übelkeit und Erbrechen hat bei Frau Toth diese Reaktion unfallkausal ausgelöst wie sie z. B. bei Lungenerkrankungen, die mit massiver Atemnot verbunden sind, bereits

beschrieben wurden. Da ohne den gegenständlichen Unfall das jetzige Zustandsbild und die jetzigen Leidenszustände mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit nicht aufgetreten wären, ist ihr jetziges gesundheitliches Zustandsbild unfallkausal.

Der weitere Verlauf ist unsicher, es erscheint nicht ausschließbar, dass er zeitlebens bestehen bleiben wird. Die Möglichkeit einer Psychotherapie wurde aber auch nicht annähernd ausgenützt. Gewährt man bzw. finanziert man Frau Toth eine Psychotherapie, dann ist doch eine vielleicht weitreichende Besserung möglich. Es ist somit zweckmäßig, jetzt nur den Zeitraum vom Unfall bis zum März 2013, d. h. für vier Jahre, zu bewerten. Auch wenn heuer noch eine intensive Psychotherapie ermöglicht wird, ist vor ca. zwei Jahren Behandlung eine entscheidende Besserung wenig wahrscheinlich.

Frau Toth leidet nicht nur an einem allgemeinen schweren Verlust der Lebensqualität, es treten immer wieder schwere Depressionen mit Suizidphantasien auf. Demnach sind pro Jahr folgende Schmerzperioden in Form von seelischen Schmerzen vergleichbar mit körperlichen Schmerzen zuzusprechen:

- Starke Schmerzen im Ausmaß von ein bis zwei Wochen
- Mittelstarke Schmerzen im Ausmaß von zwei bis drei Wochen
- Leichte, an Intensität abnehmende Schmerzen im Ausmaß von acht bis zehn Wochen

Diese Schmerzperioden wurden gerafft erstellt; eine Kontrolle und Neubewertung ist für das Jahr 2013 vorzuschlagen.

Univ. Prof. Dr. Werner Laubichler

