

# ALBTRAUM SCHLEUDERTRAUMA

Von Kavan Samarasinghe, lic.iur.,

Haftpflichtspezialist, Generaldirektion Winterthur Versicherungen

Auszug aus dem beim Vortragsdienst der Versicherungsfachleute in Zürich gehaltenen Referat vom 2. März 2004

## I. VORBEMERKUNGEN

- i. Das Thema Schleudertrauma wird seit Jahren kontrovers diskutiert, nicht nur unter Versicherungsexperten, Medizinern und Anwälten. **Es besteht eine Unmenge von – wenig brauchbaren oder wissenschaftlich fragwürdigen - Studien** über Auffahrunfälle als solche, Verletzungsfolgen und Behandlungsmethoden, über die Kosten für Versicherung, den volkswirtschaftlichen Schaden und es gibt Ländervergleiche zu diesem Thema.

Diese Vielfalt an – teils nicht qualifizierten - „Fach-„-Meinungen zu diesem Thema ist sehr verwirrend und erschwert es ungemein, einen objektiven, differenzierten Standpunkt einnehmen zu können.

Die typischerweise nach einem Heckauffahrunfall geklagten Beschwerden mit oftmals psychischen oder psycho-somatischen Begleiterscheinungen müssen entweder als Tatsache akzeptiert oder dann eben verworfen werden. Auch wir stellen uns tagtäglich die Frage: **Kann das wirklich sein?**

- ii. Trotz der horrenden Kosten, welche Schleudertraumas verursachen, führen 90 % der Heckkollisionen nicht zu einer dauerhaften Invalidität der betroffenen Personen. **Vollinvalidität bei geringen Kollisionen sind zudem eine Ausnahme und in der Regel auf das Vorliegen besonderer Umstände zurückzuführen.** Bei den Invaliditätsfällen bilden vorab jene ein Problem, in welchen die Verunfallten über ein massives Schmerzsyndrom (Kopf- und Nackenschmerzen) und über neuropsychologische Funktionsausfälle wie Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen klagen, obwohl der Ursprung für die Beschwerden nicht objektiviert und mit dem Unfallereignis nicht erklärt werden können. Als besonders schwierig zu beurteilen sind auch Fälle, in denen die Verunfallten nach dem Ereignis mit psychischen Problemen zu kämpfen haben.
- iii. Es hilft uns aber nicht weiter zu behaupten, ein Schleudertrauma könne es doch gar nicht geben, wenn eine Verletzung bildgebend nicht nachgewiesen werden könne, oder wenn es dieses Phänomen in anderen Landesteilen der Schweiz oder in anderen Ländern nicht – oder nicht in diesem Ausmasse - gebe, und damit den Betroffenen sinngemäss zu unterstellen, sie seien Simulanten. Wir müssen uns der Situation stellen, dass es eine medizinische Diagnose „Schleudertrauma“ oder heute eben „kraniozervikales Beschleunigungstrauma“ gibt, und dieser Bewegungsablauf zu einer Reihe von Beschwerden führt, auf die ich nachher noch näher eingehen werde.

## II. Worum geht es beim Schleudertrauma?

- iv. Wir kennen ein von einem englischen Arzt beschriebenes Krankheitsbild aus den Jahren 1866 und 1875. Er beschrieb dies als „**Railway Spine**“ oder „Eisenbahn-Rückgrat“, obwohl er das Beschwerdebild nicht für ein Spezifikum von Eisenbahn-

unfällen gehalten hatte. Charakteristisch hierfür waren „**Blasses Aussehen, mangelhaftes Gedächtnis, geistige Verwirrung, Unfähigkeit zur Arbeit, Reizbarkeit, unruhiger Schlaf, Kopfschmerzen, Schwindel**, Ohrgeräusche, nervöse Sehstörungen, Herabsetzung der Hautempfindlichkeit, steifer Gang und steife Haltung, Rückenschmerzen und Wirbelempfindlichkeit, aber auch weit ausgebreitete Schmerzen, allgemeine Muskelschwäche, Herabsetzung der Geschlechtslust.“ Erichsen, so hiess der englische Arzt, war der Meinung, **dass die Frage der Entschädigung sowie der unmittelbare Affekt der Angst eine grosse Bedeutung hätten**. Da man keine somatischen Korrelate zu diesen Störungen fand, behalf man sich schon damals mit der Erklärung, diese müssten auf eine Störung der Gehirnfunktionen zurückzuführen sein. Die Befunde eines französischen Neurologen stützten in der Folge die These der „**traumatischen Neurose**“, die eher von den Vorstellungen der Betroffenen denn von anatomischen Gegebenheiten geprägt sei.

- v. Albrecht Hirschmüller, aus dessen Beitrag zum Freiburger Sozialrechtstag 2002 ich hier zitiert habe, hat folgendes Fazit gezogen: **Der Blick in die 150jährige Geschichte der traumatischen Neurose zeigt, dass sich immer wieder die gleichen Fragen stellen:**

- Lassen sich die Folgen eines Traumas objektiv feststellen, d.h. einem somatisch verifizierbaren Befund zuordnen?
- Wie verlässlich können Kausalitätsüberlegungen im Bereich komplizierter innerseelischer Vorgänge überhaupt sein?
- Welche Rolle spielen die verständlichen Entschädigungswünsche der Betroffenen?
- Wie steht es mit Simulation und Aggravation?

Nach Hirschmüller hat jede Zeit ihre eigenen Antworten gefunden, und sowohl die Krankheitstheorien als auch die Begutachtungs- und Behandlungspraxis der Therapeuten sind abhängig von sozialen und politischen Grundüberzeugungen und Zeittrends.

Seit mehr als 100 Jahren führen wir also dieselben Diskussionen, Probleme von damals sind noch heute hochaktuell. **Hier sind nicht die Probleme eine Frage des Zeitgeistes, der gesellschaftlichen Entwicklung oder der wirtschaftlichen Gegebenheiten, sondern die Antworten, die wir darauf geben**. Auch die Entwicklung einer eigentlichen Schleudertrauma-Industrie aus Anwälten, Kliniken, Ärzten, Therapeuten oder – besonders aktuell – Case Managern – usw. ist eine Folge davon, wie wir die sich immer wieder stellenden Fragen neu beantworten. Dies erklärt auch, weshalb man regional oder auch national eine sehr unterschiedliche Häufigkeit von HWS-Beschwerdesymptomen findet.

Unsere Antworten auf die sich stellenden Fragen sind zeitgebunden, entsprechen dem, was wir hier und heute zu wissen glauben, sie können morgen aber wieder anders ausfallen. Dennoch müssen wir die Fragen stellen, und Antworten müssen gegeben werden, von der Medizin und letztlich von der Justiz.

### **III. Diagnostik und Behandlung**

- vi. Noch vor wenigen Jahren klassifizierte man ein Schleudertrauma als die Folge einer **Überdehnung und Überbiegung der Halswirbelsäule**. Als Erklärung diente folgender Vorgang: Der Kopf des Autoinsassen werde beim Heckaufprall durch die plötz-

liche Beschleunigung zu erst nach hinten geknickt – verbunden mit einer Überdehnung der Halswirbelsäule – und anschliessend wieder nach vorne geworfen (wie bei einem Peitschenhieb, daher auch der englische Begriff „Whiplash“), was zu einer Hyperflexion bzw. Überbiegung der HWS führe. **Da jedoch die meisten Personenwagen mittlerweile mit – gut eingestellten – Kopfstützen ausgerüstet sind, ist die Vorstellung des klassischen schleudertraumatischen Unfallablaufes eigentlich überholt.** Trotz der Kopfstützen blieben uns aber die Beschwerdebilder erhalten. Es brauchte also neue Erklärungsmuster. Die Mediziner gingen also dazu über, den Begriff Schleudertrauma nicht mehr als Diagnose zu verwenden, sondern von HWS-Distorsion zu sprechen. Mittlerweile ist aber auch diese Bezeichnung in Fachkreisen nicht mehr üblich, da eine Distorsion der HWS gerade in den problematischen Fällen organisch nicht nachweisbar ist. Man nennt die Ursache der bekannten Beschwerdebilder bei Heckauffahrunfällen heute daher **HWS-Beschleunigungstrauma**. Ein zusätzliches medizinisches Konfliktfeld geöffnet wurde mit der Behauptung, auch geringe Heckauffahrkollisionen (ohne Kopfanprall) könnten zu einer **milden traumatischen Hirnschädigung** führen. Mit dieser Erklärung scheint man nun das organische Korrelat für die bisher nicht erklärbaren neuropsychologischen Begleitsymptome der Beschleunigungstraumata gefunden zu haben. Diese Behauptung ist aber ebenfalls höchst umstritten.

- vii. Bis vor kurzem wurde im Zusammenhang mit Schleudertraumen häufig auch von **posttraumatischer Belastungsstörung** gesprochen, einer psychiatrischen Diagnose. Um einer Überdehnung oder Verwässerung des psychischen Traumabegriffes entgegen zu wirken, scheinen die Psychiater heute eher wieder davon abgekommen zu sein, Schleudertrauma-Patienten regelmässig posttraumatische Belastungsstörungen mit Krankheitswert zu attestieren.

Der Zürcher Psychiatrieprofessor Dr. Ulrich Schnyder stellte aber auch fest, dass die **Beurteilung und der Umgang mit einem Ereignis nicht nur durch die eigene Wahrnehmung, sondern auch durch Fremdinformationen beeinflusst wird**, beispielsweise durch Pressemitteilungen oder dadurch, was einem Patienten auf welche Weise von seinem Arzt mitgeteilt wird.

- viii. Wir sind in den vergangenen Jahren also weder diagnostisch noch in der Behandlung der Symptomatik viel weiter gekommen. Man glaubt heute zwar zu wissen, welche Massnahmen und Behandlungen man nach einem Beschleunigungstrauma NICHT ergreifen sollte, insbesondere ist man von der bis vor kurzem noch weitverbreiteten Ruhigstellung und dem Schanz'schen Kragen abgekommen, und reine passive Physiotherapie scheint auch nicht erfolgversprechend zu sein. **Eine sichere, wissenschaftlich erhärtete Methode zur Behandlung der Unfallfolgen nach Heckkollision ist aber noch immer nicht gefunden worden.**

Verdankenswerterweise wurde auf Veranlassung des medizinischen Dienstes des Schweizerischen Versicherungsverbandes ein **Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraneo-zervikalem Beschleunigungstrauma** erstellt  
Und: Im Schweizerischen Medizinischen Forum Nr. 47 vom 20.11.2002 (S. 1119 ff) hat eine schweizerische Arbeitsgruppe eine **Empfehlung für diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der Akutphase** bei HWS-Beschleunigungstraumen publiziert.

- ix. Die **Humaine-Klinik Zihlschlacht** bietet neu eine den Empfehlungen der HWS-Arbeitsgruppe entsprechende stationäre Therapie von HWS-Patienten an. Auch die **Rehaklinik von Dr. Kügelgen** in Koblenz/D bietet seit einiger Zeit eine – so macht es jedenfalls den Anschein – erfolgreiche Therapie an, die auf der Grundlage fusst, dass das, was bis anhin als HWS-Distorsion bezeichnet worden ist, vielmehr ein rein muskuläres Problem sei und dementsprechend mit einer Muskeltherapie geheilt werden kann.

#### IV. Begutachtung

- x. Nicht bloss Diagnostik und therapeutische Massnahmen sind Problemfelder. **Auch rund um die Begutachtung von Versicherten bzw. Geschädigten öffnet sich ein riesiges Feld von Problemen**, wie Auswahl des Gutachters, die langen Wartefristen bis zur Untersuchung und Verfassung des Berichts oder der Streit darüber, welche Fragen zu stellen und welche Unterlagen dem Gutachter vorzulegen sind. Liegt das Gutachten endlich vor, ist sicher eine Seite mit den Schlussfolgerungen nicht einverstanden; ist es der Geschädigte, dauert es nicht lange, bis ein (Gegen-)Privatgutachten vorliegt. Dass man sich derart über medizinische Gutachten streiten kann, ist aber angesichts der Fülle von Unklarheiten im Zusammenhang mit der Diagnose „Beschleunigungstrauma“ nicht erstaunlich.
- xi. **Oft unterscheiden die Gutachter in ihrer Beurteilung nicht zwischen objektiv erhobenen Befunden und wissenschaftlich erhärteten Fakten einerseits und mehr oder weniger begründeten Annahmen und reinen Vermutungen anderseits.** Subjektive Beschwerdeempfindungen des Betroffenen ohne somatischen Befund stehen meist im Zentrum der Diagnosen. Zu oft erfolgt nicht einmal eine saubere prätraumatische Anamnese, es fehlen dem Begutachter unabhängige Informationen über den Gesundheitszustand des Betroffenen vor dem Unfall oder über das Unfallgeschehen selber. Zu oft werden auch reine Erklärungsmodelle als Fakten dargestellt und es werden Annahmen getroffen, ohne dass darauf hingewiesen wird, dass die Begründetheit der Annahme wissenschaftlich nicht untermauert werden kann. Dies, obwohl es auch den Medizinern ein Rätsel ist, wie geringste Beschleunigungskräfte bei gewissen Personen gravierende Folgen zeitigen können. Dennoch halten sie die Beschwerden für unfallbedingt, weil vor dem Unfall keine derartigen Beschwerden vorgelegen hätten.
- xii. **Hier wäre von den Medizinern etwas mehr Ehrlichkeit zu fordern, auch wenn es den Ärzten schwer fällt, die Grenzen ihres Wissens einzugestehen.** Ich bin aber überzeugt davon, dass diese Ehrlichkeit zu einer Entspannung der Situation rund um das Phänomen Schleudertrauma führen würde. Es ist aber sicher nicht nur der Stolz der Ärzteschaft, der diese Forderung als utopisch erscheinen lässt, auch die Tatsache, dass die medizinische (Kausalitäts-) Beurteilung eine wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen darstellt, lässt eine derartige Kehrtwende kaum mehr zu. **Denn wenn der Arzt dem Patienten schon nicht helfen kann, soll er wenigstens finanziell entschädigt werden.** Mit Blick auf seine Beschwerden ist dem Betroffenen damit aber nicht geholfen.
- xiii. **Wenn Ärzte glauben, ihre Patienten würden sich von ihnen nur dann verstanden und ernst genommen fühlen, wenn ihnen ein schwerwiegender Gesundheits-**

**schaden attestiert wird, dann halte ich dies für äusserst fragwürdig.** Oder würde es Sie beruhigen, wenn Ihnen ihr Arzt seine Verdachtsdiagnose einer „milden traumatischen Hirnschädigung“ eröffnet?

#### **V. Kausalitätsbeurteilung**

- xiv. Um die Komplexität bei der Kausalitätsbeurteilung aufzuzeigen, greife ich beispielhaft auf einen **Entscheid des EVGs vom 18. März 2003** zurück. Entgegen seinen Gewohnheiten, hat das EVG in diesem Fall die natürliche Kausalität bezweifelt, und zwar aus folgenden Gründen:

**„Nach vorherrschender medizinischer Lehrmeinung müssen sich Nackenschmerzen innert einer Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall manifestieren, damit der natürliche Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis bejaht werden kann.** Die Beschwerdeführerin macht zwar geltend, seit dem Unfall an Nacken- und Schulterbeschwerden sowie Kopfschmerzen und Beeinträchtigungen der Konzentrationsfähigkeit gelitten zu haben. Aktenkundig hat sie sich jedoch erst zwölf Wochen nach dem Unfallereignis bei Dr. M. über Nackenschmerzen beklagt.“

Dem EVG hat sich daher die Frage gestellt, ob denn die Diagnose zu Recht bestehe und keine andere Gesundheitsschädigung bestehe, welche gegen die Annahme eines natürlichen Kausalzusammenhanges spreche. Es erachtete den Zusammenhang als fraglich und würdigte daraufhin die medizinische Aktenlage wie auch die unfalltechnischen und biomechanischen Aussagen:

“Im technischen Gutachten vom 27. Februar 1997 gelangt Dipl. Ing. O. zum Schluss, (...) es sei von einer kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung beim vorausgefahrenen Personenwagen von 7,32-10,18 km/h auszugehen. Dies bedeute, dass eine HWS-Distorsion ersten Grades (nach Erdmann) aus technischer und biomechanischer Sicht nicht zu erwarten sei. In dem von der Beschwerdeführerin eingeholten Gutachten des Ingenieur-Büros W.\_\_\_\_\_ wird demgegenüber die Auffassung vertreten, auf Grund der vorhandenen unvollständigen Unterlagen sei eine fundierte Unfallanalyse nicht möglich. Eine HWS-Verletzung könne nicht zuverlässig ausgeschlossen werden.“

Das Gericht ging nicht weiter auf diesen Expertenstreit ein, weil die Kausalitätsbeurteilung nach der Rechtsprechung nicht gestützt auf unfalltechnische oder biomechanische Gutachten, sondern auf Grund einer sämtliche Aspekte umfassenden Gesamtwürdigung zu erfolgen habe. **Unfallanalytische Erkenntnisse und biomechanische Überlegungen könnten bei der Kausalitätsbeurteilung zwar mit berücksichtigt werden, würden für sich alleine aber keine hinreichende Grundlage hierfür bilden.**

**Trotz der vorerwähnten Latenzzeit für sah sich das Gericht in der Folge ausser Stande zu beurteilen, ob der Unfall nun eine Teilursache für die bestehenden Beschwerden darstelle oder nicht.** Der Sachverhalt erweise sich in diesem Punkt als ungenügend abgeklärt...

- xv. Zur neueren Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts zum adäquaten Kausalzusammenhang beim Schleudertrauma verweise ich auf einen sehr

beachtenswerten Artikel von Peter Jäger in HAVE Nr. 4/2003. Zu Recht kritisiert Jäger die je länger je schwieriger nachzuvollziehende Rechtsprechung.

## VI. Bagatellgrenzen

- xvi. Es wurde von medizinischer Seite wie auch aus rechtlicher Sicht verschiedentlich eine Harmlosigkeitsgrenze von Delta-v 10km/h postuliert. Das Delta-v gibt Aufschluss über die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung einer Person nach dem Heckauffahrunfall. Die Erklärbarkeit einer Verletzung als Folge einer derartigen Beschleunigung ist Gegenstand einer biomechanischen Beurteilung. **Eine Bagatellgrenze hat sich weder im Haftpflicht- noch im Sozialversicherungsrecht etabliert.** Immerhin greift das EVG auf unfallanalytische Erkenntnisse zurück um einen Anhaltspunkt für die Schwere des Unfallereignisses zu haben.

## VII. Schadenbearbeitung der Versicherungsgesellschaft

- xvii. In unserer täglichen Schadenbearbeitung bewegen wir uns weitgehend in einem vorgegebenen Rahmen. Recht und Gesetz bestimmen in erster Linie unser Vorgehen. Die Fallbearbeitung in der Sozialversicherung ist dabei noch viel weitgehender reglementiert als im Haftungsrecht. Art und Weise der Sachverhaltsabklärung, Mitwirkungsrechte – und pflichten der Versicherten, formelle Anforderungen an das Verfahren sind im Sozialversicherungsrecht verbindlich festgelegt. **Auch die Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben schränken das Vorgehen in der Bearbeitung dieser Fälle ein.** Andererseits gewährt das Sozialversicherungsrecht den Versicherern Instrumente, welche die Betroffenen zu einer minimalen Mitwirkung zwingt, ansonsten Leistungskürzungen bis zur Einstellung von Versicherungsleistungen drohen. Diese Instrumente sind aber noch unzureichend. Gesetzgeberisch sollten unsere Sozialversicherer diesbezüglich gestärkt werden. **Beispielsweise wäre – wie dies im KVG diskutiert wird – die freie Arztwahl im Bereich der Leistungspflicht des Unfallversicherers zu hinterfragen.**
- xviii. Im Haftpflichtrecht orientieren wir uns noch viel mehr als im Sozialversicherungsrecht an den von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen. Hier geht praktisch nichts ohne Mitwirkung oder Einverständnis der Geschädigten. **Die Handlungsfreiheit, ja die aktive Schadenbearbeitung der Privatversicherer ist klar beschränkt.** Es ist sehr schwierig, als Haftpflichtversicherer gut gemeinten Einfluss auf den Geschädigten, die Behandlung, die Therapien nehmen zu können. Hier sind wir, soweit vorhanden, auf die Massnahmen der Sozialversicherer angewiesen. Ein etwas neuerer aber noch keineswegs etablierter Ansatz, um diese festen Fronten aufzubrechen, ist der **Einsatz von Case Managern.**
- xix. **Es ist in der Schadenbearbeitung eminent wichtig, Problemfälle frühzeitig zu erkennen.** Es existieren viele subjektive, den Schadenbearbeitern nicht bekannte und auch nicht erkennbare Faktoren, die eine Symptomauslösung, -verstärkung und –verlängerung fördern können. Umso wichtiger ist es, einen **atypischen Verlauf objektiv feststellen** zu können. Indikatoren für einen schwierigen Verlauf können beispielsweise sein:
- längere Arbeitsunfähigkeitsphase
  - familiäre Belastungs-/Überlastungssituation
  - vorbestehende Krankheiten oder Unfälle
  - Probleme am Arbeitsplatz
  - Hohe Ansprüche an die eigene Person

- Psychische Probleme
  - Schonung
  - eine rein passive Physiotherapie
  - ausschliesslich medikamentöse Behandlung
- xx. **Frühzeitig erkennen lassen sich die problematischen Fälle** – von der Arbeitsunfähigkeitsphase einmal abgesehen - nur, **wenn es gelingt, im Rahmen der Schadenbearbeitung Zugang zum Geschädigten, seinem familiären Umfeld, dem Arbeitgeber oder dem Hausarzt zu finden, oder** wenn sich , was aber selten vorkommt, **aus den medizinischen Berichten** diesbezüglich etwas ergibt. Der Geschädigte sollte unter den gegebenen Umständen fachmännisch beraten werden, damit die geeigneten therapeutischen oder sonstigen Massnahmen oder Hilfestellungen ergriffen werden können. Leider scheitern derartige Versuche oft am Widerstand der Anwälte. **Der Klient soll vor einer Preisgabe vertraulicher Informationen geschützt werden, die sich bei der späteren Regulierung des Haftpflichtschadens vielleicht nachteilig auswirken könnten.** Dieses Taktieren kann es zusätzlich erschweren, jemanden bestmöglich wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren.

### VIII. Case Management

- xxi. Case Management ist eine zu wichtige Angelegenheit, um sie in diesem engen zeitlichen Rahmen abzuhandeln. Die SUVA hat im vergangenen Jahr grosse – auch personelle Anstrengungen unternommen, um ein Case Management aufzuziehen, das diesen Namen verdient. Case Management ist ein weitherum bekannter und verwendeter Begriff. Die Umsetzung des Case Managements in den Versicherungsgesellschaften fällt aber sehr unterschiedlich aus. Man muss sich im klaren sein, dass **Case Management kein Schadenaufwandsenkungsinstrument** ist. Es kann es sein, es sollte es letztlich auch sein, sonst verliert es wahrscheinlich seine Daseinsberechtigung. Das Case Management in seiner ursprünglichen Form ist aber **in erster Linie eine Dienstleistung, eine Hilfestellung für den Versicherten, für die Geschädigten.** Und als solche sollte es auch angesehen werden. Case Management ist eine Investition, ob und ab wann sie rentiert, und ob der Nutzen überhaupt in Franken und Rappen gemessen werden kann, ist schwierig zu sagen.
- xxii. **Wer Case Management im Versicherungsunternehmen erfolgreich betreiben will, muss also investieren,** in Personal, in Ausbildung, in Netzwerke. Case Management verlangt ein Umdenken, **verlangt Akzeptanz bei den Mitarbeitern.** Auch dies ist ein sehr schwieriger, nicht zu unterschätzender Prozess.
- xxiii. Mit der Gründung der **Acitivita** hat die Winterthur zusammen mit anderen Versicherungsgesellschaften, der SUVA sowie einer privaten Stiftung vor 2 Jahren den ersten Schritt in diese Richtung gewagt. Von einem durchschlagenden Erfolg wird man heute wohl noch nicht sprechen können, vielleicht ist es dafür auch noch zu früh. Vielleicht werden wir die Früchte erst in ein paar Jahren ernten können. Es ist auf jeden Fall zu hoffen. Vor allem für die Betroffenen.
-