

- Verlauf und
- interdisziplinären Befunden,
- und wenn es sich stimmig in die pathophysiologischen und neurophysiologischen Zusammenhänge des Gesamtkomplexes eingliedert,

dann muß von einer **Objektivität im strengen Sinne juristischer Theorie** ausgegangen werden.

4. Anzumerken ist, daß diese Definition die logische Folgerung nach sich zieht, daß auch die „Objektivität“ der Befunde, die mit apparativen Verfahren erstellt wurden, neu bewertet werden muß. Dieses gilt vor allem für bildgebende Verfahren, denen bei funktionellen Pathologien – allein schon aus methodischen Gründen – keine alleinige, unanfechtbare, quasi apriorische klinische Objektivität („Kern-Beweis“) zugebilligt werden kann.

Literatur

1. Hülse M, Neuhuber WL, Wolff HD (1988) **Der kraniozervikale Übergang**. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
2. Rothhaupt D, Liebig K (1997) **Stellenwert diagnostischer Maßnahmen bei der HWS-Beschleunigungsverletzung**. Man Med 35:66-76
3. Spitzer WO (1995) **The Quebec whiplash associated disorders cohort study**. Spine 20:85
4. Wolff HD (1988) **Die Sonderstellung des Kopfgelenkbereiches**. Springer, Berlin Heidelberg New York

T. Graf-Baumann • Teningen

Aktuelles zur Begutachtung von Beschleunigungsverletzungen

Beim Trierer Symposium „Das Zervikozephaläre Syndrom“ hat eine interdisziplinäre zusammengesetzte Arbeitsgruppe mit Medizinern, Psychologen, Juristen und Kfz-Sachverständigen ein Arbeitspapier entwickelt, das Stellung nimmt zu den Leitlinien der Begutachtung angesichts der vielen ungeklärten medizinischen Fragen im Zusammenhang mit HWS-Beschleunigungsverletzungen. Wenngleich die Ergebnisse des Trierer Symposiums 1999 noch gesondert in dieser Zeitschrift oder in einem Buch im Springer-Verlag Heidelberg publiziert werden, seien vorab die Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Begutachtung“ dargestellt.

1. Diagnostik

1.1. Obwohl seitens der Medizin Bedenken hinsichtlich der prognostischen Aussagekraft von Röntgenaufnahmen nach einer HWS-Beschleunigungsverletzung bestehen, sind aus gutachterlicher Sicht Röntgen-Nativ-Aufnahmen unverzichtbar, um bei späteren Begutachtungen Anhaltspunkte für mögliche Veränderungen zu haben.

1.2. NMR-Untersuchungen können Weichteilverletzungen nachweisen. Die Aussage besitzt aber hinsichtlich der Entwicklung eines Langzeitverlaufes keine prädiktive Validität.

2. Technisch-biomechanische Begutachtung

2.1. Im technischen Unfallgutachten darf lediglich ausgeführt werden, daß die im konkreten Fall feststellbaren Belastungen des Insassen, vergleicht man sie mit den Ergebnissen aus Versuchen mit Gesunden d.h. nicht vorgeschädigten Probanden, bei diesen keine HWS-Verletzung hervorgerufen haben.

2.2. Zum Ausschluß von Scheinrationalitäten kann aus der o.g. Aussage des technischen Gutachtens nicht geschlossen werden, daß nach dem Unfall aufgetretene Beschwerden nicht kausal auf den Unfall zurückzuführen sind.

2.3. Insofern sind Beweisfragen an den technischen Sachverständigen zum vollständigen Ausschluß der Kausalität unzulässig. Schlußfolgerungen des medizinischen Sachverständigen zu kollisionsmechanischen Fragen haben zu unterbleiben.

3. Zur fachlichen Zuständigkeit von Gutachtern

3.1. Zur Vermeidung von Kompetenzüberschreitungen können bei der medizinischen Begutachtung Kenntnisse und Erfahrungen im funktionellen, strukturellen und psychosozialen/soziopsychologischen Bereich erforderlich sein, die in solchen Fällen interdisziplinär einzuholen sind.

Diagnostische Aussagen aus dem psychologische, psychiatrischen, verhaltensmedizinischen und neuropsychologischen Bereich durch Gutachter, die nicht über eine Aus- oder Weiterbildung auf diesen Gebieten/in diesen Fächern verfügen, sind ebenso unzulässig wie die gutachterliche Interpretation solcher diagnostischer Aussagen im Sinne der Kausalität durch Nicht-Fachärzte auf diesen Gebieten bzw. Nicht-Psychologen.

4. Sachverhaltsermittlung

4.1. Gutachterliche Feststellung des Gesundheitszustandes:

Strukturelle Zerstörungen/Schädigungen knöcherner, knorpeliger, disco-ligamentärer, muskulärer und neuraler Gewebe sind mittels objektiver Verfahren nachzuweisen.

Bei der gutachterlichen Interpretation der Befund sind die prinzipiellen und spezifischen Grenzen der jeweiligen Untersuchungsmethoden zu beachten. Diese o.g. Zerstörungen können Funktionseinschränkungen zur Folge haben.

Darüber hinaus können Funktionsstörungen anderer Ursache bestehen, die sich derzeit weitgehend nur mit semi-objektiven Untersuchungsmethoden z.B. der segmentalen manuellen Funktionsdiagnostik darstellen lassen.

4.2. Über computergestützte dreidimensionale Bewegungsanalysen liegen derzeit noch bedingt ausreichende wissenschaftliche Daten vor.

Lässt sich der mittels semi-objektiver Methoden erhobene Befund mit Hilfe segmentaler quantitativer Bewegungsanalysen, z.B. 3-D-Funktionsanalysen (Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin der Universität Jena), 6000 Spine Motion Analyzer (Neurologische Abt. der Klinik Wilhelm Schulthess Zürich) u.a.m. verifizieren, so ist der Grad der Objektivität der erhobenen Befunde höher anzusetzen. Dabei sind folgende Kriterien zu erfüllen:

Objektivität bedeutet Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität sowie die Reliabilität und Validität der Analyseverfahren.

4.3. Basiert die Begutachtung ausschließlich auf subjektiven Angaben des Untersuchten und semi-objektiven Untersuchungsergebnissen, sind die Erkenntnisse im Gutachten als Verdachtsdiagnose kenntlich zu machen.

4.4. Semi-objektive Funktionsuntersuchungen sollten durch verschiedene Testverfahren mehrfach überprüft werden und dann vom Gutachter im Hinblick auf ihre Stimmigkeit, auch hinsichtlich der subjektiven Angaben des Untersuchten, gewertet werden.

4.5. Zeitnahe Änderungen der Biographie zum Unfall sind durch Tatsachenfeststellungen zu belegen, z.B. durch Auszüge aus früheren Krankenunterlagen der Krankenkasse oder vorbehandelnden Ärzte. Die Interpretation dieser Belege im Sinne der Kausalität der Krankenkasse oder vorbehandelnden Ärzte. Die Interpretation dieser Belege im Sinne der Kausalität ist durch geeignete medizinische und/oder psychologische (psychodiagnostische, schmerzdiagnostische etc.) Verfahren zu objektivieren. Je größer die Differenz zwischen Befund und Befindlichkeit ist, um so wichtiger sind fachspezifische psychodiagnostische Zusatzgutachten.

5. Kausalität

5.1. Der Kausalitätsbegriff im medizinischen Gutachten muß juristischen Normen gehorchen.

Im Zivilrecht bedeutet dies, daß die Ursache eine *conditio sine qua non* darstellt und adäquat ist. Die zeitliche Koinzidenz ist die Voraussetzung jeglicher Kausalitätsfeststellung.

5.2. Bei strukturellen Schäden ist dies relativ einfach.

Bei funktionellen Störungen ist es Aufgabe der medizinischen/psychologischen Sachverständigen festzustellen, ob

es zu unfallnahen Veränderungen im Verhalten des Betroffenen gekommen ist z.B. Arbeitsfähigkeit, Sozialverhalten, Inanspruchnahme medizinischer Behandlungsmaßnahmen.

5.3. Derartige Feststellungen müssen dann aufgrund medizinischer/psychologischer Untersuchungen hinsichtlich eines ursächlichen Zusammenhangs beurteilt werden.

In Fällen funktioneller Störungen, die mit semi-objektiven Verfahren darstellbar und die ohne Unfallereignis in dieser Form nicht erklärbar sind, ist ein Kausalzusammenhang wahrscheinlich.

5.4. Langsam progrediente morphologische Veränderungen können nicht alleine akut aufgetretene relevante Funktionsstörungen erklären.

Wenn Unfallfolgen abgelehnt werden sollen, müssen andere geeignete, adäquate Ursachen nachgewiesen und benannt werden. Das Prinzip des Vollbeweises gilt in beide Richtungen.

Bei psychischen Folgen gilt ebenfalls diese Reihenfolge der Arbeitsschritte:

- Feststellung der vorliegenden Erkrankungen
- Kausalitätsüberlegungen

6. Stadieneinteilungen

Unfallnahe Stadieneinteilungen der Unfallschwere sind ein orientierender Indikator und erübrigen nicht die gutachterliche Einzelfalldarstellung.

Für die Arbeitsgruppe:

Prof. Dr. T. Graf-Baumann